

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ze dne 1. 3. 2008

Úvodní ustanovení

1. Životní pojištění, které sjednává ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB (dále jen „pojistitel“), se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojištění smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojištění smlouvě“) a ustanoveními souvisejících právních předpisů, ujednáními pojištění smlouvy, těmito Všeobecnými pojištnými podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“) a případnými doplňkovými nebo zvláštními pojištnými podmínkami pojistitele pro daný pojištný produkt. Veškeré pojištné podmínky pojistitele vztahující se k pojištění sjednanému pojištnou smlouvou jsou její nedílnou součástí.
2. V jedné pojištné smlouvě lze s životním pojištěním sjednat i další druhy pojištění osob. Pro ně pak kromě těchto VPP platí i pojištné podmínky příslušného druhu pojištění.
3. Pojištění, které se řídí těmito VPP, je pojištěním obnosovým.

Společná ustanovení

Článek 1 – Výklad pojmů

Tyto VPP vymezují následující pojmy:

Účastník pojištění – pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.

Pojistitel – ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB.

Pojistník – fyzická nebo právnická osoba způsobilá k právním úkonům, která s pojistitelem uzavřela pojištnou smlouvu a je povinna platit pojistné; je-li pojistníkem fyzická osoba, je nutnou podmínkou uzavření pojištné smlouvy její zletilost.

Pojištěný – fyzická osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.

Oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojištné události vznikne právo na pojištné plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak.

Obmyšlený – osoba určená pojistníkem v pojištné smlouvě, které vznikne právo na pojištné plnění v případě smrti pojištěného. Není-li obmyšlený pojistníkem v pojištné smlouvě určen, vznikne právo na pojištné plnění v případě smrti pojištěného osobám dle zákona o pojištné smlouvě.

Pojištná smlouva – pojištná smlouva je dvoustranný právní úkon, na základě kterého vzniká pojištění. Pojištná smlouva vymezuje podmínky pojištění. Odkazují-li pojištné podmínky na pojištnou smlouvu, rozumí se pojištnou smlouvou jak vlastní ujednání pojištné smlouvy, tak veškeré pojištné podmínky, které jsou v souladu s „Úvodními ustanoveními“ těchto VPP její nedílnou součástí.

Pojistka – písemné potvrzení pojistitele o uzavření pojištné smlouvy.

Pojištění obnosové – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojištné události, ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody.

Pojištná doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojištná doba je časový interval vymezený počátkem a koncem pojištění (pojištění na dobu určitou) nebo pouze počátkem pojištění (pojištění na dobu neurčitou). Pojištná doba je vymezena v pojištné smlouvě.

Pojištné období – časové období dohodnuté v pojištné smlouvě, za které se platí běžné pojistné.

Pojistné – úplata za sjednané pojištění, jejíž výše je stanovena v pojištné smlouvě.

Běžné pojistné – pojistné stanovené za pojištné období.

Jednorázové pojistné – pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Pojištná událost – nahodilá skutečnost blíže označená v pojištné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojištné plnění. Za nahodilou se považuje taková skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.

Pojištné plnění – plnění, které je pojistitel povinen poskytnout, nastala-li pojištná událost; pojistitel je poskytlne v souladu s obsahem pojištné smlouvy, a to buď ve formě jednorázové částky nebo opakovaného plnění (např. důchodu). Pojištné plnění je splatné dle zásad obsažených v čl. 8 těchto VPP.

Pojištná částka – částka, ze které se stanoví výše plnění v případě pojištné události v souladu se zněním pojištné smlouvy.

Hodnota pojištění – hodnota příslušné technické rezervy, včetně připsaných podílů na zisku - nestanoví-li pojištná smlouva jinak - náležející ke každému jednotlivému životnímu pojištění, z něhož se vyplácí pojištné plnění při dožití nebo u kterého vzniká nárok na odkupné. Stanoví se k určitému časovému okamžiku pojištné matematickými metodami.

Odkupné – část nespotebchaného pojištného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojištné matematickými metodami k datu zániku pojištění. Odkupné pojistitel vyplatí při zániku pojištění, a to v případech blíže stanovených v pojištné smlouvě.

Sazebník administrativních poplatků a limitů (dále jen „sazebník“) – dokument pojistitele obsahující aktuální hodnoty administrativních poplatků a dalších limitů pro daný pojištný produkt; při stanovení konkrétní výše daného poplatku nebo limitu postupuje pojistitel v souladu s čl. 13 odst. 6 těchto VPP. Sazebník je k dispozici na všech obchodních místech pojistitele.

Článek 2 – Vznik a doba trvání pojištění

1. Pojištění vzniká na základě písemné pojištné smlouvy.
2. Jako písemné potvrzení o uzavření pojištné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi pojistku.
3. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistiky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady druhopis pojistiky. Vystavením druhopisu pojistiky pozbývá originál nebo již dříve vydané druhopisy platnosti.
4. Pojištění se sjednává na dobu vymezenou v pojištné smlouvě (pojištná doba).
5. Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne sjednaného v pojištné smlouvě jako počátek pojištění.
6. Konec pojištění je ve 24:00 hodin dne sjednaného v pojištné smlouvě jako konec pojištění, nezanikne-li pojištění v souladu s pojištnou smlouvou dříve.
7. Pojištění se z důvodu nezaplacení pojištného během pojištné doby nepřerušuje.

Článek 3 – Pojištné

1. Výše pojištného a délka pojištného období jsou uvedeny v pojištné smlouvě. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojištného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
2. Není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak, považuje se pojistné za uhrazené dnem jeho připsáním na pojistitelem určený účet vedený u peněžního ústavu a pod pojistitelem určeným variabilním symbolem. Předchází-li tento den dni splatnosti pojištného, považuje se pojistné za uhrazené až dnem jeho splatnosti.
3. Je-li výše pojištného závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil.
4. Pojistitel má právo na pojištné za dobu do zániku pojištění, na jednorázové pojištné má právo za celou pojištnou dobu.
5. Nastala-li pojištná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojištné do konce pojištného období, v němž pojištná událost nastala; jednorázové pojištné náleží pojistiteli za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.
6. Nebylo-li pojištné, na něž má pojistitel v souladu s odst. 4 a 5 tohoto článku právo, zapláceno do tří měsíců od data zániku pojištění, je pojistník povinen zaplatit pojistiteli smluvní pokutu ve výši patnáct procent z pojištného, které k tomuto datu pojistiteli ještě dluží.

Článek 4 – Změny pojištění

1. Není-li v pojištné smlouvě nebo v obecně závazných právních předpisech stanoveno jinak, realizují se jakékoliv změny týkající se pojištění již sjednaného včetně změn jeho rozsahu na základě vzájemné dohody smluvních stran. Dohoda mezi smluvními stranami musí mít písemnou formu, jinak je neplatná.

Článek 5 – Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojištné doby, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak,
 - b) smrtí pojištěného, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak,
 - c) písemnou dohodou smluvních stran; v dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků,
 - d) dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojištného nebo jeho části, doručené pojistníkovi, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak,
 - e) odstoupením pojistníka nebo pojistitele od pojištné smlouvy ve smyslu zákona o pojištné smlouvě,
 - f) odmítnutím plnění ze strany pojistitele ve smyslu zákona o pojištné smlouvě,
 - g) výpovědí dle čl. 6 těchto VPP,
 - h) jiným způsobem uvedeným v pojištné smlouvě nebo v zákoně o pojištné smlouvě.
2. Veškerá pojištění sjednaná dle odst. 2 Úvodních ustanovení těchto VPP v jedné pojištné smlouvě s životním pojištěním zanikají nejpozději zánikem tohoto životního pojištění.

Článek 6 – Výpověď pojištění

1. Pojištění může vypovědět každá ze smluvních stran do dvou měsíců ode dne uzavření pojištné smlouvy. Výpovědní lhůta je osmidenní a počíná běžet dnem doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.

2. Pojistník dále může pojištění, u kterého je sjednáno běžné pojistné, písemně vypovědět ke konci každého pojistného období. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před jeho uplynutím. Pojištění za jednorázové pojistné může pojistník kromě výpovědi dle odst. 1 tohoto článku písemně vypovědět k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Výpověď musí být podána alespoň šest týdnů přede dnem, k němuž je uplatňována.
3. Pojištění může být vypovězeno i v dalších případech uvedených v zákoně o pojistné smlouvě.
4. Vznikl-li již k datu zániku pojištění výpověď dle odst. 1 až 3 tohoto článku nárok na odkupné a dá-li pojištěný, není-li shodný s pojistníkem, souhlas k vyplacení odkupného, vyplátí pojistitel pojistníkovi odkupné. Nevzniká-li nebo nevznikl-li u pojištění ještě nárok na odkupné, zaniká pojištění bez náhrady.

Článek 7 – Odkupné

1. Podmínky vzniku nároku na odkupné stanoví pojistitel v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt.

Článek 8 – Plnění z pojištění

1. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, pojištění se vztahuje na pojistné události v ní vymezené, které v době trvání pojištění nastanou kdekoliv.
2. Z pojištění je pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění, nastane-li pojistná událost v souladu s obsahem pojistné smlouvy. Je-li to v pojistné smlouvě ujednáno, může z něj poskytovat i jiné druhy plnění.
3. Z pojištění pojistitel poskytuje buď jednorázové nebo opakované plnění (např. důchod), a to podle toho, co bylo ujednáno v pojistné smlouvě.
4. Důchod se vyplácí za dohodnutá období, která se počítají od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém právo na výplatu důchodu vzniklo.
5. Rozsah pojistného plnění je určen v pojistné smlouvě.
6. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Článek 9 – Výluky z pojištění

1. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) má-li vzniknout právo na pojistné plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání této osoby; současně se ujednává, že tato výluha z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - b) způsobil-li si pojištěný pojistnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby; současně se ujednává, že tato výluha z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - c) nastala-li u pojištěného pojistná událost v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji a teroristickými činy,
 - d) způsobil-li si pojištěný pojistnou událost při řízení motorového vozidla, plavidla či letadla, pro něž neměl pojištěný příslušné oprávnění k řízení, nebo nastala-li pojistná událost při letech, u nichž, s vědomím pojištěného, použité letadlo nebo pilot neměl úřední povolení, nebo které byly provedeny proti úřednímu předpisu nebo bez vědomí či proti vůli držitele letadla, dále za pojistnou událost, ke které došlo při účasti pojištěného na soutěžích a závodech motorových vozidel, letadel nebo plavidel a přípravných jízdách, letech nebo plavbách k nim (trénink); (rizika zde uvedená v souvislosti se soutěžemi a závody lze pojistit na základě zvláštní dohody s pojistitelem),
 - e) nastala-li pojistná událost od dvou měsíců od počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl již před sjednáním pojištění a které uvedl při uzavření pojistné smlouvy, není-li však v pojistné smlouvě stanoveno jinak,
 - f) nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění ještě netrvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - g) nastala-li pojistná událost v důsledku úmyslného sebepoškození,
 - h) byla-li pojistná událost způsobena jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů, nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály.
2. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě.
3. Zaniká-li pojištění pojistnou událostí, za niž pojistitel v souladu s ustanoveními tohoto článku neplní, a vznikl-li již z pojištění nárok na odkupné, vyplátí pojistitel, s výjimkou případu dle odst. 1. písm. a) tohoto článku oprávněné osobě odkupné.

Článek 10 – Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění v těchto případech:
 - a) nastala-li pojistná událost v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení, nebo způsobil-li si pojištěný pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona nedbalostním trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného; současně se ujednává, že toto omezení pojistného plnění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - b) nastala-li u pojištěného pojistná událost pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - c) nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění již trvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - d) porušil-li pojistník nebo pojištěný při sjednání pojištění nebo jeho změně některou z povinností uvedených v těchto VPP, nebo dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy, a v důsledku tohoto porušení bylo stanoveno nižší pojistné,
 - e) mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v těchto VPP nebo dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění,
 - f) odvolá-li pojištěný v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit svůj souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dle čl. 13 odst. 8 těchto VPP a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit.
2. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě.

Článek 11 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
2. Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění písemně požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení písemné žádosti pojistníka. Pojistitel má právo na úhradu nákladů, které mu sdělením výše odkupného pojistníkovi vzniknou.
3. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivě vysvětlění o vzniku a rozsahu následků této události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost oprávněná osoba.
4. Ujednává se, že osoba, která je dle odst. 3 tohoto článku povinna bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že pojistná událost nastala, tuto povinnost splní až písemným oznámením pojistné události na příslušném tiskopisu pojistitele. Tato osoba je povinna předložit i další doklady požadované pojistitelem, pokud mají vliv na stanovení povinnosti pojistitele plnit a/nebo na výši pojistného plnění. Pojistitel rovněž může provést šetření pojistné události sám.

- Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojistitel při oznámení pojistné události dle odst. 3 tohoto článku vždy požaduje i předložení pojistky, ověřené kopie úmrtního listu a podrobné lékařské nebo úřední zprávy o příčině smrti; v případě dožití se dne konce pojištění pojištěným požaduje pojistitel vždy i předložení pojistky.
- Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události v souladu s odst. 3 a 4 tohoto článku bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit a ukončit je do 3 měsíců po tom, co mu byla tato událost oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její písemnou žádost přiměřenou zálohu. Výše uvedenou lhůtu 3 měsíců lze dohodou prodloužit. Tato lhůta nebežší, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.
- Oprávněná osoba je povinna podrobit se identifikaci v souladu se zákonem č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, ve znění pozdějších předpisů.
- Pojistitel má právo na pojistné za sjednané pojištění a pojistník je povinen hradit je řádně a včas.
- Pojistník je dále povinen:
 - bez zbytečného odkladu pojištěnému oznámit, že v jeho prospěch bylo sjednáno pojištění, a seznámit pojištěného s právy a povinnostmi, které pro něho ze sjednaného pojištění vyplývají,
 - bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny osobních a jiných identifikačních údajů, které byly zjišťovány při sjednávání pojištění nebo jeho změně, jakož i jiné údaje, na které byl v této souvislosti tázán.
- Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění fyzických a právnických osob, jakož i o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tuto informaci může jen se souhlasem pojištěného, nebo pokud tak stanoví obecně závazné právní předpisy.
- Účastníci pojištění mají dále kromě práv a povinností uvedených v těchto VPP práva a povinnosti uvedené v pojistné smlouvě a stanovené obecně závaznými právními předpisy.

Článek 12 – Podíl na zisku

- Podílem na zisku se rozumí rozdělení případných pojistné technických přebytků z investování prostředků rezervy pojistného životních pojištění do jednotlivých platných pojistných smluv, a to podle pojistné technických zásad pojistitele.
- Tyto přebytky se stanovují na základě výsledků účetní uzávěrky a zvyšují hodnotu pojištění, kromě pojištění, z nichž se již vyplácí důchod, a pojištění, kde investiční riziko nese pojistník.
- U pojistných smluv, z nichž se již vyplácí důchod, budou přebytky vypláceny formou valorizace důchodu.
- U pojistných smluv, kde investiční riziko nese pojistník, budou výnosy připisovány do jednotlivých pojistných smluv podle počtu podílů a druhu zvolených investičních instrumentů.

Článek 13 – Zvláštní ujednání

- Všechny platby učiněné v souvislosti s pojištěním, ať již pojistníkem nebo pojistitelem, a také pojistné částky jsou uváděny a hrazeny v české měně a jsou splatné na území České republiky.
- Rovněž veškeré doklady a dokumenty týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že tyto byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
- Odvolávají-li se všeobecné, doplňkové nebo zvláštní pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky.
- Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, vstupuje do pojištění na jeho místo pojištěný, a to dnem, kdy pojistník zemřel nebo zanikl bez právního nástupce. Není-li pojištěný zletilý nebo způsobilý k právním úkonům, stává se pojistníkem jeho zákonný zástupce.
- Mimo sjednané pojistné je pojistitel oprávněn účtovat pojistníkovi úhrady svých nákladů dle kalkulačních zásad pojistitele a poplatky dle sazebníku.
- Administrativní poplatky účtuje pojistitel ve výši uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Jsou-li pro provádění úkonu stanoveny limity, posuzuje je pojistitel rovněž podle hodnoty limitu uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Dojde-li ze strany pojistitele ke změně hodnot poplatků a/nebo limitů, je pojistitel povinen zveřejnit na svých obchodních místech nové znění sazebníku nejpozději jeden měsíc před jeho účinností.
- Pojistitel je oprávněn při uzavírání pojistné smlouvy, změně pojistné smlouvy i kdykoliv v době trvání pojištění přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem prostřednictvím pověřeného lékařského zařízení od lékařů a zdravotnických zařízení, ve kterých se léčí, jakož i prohlídkou lékařem, kterého mu pojistitel sám určí. Veškeré tyto na náklady pojistitele získané dokumenty se stávají vlastnictvím pojistitele a pojistitel není povinen předkládat je ostatním účastníkům pojištění k nahlédnutí nebo pořízení kopie. V případě potřeby je pojištěný povinen všechny výše uvedené zprávy a posudky pojistiteli bez zbytečného odkladu ostatnit.
- Souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dává pojištěný podpisem prohlášení v pojistné smlouvě.
- Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu pojištěného dozví, smí použít pouze pro svou potřebu, popřípadě je může se souhlasem pojištěného sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů, jinak jen v souladu s platným zněním zákona o pojišťovnictví.
- Všechny spory vyplývající z životního pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou, nedojde-li k dohodě, řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.

Článek 14 – Sdělení a doručování písemností

- Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce.
- Písemnosti se účastníkům pojištění doručují na jimi posledně uvedenou adresu místa trvalého nebo dlouhodobého pobytu, resp. sídla. Uvedl-li pojistník v pojistné smlouvě korespondenční adresu, doručují se písemnosti na tuto adresu, vždy však pouze na adresu v ČR. Pojistitel není povinen zasílat písemnosti mimo území ČR.
- Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení. Pokud nejsou písemnosti pojistitele doručeny účastníkovi pojištění z důvodu odmítnutí jejich převzetí účastníkem, považují se za doručené dnem, kdy bylo přijetí písemností odmítnuto. V případě vrácení zásilky poštou zpět pojistiteli po uplynutí lhůty pro převzetí stanovené vyhláškou o základních službách držitele poštovní licence je dnem doručení písemností poslední den stanovené lhůty.

Článek 15 – Závěrečná ustanovení

- Od všech předchozích ustanovení těchto VPP, vyjma ustanovení čl. 13 odst. 9 těchto VPP, se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
- Tyto VPP nabývají účinnosti dne 1. 3. 2008.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO UNIVERZÁLNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ SPEKTRUM A SPEKTRUM D

ze dne 1. 3. 2009

Část A – obecná ustanovení

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Univerzální životní pojištění SPEKTRUM a univerzální životní pojištění SPEKTRUM D (dále také jen „pojištění“) se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „ZPP“), ujednáními pojistné smlouvy a doplňkovými pojistnými podmínkami pro další pojištění, která byla k univerzálnímu životnímu pojištění v pojistné smlouvě sjednána. Dále se řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“), a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění pro případ smrti nebo dožití s nároky z pojištění dle části B těchto ZPP (dále také jen i „základní pojištění“).
- K základnímu pojištění lze v pojistné smlouvě sjednat i další pojištění, která se řídí samostatnými doplňkovými pojistnými podmínkami.
- Doba trvání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM, resp. univerzálního životního pojištění SPEKTRUM D je určena dobou trvání základního pojištění.
- Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha sjednaného pojištění.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojmy použité v těchto ZPP a nespécifikované nebo odlišně specifikované ve VPP jsou vymezeny následovně:

Kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného – hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku a finančních bonusů.

Kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného – hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku a finančních bonusů.

Kapitálová hodnota pojištění – celková hodnota individuální rezervy, která je součtem kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.

Dodatečné běžné pojistné – pojistné, o které bylo běžné pojistné navýšeno.

Alokované mimořádné pojistné – část mimořádného pojistného po odpočtu poplatků dle článku 6 odst. 3 této části ZPP, která navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.

Pojistný rok – rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

Úraz – úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

Finanční bonus – finanční obnos, který pojistitel může přiznat na základě svého rozhodnutí dle pojistné technických zásad nad rámec podílu na zisku.

Článek 3 – Běžné a dodatečné běžné pojistné

1. Běžné a dodatečné běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční) dle četnosti placení sjednané v pojistné smlouvě. První pojistné období začíná v den počátku pojištění.
2. Běžné a dodatečné běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného a dodatečného běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi číslo účtu a variabilní symbol. Variabilním symbolem je inkasní symbol uvedený v pojistné smlouvě, číslo účtu bude pojistníkovi sděleno v pojistce.
3. Pro platby běžného a dodatečného běžného pojistného, resp. jeho části, placené za pojistníka jeho zaměstnavatelem, určí pojistitel pojistníkovi v pojistce zvláštní variabilní symbol, který však může být využit pouze tehdy, splňuje-li pojistná smlouva podmínky dané platnými právními předpisy upravující daň z příjmů (dále jen "předpisy o dani z příjmů") pro platby pojistného zaměstnavatelem. Pojistník je povinen tento variabilní symbol sdělit svému zaměstnavateli, jímž má být běžné a dodatečné běžné pojistné placeno. Běžné a dodatečné běžné pojistné zaplacené zaměstnavatelem pod jiným než určeným variabilním symbolem, nedohodl-li se však tento písemně s pojistitelem jinak, nemá pojistitel povinnost považovat za pojistné uhrazené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
4. Pojistitel neumožňuje platit běžné a dodatečné běžné pojistné, resp. jeho část, za pojistníka jeho zaměstnavatelem ve smyslu předpisů o dani z příjmů tehdy, je-li v pojistné smlouvě sjednáno další pojištění, v jehož samostatných doplňkových pojistných podmínkách je uvedeno, že pro ně platí ustanovení tohoto odstavce.
5. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno některé z dalších pojištění, v jehož samostatných doplňkových pojistných podmínkách je uvedeno, že pro ně platí ustanovení tohoto odstavce, je pojistník povinen nechat si stanovit výši částky, kterou může zaměstnavatel maximálně platit a sdělit ji svému zaměstnavateli, jímž má být část běžného a dodatečného běžného pojistného placena.
6. Pojistník je povinen zajistit, aby u pojistných smluv dle odst. 4 tohoto článku nebylo běžné a dodatečné běžné pojistné za něj zaměstnavatelem placeno a u pojistných smluv dle odst. 5 tohoto článku bylo placeno maximálně do stanovené výše. Bylo-li pojistné v těchto případech zaměstnavatelem za pojistníka přesto zaplacené, resp. zaplacené nad stanovenou výši, pojistitel není povinen považovat je za pojistné zaplacené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
7. Pojistitel rovněž nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby běžného a dodatečného běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
8. Běžné a dodatečné běžné pojistné je snižováno o poplatky dle odst. 1 a 2 čl. 6 této části ZPP.
9. Zvýšení nebo snížení běžného a dodatečného běžného pojistného může být provedeno v souladu s čl. 10 této části ZPP, zvýšení pojistného pojistitelem pak i v souladu s čl. 5 této části ZPP.

Článek 4 – Mimořádné pojistné

1. Mimořádné pojistné je pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit mimo úhrady běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistitel umožňuje platit mimořádné pojistné kdykoliv v době trvání pojištění, s výjimkou případu dle odst. 7 tohoto článku.
2. Mimořádné pojistné lze poukazovat pouze pod zvláštním variabilním symbolem, který pojistitel pojistníkovi pro platby mimořádného pojistného určí v pojistce současně s číslem účtu.
3. Pro platby mimořádného pojistného zaměstnavatelem pojistníka ve smyslu předpisů o dani z příjmů určí pojistitel pojistníkovi v pojistce zvláštní variabilní symbol, který však může být využit pouze tehdy, splňuje-li pojistná smlouva podmínky dané platnými předpisy o dani z příjmů pro platby pojistného zaměstnavatelem. Mimořádné pojistné zaplacené zaměstnavatelem pod jiným než určeným variabilním symbolem, nedohodl-li se však tento písemně s pojistitelem jinak, nemá pojistitel povinnost považovat za pojistné uhrazené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
4. Pojistitel rovněž nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
5. Částka poukázaná pod variabilním symbolem mimořádného pojistného nesmí být nižší než minimální limit mimořádného pojistného a vyšší než maximální limit mimořádného pojistného. Pojistitel je oprávněn stanovit i maximální limit celkového mimořádného pojistného. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nesplňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojistitele. Minimální i maximální limit mimořádného pojistného stanoví pojistitel v sazebníku.
6. Pojistitel má rovněž právo pojistníkem poukázané mimořádné pojistné odmítnout. Případné odmítnutí mimořádného pojistného oznámí pojistitel pojistníkovi písemně do 15 dnů od jeho přijetí. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.
7. Mimořádné pojistné není-li však v sazebníku uvedeno jinak, platí v případě, že pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 12 této části ZPP. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu u pojištění ve splaceném stavu, bylo-li pojistníkem přesto zaplacené.
8. Mimořádné pojistné je snižováno o poplatky dle odst. 3 čl. 6 této části ZPP.
9. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
10. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistných částek.

Článek 5 – Indexace běžného a dodatečného běžného pojistného

1. V souladu s §13 odst. 3 poslední větou zákona o pojistné smlouvě se pojistitel s pojistníkem dohodli o oprávnění pojistitele navyšovat běžné a dodatečné běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn navyšit běžné a dodatečné běžné pojistné každý rok, a to o procento, které je rovno přírůstkům průměrného ročního indexu spotřebitelských cen publikovaného Českým statistickým úřadem (dále také „přírůstek indexu“) za kalendářní rok předcházející zvýšení pojistného, zaokrouhlenému na celá procenta nahoru, pouze však v případě, že tento přírůstek indexu zaokrouhlený na celá procenta nahoru dosáhne alespoň hodnoty 2 procent.
2. Nedosáhne-li v daném roce přírůstek indexu za předcházející kalendářní rok zaokrouhlený na celá procenta nahoru alespoň hodnoty 2 procent a navýšení běžného a dodatečného běžného pojistného tudíž nemůže být pojistitelem v daném roce provedeno, nebo nevyužije-li pojistitel v daném roce svého práva na navýšení pojistného dle odst. 1 tohoto článku, a to i opakovaně, je oprávněn následně navyšit běžné a dodatečné běžné pojistné o procento, které je rovno součtu přírůstků průměrných ročních indexů spotřebitelských cen publikovaných Českým statistickým úřadem za kalendářní roky předcházející zvýšení pojistného, zaokrouhlenému na celá procenta nahoru. Tento součet může obsahovat maximálně přírůstky indexů za 3 roky zpětně.
3. Pojistitel je oprávněn provést navýšení běžného a dodatečného běžného pojistného dle odst. 1 nebo 2 tohoto článku nejdříve po jednom roce trvání pojištění, resp. nejdříve po jednom roce od předchozího navýšení pojistného dle odst. 1 nebo 2 tohoto článku.
4. Proveďe-li pojistitel navýšení běžného a dodatečného běžného pojistného dle odst. 1 až 3 tohoto článku, je oprávněn zaokrouhlit nově stanovenou výši běžného a dodatečného běžného pojistného na celé jednotky úřední měny České republiky, a to nahoru.
5. V případě, že pojistník má pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného sjednáno jiné než měsíční pojistné období, je pojistitel oprávněn zvýšit pojistné určené dle odst. 1 a 2 tohoto článku a zaokrouhlené dle odst. 4 tohoto článku tak, aby toto bylo nejbližším vyšším násobkem čísla, které je rovno počtu měsíců sjednaného pojistného období.
6. Pojistitel je povinen nově stanovenou výši běžného a dodatečného běžného pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností běžného a dodatečného běžného pojistného za pojistné období, ve kterém má běžné a dodatečné běžné pojistné být zvýšeno.
7. Pokud pojistník se změnou výše běžného a dodatečného běžného pojistného dle ustanovení odst. 1 až 4, resp. i odst. 5 tohoto článku nesouhlasí, musí svůj nesouhlas písemně sdělit pojistiteli do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. V tomto případě pojištění pokračuje beze změn a původní výše běžného a dodatečného běžného pojistného zůstává zachována.

Článek 6 – Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného

1. Běžné pojistné je sníženo o alokační a inkasní poplatek. Zbývající část běžného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku dle jejich aktuálních hodnot uvedených v sazebníku vytváří v souladu s ujednáním níže uvedených odstavců tohoto článku kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Dodatečné běžné pojistné je sníženo o alokační poplatek. Zbývající část dodatečného běžného pojistného po odpočtu alokačního poplatku dle jeho aktuální hodnoty uvedené v sazebníku vytváří v souladu s ujednáním níže uvedených odstavců tohoto článku kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
3. Mimořádné pojistné je sníženo o alokační a inkasní poplatek. Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku dle jejich aktuálních hodnot uvedených v sazebníku navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
4. Pojistitel pravidelně každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události, kterou pojištění dle čl. 13 odst. 1 části A těchto ZPP zaniká, odečte z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky potřebné na úhradu pojistného rizika z jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě (dále jen „odečty na rizika“) a poplatek za správu pojištění, a to za tento měsíc. Výše těchto částek je stanovena pojistitelem podle pojistné technických zásad. Zaniká-li

některé z dalších pojištění sjednaných v pojistné smlouvě pojistnou událostí, aniž tímto dochází k zániku základního pojištění, odečítá pojistitel odečet na riziko z tohoto dalšího pojištění do data ukončení šetření pojistné události z tohoto dalšího pojištění, již další pojištění zaniká.

5. Pojistitel dále odečítá z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, není-li v těchto ZPP stanoveno jinak, částky odpovídající poplatkům na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění a úkony, které byly provedeny na základě písemného návrhu nebo žádosti pojistníka. Výše těchto poplatků jsou stanoveny v sazebníku.

Článek 7 – Podíl na zisku, technická úroková míra a finanční bonus

1. Sjednané pojištění se podílí na zisku v souladu s ustanovením článku 12 VPP.
2. Pojistitel přiznává podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení běžného pojistného a dodatečného běžného pojistného, který navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, a podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení mimořádného pojistného, který navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
3. Podíl na zisku přiznává pojistitel dle pojistné technických zásad. Výše podílů na zisku není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech sjednaného pojištění.
4. Žádný z podílů na zisku dle odst. 2 tohoto článku se nepřiznává u pojištění ve splaceném stavu dle článku 12 odst. 2 této části ZPP.
5. Kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného se dle pojistné technických zásad navyšuje o zhodnocení odpovídající technické úrokové míře stanovené v sazebníku.
6. Nad rámec podílu na zisku dle tohoto článku může pojistitel přiznat finanční bonus. Finanční bonus přiznává pojistitel na základě svého rozhodnutí dle pojistné technických zásad, zvláště do kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Výše finančního bonusu není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech sjednaného pojištění. Žádný z finančních bonusů se nepřiznává u pojištění ve splaceném stavu dle čl. 12 odst. 2 této části ZPP.

Článek 8 – Výplata z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného

1. Za předpokladu, že u pojištění již vznikl nárok na odkupné v souladu s ustanovením odst. 3 čl. 13 této části ZPP, je pojistník oprávněn písemně požádat na příslušném formuláři pojistitele o výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Maximální počet výplat z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku stanoví pojistitel v sazebníku.
3. Pojistitel v sazebníku rovněž stanoví minimální částku výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Nedosáhne-li částka výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného alespoň limitu stanoveného pojistitelem, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.
4. Výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného pojistitel umožní maximálně v takové výši, aby tato kapitálová hodnota po výplatě neklesla pod součet limitu stanoveného pojistitelem v sazebníku a případného dlužného pojistného, dále jen „minimální zůstatek“.
5. Pojistitel je oprávněn výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného zamítnout, a to zejména v těchto případech:
 - a) pojištění je k datu výplaty převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 12 této části ZPP,
 - b) u pojištění je k datu výplaty přerušeno placení pojistného dle článku 11 této části ZPP,
 - c) kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nedosahuje alespoň částky, která se určí jako součet minimálního zůstatku dle odst. 4 tohoto článku a hodnoty minimální částky výplaty dle odst. 3 tohoto článku,
 - d) provedením výplaty by se dle pojistné technických zásad zvýšilo pojistné riziko (týká se případů, kdy je v pojistné smlouvě v rámci základního pojištění sjednána pojistná částka pro případ smrti ve variantě D (doplňková) nebo další pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH ve variantě D (doplňková) nebo pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH ve variantě D (doplňková); v těchto případech je pojistitel oprávněn podmínit provedení výplaty přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného nebo snížením pojistné částky tohoto pojištění),
 - e) na pojištění je evidován požadavek dle čl. 10 této části ZPP.
6. Za provedení každé výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. O tento poplatek, jakož i o částku výplaty, je snížena kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
7. Lhůta pro výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného je stanovena pojistitelem v sazebníku a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Na základě písemné žádosti pojistníka může být tato lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty si pojistitel účtuje administrativní poplatek, jehož výše je rovněž stanovena v sazebníku.
8. Požádá-li pojistník o výplatu částky vyšší, než je částka určená dle podmínky uvedené v odst. 4 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle této podmínky, pouze však v případě, že její výše dosahuje alespoň hodnoty minimální částky výplaty dle odst. 3 tohoto článku.
9. Ustanovení tohoto článku se použijí v případech, kdy základní pojištění je v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě C, nepoužijí se v případech, kdy základní pojištění je v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě A nebo B.

Článek 9 – Výplata z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat na příslušném formuláři pojistitele o výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
2. Maximální počet výplat z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku stanoví pojistitel v sazebníku.
3. Pojistitel v sazebníku rovněž stanoví minimální částku výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Nedosáhne-li částka výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného alespoň limitu stanoveného pojistitelem, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.
4. Nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP, umožní pojistitel výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
5. Vznikl-li již u pojištění nárok na odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP, umožní pojistitel výplatu do výše kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
6. Požádá-li pojistník o výplatu částky vyšší, než je částka určená dle podmínek uvedených v odst. 4 a 5 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto podmínek, pouze však v případě, že její výše dosahuje alespoň hodnoty minimální částky výplaty dle odst. 3 tohoto článku.
7. Za provedení každé výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. O tento poplatek, jakož i o částku výplaty, je snížena kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
8. Lhůta pro výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného je stanovena pojistitelem v sazebníku a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Na základě písemné žádosti pojistníka může být tato lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty si pojistitel účtuje administrativní poplatek, jehož výše je rovněž stanovena v sazebníku.
9. Ustanovení tohoto článku se použijí v případech, kdy základní pojištění je v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě C nebo A, nepoužijí se v případech, kdy základní pojištění je v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě B.

Článek 10 – Změny pojištění

1. Navrhne-li pojistník v době trvání pojištění pojistiteli změnu sjednaného pojištění, je povinen předložit návrh na změnu pojištění pojistiteli písemně, a to na příslušném formuláři pojistitele. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu od počátku pojištění, po jejímž uplynutí může být návrh na změnu pojištění pojistníkem pojistiteli nejdříve předložen. Tato lhůta závisí na druhu požadované změny.
2. Pojistitel umožní pouze takové změny pojištění, pro něž vydal příslušný formulář návrhu. Jedná se zejména o tyto změny pojištění:
 - a) sjednání nebo zrušení dalších pojištění
 - b) snížení nebo zvýšení pojistné částky základního pojištění nebo pojistných částek dalších pojištění, jsou-li další pojištění v pojistné smlouvě sjednána,
 - c) snížení nebo zvýšení pojistného,
 - d) změnu varianty pojištění,
 - e) změnu pojistné doby dalších pojištění.
3. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění řádným zaplacením běžného a dodatečného běžného pojistného, a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 12 této části ZPP nebo u pojištění nastalo přerušeno placení pojistného dle článku 11 této části ZPP, návrh nelze přijmout.
4. Lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění se stanovuje na 3 měsíce od data jeho doručení na adresu sídla pojistitele. Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění, zašle pojistníkoví písemné potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byl-li návrh na změnu pojištění pojistitelem přijat, je změna účinná, není-li v pojistné smlouvě nebo

dále v těchto ZPP ujednáno jinak, od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tento účinnosti.

5. Za provedení každé změny pojištění v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše závisí na druhu provedené změny a je stanovena v sazebníku. O tento poplatek je snížena kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

Článek 11 – Přerušení placení pojistného, tzv. platební prázdniny

1. Za předpokladu, že od počátku pojištění již uplynula lhůta stanovená pojistitelem pro tento účel v sazebníku a současně u pojištění již vznikl nárok na odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP, je pojistník oprávněn předložit pojistiteli písemný návrh na dočasné přerušení placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tzv. platební prázdniny (dále jen „dočasné přerušení placení pojistného“). Návrh pojistníka na dočasné přerušení placení pojistného musí být předložen na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Přijetí návrhu pojistníka na dočasné přerušení placení pojistného je podmíněno skutečností, že kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného dosáhla minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku a pojistníkem požadovaný počet měsíců dočasného přerušení placení pojistného nepřevyšuje limit pojistitele stanovený pro tento účel v sazebníku. Pojistitel je rovněž oprávněn podmínit přijetí návrhu na dočasné přerušení placení pojistného i řádným zaplacením běžného a dodatečného běžného pojistného.
3. Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na dočasné přerušení placení pojistného do data, od něž má být dočasné přerušení placení pojistného dle níže uvedeného účinné, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byl-li návrh na dočasné přerušení placení pojistného pojistitelem přijat, nastane přerušení placení pojistného od prvního dne následujícího pojistného období, byl-li návrh pojistníka doručen pojistiteli alespoň 15 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byl-li návrh doručen později. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na dočasné přerušení placení pojistného do data, od něhož by přerušení bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá návrh pojistníka platnosti.
4. Od data účinnosti dočasného přerušení placení pojistného se mění četnost placení pojistného, tj. délka pojistného období pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného, na měsíční. Tato zůstává v platnosti i po ukončení dočasného přerušení placení pojistného.
5. Během dočasného přerušení placení pojistného je běžné a dodatečné běžné pojistné pravidelně měsíčně hrazeno z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Poplatky a částky dle článku 6 této části ZPP náleží pojistiteli i nadále v plné výši. Nevystačí-li kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného na úhradu běžného a dodatečného běžného pojistného, poplatků a částek dle článku 6 této části ZPP až do sjednaného dne konce dočasného přerušení placení pojistného, pojištění může zaniknout dle článku 13 odst. 4 této části ZPP. Zanikne-li pojištění dle výše uvedeného, vyplátí pojistitel pojistníkovi odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP stanovené jako kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
6. Během dočasného přerušení placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 4 této části ZPP, ani právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 6 VPP.

Článek 12 – Neplacení pojistného, pojištění ve splaceném stavu

1. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, a nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP, zanikne pojištění dle článku 5 odst. 1 písm. d) VPP, a to bez náhrady. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel pojistníkovi mimořádné pojistné snížené o již provedené výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a poplatek pojistitele ve výši uvedené v sazebníku.
2. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, u pojištění již vznikl nárok na odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP a současně kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného postačuje na úhradu dlužného pojistného do konce výše uvedené lhůty, ujednává se, že se pojištění přemění dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi na pojištění ve splaceném stavu bez povinnosti platit pojistné. U pojištění ve splaceném stavu se četnost placení pojistného, tj. délka pojistného období pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného, mění na měsíční a pojistné je pravidelně měsíčně hrazeno z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Poplatky a částky dle článku 6 této části ZPP náleží pojistiteli i nadále v plné výši. Nevystačí-li kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného na úhradu běžného a dodatečného běžného pojistného, poplatků a částek dle článku 6 této části ZPP až do sjednaného dne konce pojištění, pojištění zaniká dle článku 13 odst. 4 této části ZPP a pojistníkovi je vyplaceno odkupné dle článku 13 odst. 3 této části ZPP stanovené jako kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
3. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné za další pojistné období zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, u pojištění již vznikl nárok na odkupné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 3 této části ZPP, ale kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nepostačuje na úhradu dlužného pojistného do konce výše uvedené lhůty, zanikne pojištění dle článku 5 odst. 1 písm. d) VPP a pojistitel vyplátí pojistníkovi odkupné dle článku 13 odst. 3 této části ZPP jako z kapitálové hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
4. U pojištění ve splaceném stavu není dotčeno právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 6 VPP.

Článek 13 – Zánik pojištění, vznik nároku na odkupné

1. Vznikem kterékoli z pojistných událostí ze základního pojištění, z pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo z pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH, která byla pojistiteli oznámena jako první a za níž bylo pojistitelem vyplaceno pojistné plnění, zanikají k datu pojistné události všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána.
2. Při zániku základního pojištění, pro něž nejsou nároky z pojištění těmito ZPP nebo VPP specifikovány, vyplátí pojistitel pojistníkovi odkupné dle odst. 3 tohoto článku. Nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odkupné v souladu s ustanovením odst. 3 tohoto článku a bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel pojistníkovi alokované mimořádné pojistné snížené o již provedené výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a poplatek pojistitele ve výši uvedené v sazebníku.
3. Nárok na odkupné vzniká u pojištění nejdříve po dvou letech jeho trvání a za podmínky, že bylo zaplaceno běžné a dodatečné běžné pojistné za první dva roky trvání pojištění a současně kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného je kladná. Výše odkupného se stanoví jako součet kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, snížený o poplatek za odkupné, jehož výše je stanovena v sazebníku.
4. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o zániku základního pojištění v případech, kdy kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne pod částku stanovenou pojistitelem pro tento účel v sazebníku. Rozhodne-li pojistitel o zániku základního pojištění v souladu s ustanovením tohoto odstavce, základní pojištění a s ním i všechna další pojištění sjednaná v pojistné smlouvě zanikají ke dni, jehož číslo je shodné s číslem dne počátku základního pojištění, a to v měsíci, v němž kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne pod výše uvedenou částku. Není-li takový den v měsíci, v němž pojištění zaniká v souladu s ujednáním tohoto článku, pojištění zaniká posledním dnem tohoto měsíce. Pojistitel je povinen tuto skutečnost pojistníkovi písemně oznámit, a to nejpozději do dvou měsíců od data zániku pojištění.

Článek 14 – Závěrečná ustanovení

Je-li v těchto ZPP pro provádění některých úkonů týkajících se pojištění, a to jak ze strany pojistníka, tak ze strany pojistitele, požadována písemná forma, je za ní (výhradně však pro účely v těchto ZPP takto specifikovaných úkonů) považováno i elektronické podání realizované prostřednictvím aplikace zabezpečeného internetového přístupu zřízeného pojistitelem, k němuž pojistník obdržel od pojistitele aktivací klíč (dále také jen „internetová komunikace“ nebo „internetová aplikace“). Je-li těmito ZPP pro určitý úkon požadováno, aby podání bylo pojistníkem učiněno na formuláři pojistitele, rozumí se pro účely internetové komunikace formulářem pojistitele výhradně elektronický formulář pojistitele zpřístupněný pojistníkovi v rámci výše uvedené internetové aplikace. Datem doručení na adresu sídla pojistitele, odvíjí-li se od tohoto data v souladu s ujednáními těchto ZPP jakékoliv lhůty, je pro účely internetové komunikace považováno zobrazení elektronického podání pojistníka v internetové aplikaci na straně pojistitele, které mu pojistitel elektronicky prostřednictvím této aplikace potvrdí.

Část B – Základní pojištění

Článek 1 – Nároky z pojištění pro případ smrti nebo dožití (základní pojištění)

1. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, vyplátí mu pojistitel pojistné plnění ve výši kapitálové hodnoty pojištění vytvořené k datu konce pojištění na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Ustanovení tohoto odstavce platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě není k datu smrti pojištěného sjednána v rámci základního pojištění pojistná částka pro případ smrti nebo v pojistné smlouvě není k datu smrti sjednáno pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

- Zemře-li pojištěný v době trvání základního pojištění a je-li v pojistné smlouvě v rámci základního pojištění sjednána pojistná částka pro případ smrti ve variantě P, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného a kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Zemře-li pojištěný v době trvání základního pojištění a je-li v pojistné smlouvě v rámci základního pojištění sjednána pojistná částka pro případ smrti ve variantě D, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného nebo kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
- Pojistitel vyplatí navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 až 4 tohoto článku i kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Zemře-li pojištěný v době trvání základního pojištění a je-li v pojistné smlouvě k datu smrti sjednáno pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, poskytne pojistitel pojistné plnění v souladu s Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a pro pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009.

Článek 2 – další ujednání

- Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009, snižuje se k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby hodnota pojistné částky pro případ smrti, byla-li tato v pojistné smlouvě sjednána, na nulu.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÉ CHOROBY

sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D

ze dne 1. 3. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ vážné choroby se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP VCH-N“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D platných k datu sjednání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Pojištění pro případ vážné choroby je pojištěním obnosovým.

Článek 2 – Nároky z pojištění

- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 3 odst. 1 těchto DPP VCH-N, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.

Článek 3 – Vymezení nároku na pojistné plnění v případě pojistné události – vážné choroby

- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
 - Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 2 tohoto článku potvrzeno:
 - první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 2 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo
 - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 2 písm. f) tohoto článku, nebo
 - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 2 písm. g) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 1.2 tohoto článku.
 - Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. a), c), i) a j) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezn u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení neurochirurgického zákroku nebo ode dne lékařského potvrzení trvalého neurologického poškození. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. g) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
 - Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby dle článku 2 odst. 1 těchto DPP VCH-N a odst. 1.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby.
- Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:
 - infarkt myokardu
Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezn akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:
 - vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech ($Q \geq 0,04$ s nebo $Q > 0,25\%$ amplitudy kmitu R),
 - nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
 - typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.
 Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný hospitalizován.
 - cévní mozková příhoda
Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvění mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým náleznem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmětnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.
 - rakovina
Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz.

- Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémii a zhoubné nádory mízního systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsáné jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny, nádory popsáné jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současné přítomnosti infekce virem HIV.
- Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem specializovaného zdravotnického zařízení, a to na základě histologického, nebo jiného odpovídajícího vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazení podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok.
- Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.
- d) **nezhoubný nádor mozku**
Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek.
Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl pojištěnému na základě rozhodnutí neurologa či neurochirurga proveden neurochirurgický zákrok s cílem odstranit nezhoubný nádor, který svým růstem poškozuje mozek, nebo na případy, kdy přítomnost neoperabilního nezhoubného nádoru vede ke vzniku trvalého neurologického poškození.
Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěsku mozkového a míchy.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.
- e) **chronické selhání ledvin**
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu pojištěného provádí.
- f) **zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci**
Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krvetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.
- g) **operace věnčitých tepen**
Operací věnčitých (koronárních) tepen se rozumí kardiologický zákrok s použitím mimotělního oběhu, provedený u pojištěného s ischemickou chorobou srdeční, kterým se přemostí oblast zúžení nebo uzávěru koronární tepny pomocí žilního nebo arteriálního štěpu (tzv. bypass). Operace musí být provedena specializovaným zdravotnickým zařízením na území České republiky. Pojistná ochrana se nevztahuje na tzv. MICAB výkony (minimálně invazivní koronární chirurgie), intraarteriální výkony a všechny typy nechirurgických angioplastik.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření pojištěného včetně koronarografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření pojištěného prokazující přítomnost takového postižení věnčitých tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Lékařské potvrzení i vyšetření musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení.
- h) **slepota**
Slepotou se rozumí trvalá a úplná ztráta zraku obou očí, při níž zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí podle tabulky Světové zdravotnické organizace poklesne na 3/60 nebo méně na každé oko.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost.
- i) **hluchota**
Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.
- j) **infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze**
Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ vážné choroby. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocněním AIDS je transfúze infikované krevní konzervy. Lékařské potvrzení o diagnóze musí vystavit odborný lékař. Lékařské potvrzení o příčině infekce či onemocnění musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení, které transfúzi provedlo.
3. Kromě povinností uvedených v odst. 2 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
- písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,
 - pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli,
 - dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,
 - vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - dodat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
4. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají i následující výluky:
- 4.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
- úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímu zhoršení nebo sebeпоškození,
 - zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.
- 4.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
- působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - pracovní činnosti pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
 - infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 2 písm. j) tohoto článku,
 - výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze pojištěného: polycystické ledviny, Alportův syndrom, Huntingtonova chorea, Marfanův syndrom, Gardnerův syndrom, Lynchův syndrom, tři a více případů Diabetes mellitus I. typu vyskytujících se u přímých příbuzných.
5. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 2 a v odst. 3 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
6. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 4.1 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
7. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 4.2 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.

- Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění v souladu s ustanovením článku 2 odst. 1 těchto DPP VCH-N, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
- Byla-li u pojištěného během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 3 odst. 2 písm. a) až e), písm. h) až j) těchto DPP VCH-N nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 3 odst. 2 písm. f) těchto DPP VCH-N nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 3 odst. 2 písm. g) těchto DPP VCH-N, pojištění pro případ vážné choroby zaniká k datu stanovení diagnózy.

Článek 4 – Další ujednání

- Pro pojištění pro případ vážné choroby platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.
- Od všech ustanovení těchto DPP VCH-N se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PLNÉ INVALIDITY NÁSLEDKEM NEMOCI NEBO ÚRAZU A PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PLNÉ INVALIDITY NÁSLEDKEM ÚRAZU

sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D

ze dne 1. 3. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu (obě dále také jen „pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP I“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D platných k datu sjednání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednávají jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Jak pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, tak pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu je pojištění obnosové.

Článek 2 – Nároky z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu.
- Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, nejdříve však po dvou letech ode dne jeho počátku, přiznán nejvyšší stupeň invalidity (dále jen „plná invalidita“) ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem nemoci vzniklé nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
- Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala.
- Nastala-li plná invalidita pojištěného v souladu s odst. 2 a 3, jakož i ostatních odstavců tohoto článku, v důsledku několika příčin (tj. např. v důsledku jak nemoci, tak úrazu nebo v důsledku několika úrazů nebo několika nemocí), vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu vzniku první z těchto příčin.
- Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
- Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 5 tohoto článku. Pro vznik nároku na případ plné invalidity posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2, 3 a 4 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (nemoci a/nebo úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - působení mikrobiálních jedů nebo imunitoxických látek,
 - vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit,
 - nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - úrazu, který vznikl v důsledku nemoci, jejíž diagnóza byla pojištěnému stanovena před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - nemoci z povolání,
 - úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - vrozených vad a nemocí,
 - úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - nemoci nebo úrazu, které utrpěl při provozování profesionální sportovní činnosti,
 - nemoci nebo úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíci pracující ve výškách, námořník, nequalifikované dělnické profese včetně stavební, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápeč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených složek, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnick, důlní inženýr atd.).
- V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 9 tohoto článku.
- Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
- Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 nebo 3 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojistitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 7 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.

Článek 3 – Nároky z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
- Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznán nejvyšší stupeň invalidity (dále jen „plná invalidita“) ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu prvního z nich.
- Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
- Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 3 tohoto článku. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.

5. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci,
 - d) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - e) infekční nemoci přenesené zraněním,
 - f) diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - g) vzniku a zhoršení kýly (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a puvodu, vzniku a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - h) ploténkových a algických páteřních syndromů a výhřezů plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) zhoršení již existující nemoci v důsledku úrazu,
 - j) vrozené lomivosti kostí nebo patologických a únavových zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo nemocí,
 - k) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - l) úrazu, který utrpěl při provozování profesionální sportovní činnosti,
 - m) úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvěře, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených složek, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, težař ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnický, důlní inženýr atd.).
6. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 7 tohoto článku.
7. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojistitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 5 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.

Článek 4 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pojištění pro případ vážné choroby, nebo pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH a zanikne-li toto pojištění diagnózou onemocnění vážné choroby během prvních 3 kalendářních měsíců následujících po počátku tohoto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplňkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009, resp. v souladu s článkem 4 odst. 10 Doplňkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a pro pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009, spolu s ním k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby, pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH zaniká i pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, resp. pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
3. Od všech ustanovení těchto DPP I se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ÚRAZOVÁ POJIŠTĚNÍ

sjednaná k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D
ze dne 1. 3. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

1. Úrazovými pojištěními pro účely těchto Doplňkových pojistných podmínek pro úrazová pojištění sjednaná k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP U“) jsou:
 - a) pojištění pro případ smrti následkem úrazu
 - b) pojištění pro případ trvalých následků úrazu
 - c) pojištění pro případ léčení úrazu
2. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění pro případ trvalých následků úrazu a pojištění pro případ léčení úrazu (všechna dále také jen „pojištění“) se řídí těmito DPP U, ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D platných k datu sjednání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“).
3. Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
4. V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění uvedená v odst.1 písm. a) až c) tohoto článku sjednávají jako další pojištění k základnímu pojištění.
5. Úrazová pojištění uvedená v odst.1 písm. a) až c) tohoto článku jsou pojištěními obnosovými.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojistná částka pro případ léčení úrazu – částka denního odškodného, ze které se stanoví výše pojistného plnění v případě léčení úrazu. Její výše je určena v pojistné smlouvě.

Oceňovací tabulky – dokument pojistitele obsahující zásady plnění pojistitele z úrazového pojištění dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě. Oceňovací tabulky jsou k dispozici na všech obchodních místech pojistitele. Pojistitel si vyhrazuje právo oceňovací tabulky měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle oceňovacích tabulek platných v době vzniku úrazu.

Článek 3 – Nároky z pojištění pro případ smrti následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 1 písm. a) těchto DPP U.
2. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu a způsobil-li úraz vzniklý v době trvání tohoto pojištění pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
3. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu s dvojnásobným plněním při dopravní nehodě a způsobil-li úraz vzniklý v době trvání tohoto pojištění pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu. Zemřel-li pojištěný následkem úrazu při dopravní nehodě definované v zákoně č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o silničním provozu“), vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, dvojnásobek této pojistné částky.
4. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu s dvojnásobným plněním při dopravní nehodě nebo sportu a způsobil-li úraz vzniklý v době trvání tohoto pojištění pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu. Zemřel-li pojištěný následkem úrazu při dopravní nehodě definované zákonem o silničním provozu nebo při provozování sportovní činnosti vyjmenované v dokumentu Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008 pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu (bez ohledu na to, zda pojištěný tuto činnost vykonává či nevykonává v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti), vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, dvojnásobek této pojistné částky.

Článek 4 – Nároky z pojištění pro případ trvalých následků úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 1 písm. b) těchto DPP U.
2. Zanechá-li úraz, který vznikl v době trvání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel pojištěnému z pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu tolik procent, kolika procentům odpovídá 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. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení podle Oceňovací tabulky B, která je v pojistné smlouvě k datu úrazu ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit (limit trvalých následků úrazu) a současně pojištěný na následky tohoto úrazu nezemřel do 6 měsíců ode dne úrazu.
3. Nemůže-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí 6 měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojištěný pojistiteli lékařskou zprávou, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojistitele plnit má již trvalý charakter.
4. Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle Oceňovací tabulky B tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození, určenému rovněž podle Oceňovací tabulky B.
5. Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojistitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
6. Zdravotní prohlídka ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojistitelem zabezpečí pojistitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplněné podle předchozího výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením článku 13 odst. 7 VPP zajistí od jiných lékařů nebo zdravotnických zařízení, vyplývá, že rozsah trvalých následků úrazu může k termínu tří let od data úrazu dosáhnout minimálně limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
7. Ve vážných případech, v nichž pojistitel rozhodne o tom, že není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 5 a 6 tohoto článku, určí pojistitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného.
8. Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Poskytne-li pojistitel na základě kontrolního vyšetření další pojistné plnění, uhradí pojištěnému částku nákladů za toto vyšetření. Pojistitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojistitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
9. Pojistné plnění za trvalé následky úrazu se určuje podle Oceňovací tabulky B, a to ve výši tolika procent pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, kolik procent tato tabulka uvádí pro jednotlivá tělesná poškození. Stanoví-li Oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.
10. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce B u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
11. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu součtem procent pro jednotlivé následky. Týká-li se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
12. Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, resp. jejího násobku v souladu s odst. 15 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 11 tohoto článku hranici 100 % překročí.
13. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění trvalých následků úrazu s limitem plnění od 1 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 1 % trvalého poškození těla.
14. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění trvalých následků úrazu s limitem plnění od 10 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 10 % trvalého poškození těla.
15. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním, pojistitel bude plnit za trvalé následky úrazu, které dosáhnou procenta poškození těla od dohodnutého limitu trvalých následků úrazu do 25 % včetně, dané procento z jednonásobku pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, při procentu trvalých následků úrazu nad 25 % do 50 % včetně z dvojnásobku, při procentu trvalých následků úrazu nad 50 % do 75 % včetně z trojnásobku a při procentu trvalých následků úrazu nad 75 % do 100 % včetně z čtyřnásobku pojistné částky pro trvalé následky úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu. Výše uvedené zásady plnění za trvalé následky úrazu se sjednáním progresivního plnění nemění.

Článek 5 – Nároky z pojištění pro případ léčení úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu dle článku 1 odst. 1 písm. c) těchto DPP U.
2. Z pojištění pro případ léčení úrazu vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní odškodné tehdy, jestliže pojištěný utrpí úraz v době trvání pojištění pro případ léčení úrazu a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením dosáhne alespoň limitu plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu. U tělesných poškození, u kterých je v Oceňovací tabulce A uvedeno „neplní se“, není pojistitel povinen poskytnout plnění denního odškodného, i když je tato podmínka splněna.
3. Pojistitel vyplatí pojištěnému denní odškodné za dobu, která se v souladu s odst. 11 až 13 tohoto článku určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného, který je sjednán v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to do konce trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu doloženého lékařským potvrzením, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A. Za dny, o které celková doba trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesáhne tento pojistitelem stanovený limit, není pojistitel povinen plnit.
4. V případě, že nezbytné léčení tělesného poškození následkem úrazu probíhá v pracovní neschopnosti, za kterou pojištěnému náleží peněžité dávky nemocenské, jsou jím čerpány a ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení se mu vystavuje doklad o pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) a délka pracovní neschopnosti přesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A, je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné za dobu, která se v souladu s odst. 11 až 13 tohoto článku určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného, který je sjednán v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to do konce pracovní neschopnosti, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A o více než 20 %. Za dny, o které celková doba pracovní neschopnosti přesáhne pojistitelem stanovený limit navýšený o 20 %, není pojistitel povinen plnit.
5. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesahující 365 dní ode dne tohoto úrazu.
6. Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce A pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se započítává pouze jednou.
7. Dojde-li k souběhu léčení následků úrazu a nemoci, která není následkem úrazu, vyplatí pojistitel denní odškodné nejvýše za počet dní, který je uveden pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A.
8. Utrpí-li pojištěný jedním úrazovým dějem několik tělesných poškození, stanoví se počet dní, za které pojistitel vyplatí denní odškodné, podle toho tělesného poškození, u kterého je v Oceňovací tabulce A uveden nejvyšší počet dní.
9. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce A, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce A u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
10. Výše plnění denního odškodného se stanoví vynásobením počtu dní určeného podle zásad uvedených v tomto článku částkou denního odškodného sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
11. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) s limitem plnění od 15. dne zpětně a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 15 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku částku denního odškodného ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to od prvního dne tohoto léčení.
12. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) s limitem plnění od 15. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 15 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku částku denního odškodného počínaje 15. dnem a konče 28. dnem nezbytného léčení částku denního odškodného ve dvojnásobné výši částky denního odškodného sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu a za každý další den od 29. dne nezbytného léčení denní odškodné ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.
13. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) s limitem plnění od 29. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 29 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku částku denního odškodného ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to od prvního dne tohoto léčení.

Článek 6 – Výluky z úrazových pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U.
2. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U ujednávají i následující výluky uvedené v odst. 3 tohoto článku.
3. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) nastala-li pojistná událost při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při letecké nebo lyžařské akrobacii, snowkitingu, landkitingu (apod.), při snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu a skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným, s výjimkou sportů uvedených ve 3. rizikové skupině v dokumentu Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008 pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu (dále jen „Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008“),
 - b) došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - d) byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení kýl (hernií), běrcových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - e) za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - f) byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - g) za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - h) bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - i) za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejich důsledku došlo,
 - j) byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - k) byla-li důsledkem pojistné události zlomenina v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch nebo patologická nebo únavová zlomeniny, jakož i vymknutí a vykloubení v důsledku vrozené vad a poruch,
 - l) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného.

Článek 7 – Omezení pojistného plnění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U.
2. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U i v případech, kdy nebyla dle článku 8 odst. 4 těchto DPP U pojistníkem nahlášena změna povolání nebo registrované sportovní činnosti, která by znamenala zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny.

Článek 8 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U.
2. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění dle odstavce 1 tohoto článku ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 3 a 4 tohoto článku.
3. Povinností pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
4. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu povolání nebo registrované sportovní činnosti pojištěného, které mají vliv na změnu rizikové skupiny v souladu s Rizikovými skupinami ze dne 1. 3. 2008.

Článek 9 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Pro pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U platí ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
3. Od všech ustanovení těchto DPP U se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

RIZIKOVÉ SKUPINY

ze dne 1. 3. 2008

pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu

Osoby se podle povolání (profese) a registrované sportovní činnosti zařazují do čtyř rizikových skupin

1. riziková skupina: osoby bez manuální činnosti nebo s nízkým rizikem

Administrativní pracovníci, advokáti, agronomové, aranžéři, architekti, archiváři, asistenti, auditoři, aukcionáři, barmani, brašnáři, celní úředníci, celníci, cukráři, cvičitelky, čalouníci, číšníci, daňoví poradci, dekoratéři, delegáti, diplomaté, diskžokejové, dispečeri, domovníci, ekologové, ekonomové, ergonomové, farmaceuti, finančníci, fotografové, geodeti, grafické, herci, historici, hlídači, hodináři, hostesky, hoteloví zřízenci, hrázní, hudebníci, hygienici, choreografové, informatici, inspektoři, jednatelé, jemní mechanici, kadeřnice a kadeřníci, kartografové, kněží, knihaři, knihovníci, klenotníci, konstruktéři, kontroloři, konzultanti, korektoři, kosmetičky, košíkáři, kožešníci, krajkáři, krejčí, krupiéři, kuchaři, kurátoři, ladiči, lékárníci, lékaři, lektoři, letušky, lidoví léčitelé, logistikové, loutkáři, makléři, manažeři, maséři, matrikáři, meteorologové, metrologové, modeláři, modelky, moderátoři, návrháři, nezaměstnaní, notáři, obchodníci, obsluha čerpací stanice, obuvníci, odhadci, operátoři, optici, pečovatelky, pedikérky, pekaři, personalisti, písaři, písmomalíři, plánovači, plavčíci, pojištění matematici, pokladní, pokojské, poradci (obchodní, finanční, pojišťovací apod.), politici a veřejní činitelé, porybní, poslanci, poštovní doručovatelé, pracovníci poštovních přepážek a pošt, pracovníci v reklamě, právníci, prodavači, programátoři, projektanti, promítači, průvodci, průvodčí (ČD), psychologové, překladatelé, recepční, redaktoři, registrovaní rozhodčí (mimo hokeje a fotbalu), referenti, rehabilitační sestry, retušéři, revizoři, režiséři, rozpočtáři, rybáři, sekretářky, senátoři, servírky, sociální pracovníci, soudci, spisovatelé, správci, statistické, stevardi, studenti, stylisté, šatnářky, ševci, šičky, školníci, švadleny, technicko-hospodářští pracovníci, technologové, tetovači, tiskoví mluvčí, tlumočníci, účetní, učitelé (mimo autoškoly) a další pedagogičtí pracovníci, uklízečky, umělci, úředníci, uvaděčky, vedoucí pracovníci, vědeckí pracovníci, vizážisti, vrátní, vychovatelé, výpravčí, výzkumníci, zdravotnický personál, zlatníci, žáci, ženy v domácnosti.

Osoby, vč. profesionálních sportovců, provozující některý z uvedených sportů, vč. nejvyšších republikových a zahraničních soutěží, v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: billiard, bowling, curling, dráhový golf, golf, jóga, kriket, kriket, kulečnický, kuželky, metaná, pétanque, rybářský sport, stolní fotbal, šachy, šipky moderní i klasické, turistika, ZRTV.

2. riziková skupina: osoby s převážujícím podílem manuální činnosti nebo se zvýšeným rizikem

Autojeřábníci, automechanici, balíči, barvíři, bednáři, betonáři, bezpečnostní pracovníci, brusíči, brzdaři, cestáři, cínaři, členové posádek plavidel (námořník, kormidelník, apod.), detektivové, dělníci, dlaždiči, dojiči, dozorcí, důchodci invalidní a starobní, elektrikáři, elektromechanici, elektromontéři, frézaři, galvanizéři, geologové, gumaři, hrobníci, hydrologové, chemici, chovatelé, instalatéři, izolatéři, kabeláři, kameníci, kamnáři, karosáři, keramici, klempíři, koč, kominíci, kopáči, kotláři, kováři, koželuzi, kulisáci, kurýři, laboranti, lakýrníci, lanovkáři, lesníci, lešenáři, lodňáři, malíři pokojů, manuální a provozní pracovníci v dopravě, ve filmovém oboru, v elektrárnách, v textilním odvětví, v odvětví těžby a zpracování dřeva, v pivovarech a lihovarech, v prádelnách a čistírnách, ve stavebnictví, ve stravování, v zemědělství a lesnictví, mechanici, mistři výroby, mlynáři, montéři, myslivci, nástrojáři, natěrači, novináři, nožníci, obchodní zástupci, obkladači, obráběči, opraváři, osvětlovači, ošetřovatelé zvířat, památkáři, piloti v civilním letectví, plynaři, podlaháři, pokrývači, popeláři, potrubáři, pracovníci bezpečnostních agentur, pracovníci technických služeb, provozní, puškaři, přadleny, příslušníci policie, armády a pohraniční stráže, rámaři, reportéři, restaurátoři, rytci, řezbáři, řezníci, řidiči, samostatní likvidátoři, sedláři, seřizovači, signalisti, skladníci, skláři, sklenáři, sládkové, slévači, soustružníci, stavaři, stavbyvedoucí, statikové, strážní, strojníci, strojevedoucí, studnaři, svářeči, tanečníci, taxikáři, taviči, technici, tesaři, tiskaři, tkalci, topenaři, topiči, trenéři, truhláři, tuneláři, učitelé autoškoly, údržbáři, veterináři, vlekáři, výtaháři, zahradníci, zámečníci, zásobovači, závozníci, zbrojaři (u policie, armády, vězeňské služby, bezpečnostních agentur, apod.), zedníci, zoologové, zootechnici, zvonáři.

Osoby provozující některý z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: atletika, aerobic, badminton, balet, baseball, běh na lyžích, biatlon, fitness, jezdectví, krasobruslení, kulturistika, lukostřelba, moderní gymnastika, nohejbal, orientační běh, paintball, plavecké sporty, rychlobruslení, rychlostní kanoistika, silniční a dráhová cyklistika, softball, sportovní gymnastika, sportovní tanec, squash, stolní tenis, střelectví, tenis, triatlon, veslování, vodní pólo, volejbal.

3. riziková skupina: osoby se zvlášť zvýšeným rizikem

Deratizéři, krotitelé zvěře, manuální a provozní pracovníci v hutnictví a těžkém strojírenství, v lomech a dolech, piloti ozbrojených složek, požárníci, pracovníci s jedovatými, výbušnými nebo zářivými látkami, pracovníci s vysokým rizikem akutních otrav, pracovníci s vysokým rizikem popálenin z důvodu vysoké teploty pracovního prostředí, pracovníci ve výškách (pokud mají předepsáno upevnění závěsem), pracující pod vodou s potápěcím dýchacím přístrojem, příslušníci horské záchranné služby, pyrotechnici, tovární a zkušební jezdci motorových vozidel a plavidel, registrovaní rozhodčí fotbalu nebo hokeje, výzkumníci a badatelé v neprobádaných krajinách, záchranáři a členové havarijních sborů, zkušební piloti, železniční posunovači.

Osoby provozující některý z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: americký fotbal, bojová umění všech druhů a stylů vč. sebeobrany, basketbal, boby-skeleton, box, cyklotrial, dobrovolní hasiči, floorbal, fotbal, házená, hokejbal, in-line hokej, in-line skating, jachting, jezdecké závody na koních, jízda na sněžných a vodních skútrech, judo, korfbal, lakros, lední hokej, moderní pětiboj, motorismus, národní házená, potápění (bez dýchacího přístroje), pozemní hokej, parasailing, ragby, saně, sjezdové lyžování, skateboarding, skiboby, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, šerm, vodní lyžování, vodní motorismus, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika (na turistických cestách a bez použití horolezecké výzbroje), vzpírání, zápas, závody na horských kolech, závody psích spřežení.

4. riziková skupina: osoby s vysokým rizikem

Artisté, kaskadéři, veškerá soutěžní, závodní a jiná sportovní činnost včetně přípravy na ni (tréninku) u profesionálních sportovců a sportovců zúčastňujících se nejvyšších republikových a zahraničních soutěží (mimo sportovců zařazených do 1. rizikové skupiny).

Konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD HOSPITALIZACE NÁSLEDKEM NEMOCI NEBO ÚRAZU A PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD HOSPITALIZACE NÁSLEDKEM ÚRAZU

sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D
ze dne 1. 3. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu (obě dále také jen „pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění hospitalizace následkem úrazu sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP H“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění SPEKTRUM a SPEKTRUM D platných k datu sjednání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Pojištění je pojištěním obnosovým.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojmy použité v těchto DPP H a nespecifikované ve VPP ani ZPP jsou vymezeny následovně:

Akutní lůžko – lůžko zdravotnického zařízení, určené k hospitalizaci při stavu náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo pokud uvedený stav nelze vyloučit (včetně plánovaných operací), nebo k hospitalizaci při stavu náhlého onemocnění nebo náhlého zhoršení chronické nemoci vážně ohrožujících zdraví, nebo k hospitalizaci, při které charakter zdravotní péče, kterou stav pojištěného vyžaduje, nedovoluje její poskytování ambulantní formou, a to po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrat stability zdravotního stavu

Nemoci přenášené pohlavním stykem – kapavka, syfilis, HIV/AIDS, herpes, kondylomata, trichomonóza

Neodkladná operace – operace, pro kterou byl pojištěný neodkladně přijat k hospitalizaci nebo pokud k neodkladnému operačnímu zákroku v průběhu hospitalizace vedl jeho stav

Odborný léčebný ústav – léčebna pro dlouhodobě nemocné, léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrická léčebna, ústav pro léčbu závislostí (včetně záchytné stanice), lázeňská léčebna, sanatorium, ozdravovna, rehabilitační ústav, ústav sociální péče nebo pečovatelské služby, stacionář, hospic

Sociální hospitalizace – hospitalizace z jiných než zdravotních důvodů, kdy pojištěný je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a nemůže být propuštěn pouze proto, že se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neobejde bez pomoci další osoby a potřebná péče mu nemůže být poskytnuta v odborném léčebném ústavu nebo formou pečovatelské služby, ačkoli podmínky pro poskytování těchto služeb podle obecně závazných právních předpisů splňuje, nebo nemůže být propuštěn z jiného sociálního důvodu

Zdravotnické zařízení – zdravotnické zařízení, včetně radioterapeutického a onkologického léčebného ústavu, které poskytuje diagnostickou a léčebnou ústavní (lůžkovou) zdravotní péči, je pro druh a rozsah jím poskytované péče personálně, věcně a technicky vybavené a splňuje požadavky kladené na jeho provoz obecně závaznými právními předpisy. Za zdravotnické zařízení se nepovažuje odborný léčebný ústav.

část A – Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu. Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu nemůže být k základnímu pojištění sjednáno tehdy, je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění SPEKTRUM D.
- Z pojištění vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní dávku tehdy, pokud je v době trvání pojištění přijat k hospitalizaci pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho úraz, vzniklý nejdříve v den počátku pojištění, nemoc, těhotenství nebo porod, a jeho hospitalizace trvala:
 - v případě pojištění sjednaného s limitem plnění od 2. noci alespoň 48 hodin, resp. zahrnovala alespoň 2 noci,
 - v případě pojištění sjednaného s limitem plnění od 5. noci alespoň 120 hodin, resp. zahrnovala alespoň 5 nocí.
- Den přijetí pojištěného na akutní lůžko musí nastat nejdříve po uplynutí čekací doby. Toto ustanovení neplatí pro hospitalizaci pojištěného výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
- Čekací doba se stanovuje na první 3 kalendářní měsíce od počátku pojištění. Zvláštní čekací doba v délce prvních 8 kalendářních měsíců od počátku pojištění se stanovuje pro hospitalizaci pojištěného z důvodu porodu nebo šestinedělí a z důvodu stomatologického ošetření, zhotovení zubních náhrad, stomatochirurgie a čelistní ortopedie.
- Odhlynl od čl. 10 části A ZPP se pro každou změnu pojištění, kterou došlo ke zvýšení denní dávky, ujednává, že pojistitel je povinen poskytnout pojistné plnění z nové výše denní dávky až po uplynutí 3 kalendářních měsíců od data účinnosti změny, v případě hospitalizace pojištěného z důvodu těhotenství, umělého přerušení těhotenství, porodu, šestinedělí, stomatologického ošetření, zhotovení zubních náhrad, stomatochirurgie a čelistní ortopedie až po uplynutí 8 kalendářních měsíců od data účinnosti změny. Do uplynutí těchto lhůt se pojistné plnění stanovuje tak, jakoby ke zvýšení denní dávky nedošlo. Toto ustanovení neplatí pro hospitalizaci pojištěného výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.

Článek 2 – Výluky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
- V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro pojištění ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku a v čl. 2 části C těchto DPP H.
- Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - hospitalizace pojištěného z důvodu psychiatrické diagnózy,
 - hospitalizace pojištěného z důvodu sterilizace nebo umělého přerušení těhotenství pro jiný než zdravotní důvod,
 - hospitalizace pojištěného z důvodu provedení zákroku plastické chirurgie (včetně kosmetického zásahu) pro jiný než zdravotní důvod,
 - hospitalizace pojištěného z důvodu infekčního onemocnění nebo s ním souvisejícího doprovodného onemocnění způsobením povinností pojištěného podrobit se v souladu s platnými právními předpisy v určených termínech stanovenému druhu pravidelného očkování. Toto ustanovení neplatí pro případ, kdy k neprovedení očkování pojištěného došlo ze zákonem vymezených důvodů.
 - hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci přenášené pohlavním stykem nebo s ní související doprovodné nemoci. Toto ustanovení neplatí pro případ přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
 - hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci z povolání.

část B – Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu.
- Z pojištění vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní dávku tehdy, pokud je v době trvání pojištění přijat k hospitalizaci pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho úraz, vzniklý nejdříve v den počátku pojištění, a jeho hospitalizace trvala alespoň 48 hodin, resp. zahrnovala alespoň 2 noci.

Článek 2 – Výluky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu.
- V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro pojištění ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku a v čl. 2 části C těchto DPP H.
- Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - hospitalizace pojištěného způsobená mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - hospitalizace pojištěného pro vznik nebo zhoršení kýl (hernií), bérčových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitidy, ke kterým došlo následkem úrazu,

- c) hospitalizace pojištěného z důvodu infekční nemoci, i když byla přenesena zraněním,
- d) hospitalizace pojištěného jako následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
- e) hospitalizace pojištěného z důvodu zhoršení již existující nemoci následkem úrazu,
- f) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu v důsledku nemoci,
- g) hospitalizace pojištěného z důvodu infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a epilepsie a hospitalizace z důvodu úrazu, ke kterému v jejich důsledku došlo,
- h) hospitalizace pojištěného pro ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
- i) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu v důsledku vrozené lomivosti kostí, metabolických poruch, patologických a únavových zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo poruch.

Část C – Společná ujednání pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Není-li v článku 1 odst. 5 části A těchto DPP H nebo dále v tomto článku uvedeno jinak, denní dávka ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu počátku hospitalizace, resp. v případě hospitalizace vylučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění, k datu úrazu, náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, výjma dnů, po které byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky.
2. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý i započatý den hospitalizace pojištěného na oddělení anesteziologicko-resuscitačním nebo oddělení intenzivní péče.
3. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, pokud během ní byla pojištěnému provedena neodkladná operace. Jestliže během hospitalizace dojde k více neodkladným operacím, považují se pro účely pojištění za jedinou.
4. Pokud během hospitalizace nastanou okolnosti uvedené v odst. 2 a 3 tohoto článku současně, ustanovení odst. 2 tohoto článku se nepoužije.
5. Pro účely stanovení počtu dní hospitalizace se její první den (den přijetí k hospitalizaci) a její poslední den (den ukončení hospitalizace) považují za jeden den hospitalizace.
6. Příklad pojištění mezi odděleními nebo odbornostmi během hospitalizace, ať v rámci jednoho či několika zdravotnických zařízení, není považován za její ukončení ani zahájení.
7. Výše pojistného plnění se stanoví vynásobením počtu dní hospitalizace částkou denní dávky. Počet dní a výše denní dávky se určí podle zásad uvedených v tomto článku.
8. Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu nejvýše za:
 - a) 14 kalendářních dní hospitalizace pojištěného v souvislosti s jedním těhotenstvím nebo umělým přerušením těhotenství,
 - b) 7 kalendářních dní hospitalizace pojištěného v souvislosti s jedním porodem.
9. Pokud nastanou okolnosti uvedené v odst. 8 tohoto článku do 1 roku od počátku pojištění, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny.
10. Maximální počet dní, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dní za jednu pojistnou událost.

Článek 2 – Výluky z pojištění

1. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) hospitalizace pojištěného z důvodu, pro který byl během 2 let předcházejících počátku pojištění již hospitalizován či ambulantně léčen. Toto ustanovení platí po dobu prvních 2 let od počátku pojištění a neplatí pro hospitalizaci z důvodu těhotenství, umělého přerušení těhotenství, porodu, šestinedělí a pro hospitalizaci vylučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
 - b) hospitalizace pojištěného z jiného než léčebného, nebo diagnostického a léčebného, důvodu (např. ochranná či povinná léčba, sociální hospitalizace),
 - c) hospitalizace pojištěného z důvodu léčebné rehabilitace,
 - d) hospitalizace pojištěného pro úraz následkem nepřiměřené tělesné námahy,
 - e) hospitalizace pojištěného na vojenské posádkové ošetrovně, ve vězeňské nemocnici nebo vězeňské ošetrovně,
 - f) hospitalizace pojištěného mimo území členského státu Evropské unie,
 - g) sebepoškození nebo úmyslné jednání pojištěného, včetně zneužití léků pojištěným nebo užívání léků pojištěným v rozporu s lékařským doporučením či vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře, směřující k přijetí k hospitalizaci nebo k jejímu prodloužení,
 - h) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologie, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - i) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu vzniklého při přípravě nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu,
 - j) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektro-mechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířet, lesní dělník, lešenař, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíci pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených složek, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnický, důlní inženýr atd.),
 - k) hospitalizace pojištěného, během které svévolně nebo na revers opustil zdravotnické zařízení, a všechny jeho následující hospitalizace pro stejnou příčinu nebo její komplikaci.

Článek 3 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. V souladu s ustanovením čl. 11 odst. 11 VPP se pro pojištění ujednávají i práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v tomto článku.
2. Pojištěný je povinen:
 - a) bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace předložit pojistiteli vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – Hospitalizace pojištěného“ a závěrečnou lékařskou propouštěcí zprávu o průběhu léčení (hospitalizace),
 - b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčení příčiny, pro kterou byl hospitalizován, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav, průběh či délku hospitalizace,
 - c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - d) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - e) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
3. V případě hospitalizace trvající déle než 1 měsíc je pojištěný oprávněn písemně požádat pojistitele o poskytnutí zálohy na pojistné plnění. K žádosti musí doložit tiskopis uvedený v odst. 2 písm. a) tohoto článku a lékařskou zprávu o dosavadním průběhu hospitalizace. Po ukončení hospitalizace je pojištěný povinen splnit povinnost uvedenou v odst. 2 písm. a) tohoto článku.

Článek 4 – Další ujednání

1. Pojistitel spojuje s nepřetržitým trváním pojištění po dobu, kterou určí a během které nedošlo ve smyslu těchto DPP H k hospitalizaci pojištěného, možnost pojištěného získat od pojistitele peněžité plnění - příspěvek k úhradě nákladů vynaložených pojištěným na preventivní zdravotní péči pro svou osobu (dále jen „příspěvek“). Podmínky a pravidla pro poskytnutí a využití příspěvku, jeho výše, jakož i forma jeho poskytnutí, jsou pojistitelem stanoveny v Sazebníku příspěvků na zdravotní péči, který je k dispozici na všech obchodních místech pojistitele a je platný pro všechny případy, které byly v době jeho platnosti u pojistitele pojištěným uplatněny.
2. Skutečnost, zda pojištěný využije příspěvku, nemá vliv na výši pojistného dohodnutou pojistitelem a pojistníkem v pojistné smlouvě.
3. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
4. Pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP a pro pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu platí ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
5. Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pojištění pro případ vážné choroby, nebo pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH a zanikne-li toto pojištění diagnózou onemocnění vážné choroby během prvních 3 kalendářních měsíců následujících po počátku tohoto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009, resp. v souladu s článkem 4 odst. 10 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a pro pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009, spolu s ním k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby, pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH zaniká i pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, resp. pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu.
6. Od všech ustanovení těchto DPP H se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DĚTÍ

sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D
ze dne 1. 3. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Úrazové pojištění dětí se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění dětí sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP PD“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění SPEKTRUM a SPEKTRUM D platných k datu sjednání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D (dále jen „ZPP“) a částmi doplňkových pojistných podmínek pro úrazová pojištění sjednaná k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP U“) uvedenými v článku 4 těchto DPP PD a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“), a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se úrazové pojištění dětí sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Úrazové pojištění dětí zahrnuje:
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu
 - pojištění pro případ léčení úrazu
 - pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu
- Úrazové pojištění dětí je pojištěním obnosovým.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojmy použité v těchto DPP PD a nespécifikované ve VPP ani v ZPP jsou vymezeny následovně:

Akutní lůžko – lůžko zdravotnického zařízení, určené k hospitalizaci při stavu náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo pokud uvedený stav nelze vyloučit (včetně plánovaných operací), nebo k hospitalizaci při stavu náhlého onemocnění nebo náhlého zhoršení chronické nemoci vážně ohrožujících zdraví, nebo k hospitalizaci, při které charakter zdravotní péče, kterou stav pojištěného vyžaduje, nedovoluje její poskytování ambulantní formou, a to po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu.

Neodkladná operace – operace, pro kterou byl pojištěný neodkladně přijat k hospitalizaci nebo pokud k neodkladnému operačnímu zákroku v průběhu hospitalizace vedl jeho stav.

Odborný léčebný ústav – léčebna pro dlouhodobě nemocné, léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrická léčebna, ústav pro léčbu závislosti (včetně záchytné stanice), lázeňská léčebna, sanatorium, ozdravovna, rehabilitační ústav, ústav sociální péče nebo pečovatelské služby, stacionář, hospic.

Sociální hospitalizace – hospitalizace z jiných než zdravotních důvodů, kdy pojištěný je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a nemůže být propuštěn pouze proto, že se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neobejde bez pomoci další osoby a potřebná péče mu nemůže být poskytnuta v odborném léčebném ústavu nebo formou pečovatelské služby, ačkoli podmínky pro poskytování těchto služeb podle obecně závazných právních předpisů splňuje, nebo nemůže být propuštěn z jiného sociálního důvodu.

Zdravotnické zařízení – zdravotnické zařízení, včetně radioterapeutického a onkologického léčebného ústavu, které poskytuje diagnostickou a léčebnou ústavní (lůžkovou) zdravotní péči, je pro druh a rozsah jím poskytované péče personálně, věcně a technicky vybavené a splňuje požadavky kladené na jeho provoz obecně závaznými právními předpisy. Za zdravotnické zařízení se nepovažuje odborný léčebný ústav.

Článek 3 – Pojistná událost, pojištěný

- Pojištěným je v úrazovém pojištění dětí každý nezletilý:
 - kteří má rodný list vydaný na území členského státu Evropské unie a v tomto rodném listě je jako jeden z rodičů zapsaný pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě, k níž bylo úrazové pojištění dětí sjednáno (dále jen „pojistná smlouva“),
 - kteří byl pojištěnému jmenovitě uvedenému v pojistné smlouvě svěřen na území členského státu Evropské unie do pěstounské péče,
 - kteřeho si pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě na území členského státu Evropské unie osvojí (dále jen „pojištěný“).
- Pojistnou událostí je v úrazovém pojištění dětí úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání úrazového pojištění dětí a zároveň v období specifikovaném v odst. 3 až 5 tohoto článku.
- Úrazové pojištění dětí se vztahuje na úrazy, ke kterým došlo u pojištěného definovaného v odst. 1 písm. a) tohoto článku v období od 00:00 hodin 15. dne jeho věku až do 24:00 hodin dne jeho 18. narozenin, nebo až do 24:00 hodin dne uvedeného v rozhodnutí soudu členského státu Evropské unie o zbavení pojištěného jmenovitě uvedeného v pojistné smlouvě rodičovské zodpovědnosti, nastane-li tento den dříve.
- Úrazové pojištění dětí se vztahuje na úrazy, ke kterým došlo u pojištěného definovaného v odst. 1 písm. b) tohoto článku v období od 00:00 hodin dne uvedeného v rozhodnutí soudu členského státu Evropské unie jako den, od kterého bylo dítě pojištěnému jmenovitě uvedenému v pojistné smlouvě svěřeno do pěstounské péče, až do 24:00 hodin dne 18. narozenin pojištěného, nebo až do 24:00 hodin dne uvedeného v rozhodnutí soudu členského státu Evropské unie jako den zrušení pěstounské péče, nastane-li tento den dříve.
- Úrazové pojištění dětí se vztahuje na úrazy, ke kterým došlo u pojištěného definovaného v odst. 1 písm. c) tohoto článku v období od 00:00 hodin dne uvedeného v rozhodnutí soudu členského státu Evropské unie jako den, od kterého si pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě dítě osvojí, až do 24:00 hodin dne 18. narozenin pojištěného, nebo až do 24:00 hodin dne uvedeného v rozhodnutí soudu členského státu Evropské unie jako den zrušení osvojení, nastane-li tento den dříve.

Článek 4 – Nároky z úrazového pojištění dětí

- Oprávněnou osobou v úrazovém pojištění dětí je pojištěný specifikovaný v článku 3 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP PD, u kterého nastala pojistná událost.
- Pokud dojde k pojistné události u pojištěného, který ještě nedovršil 15 let věku, při provozování sportovní činnosti v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to ve sportech zařazených do 3. nebo 4. rizikové skupiny v souladu s Rizikovými skupinami ze dne 1. 3. 2008 pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu (dále jen „Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008“), poskytne pojistitel z úrazového pojištění dětí pojistné plnění ve výši jedné poloviny.
- Další nároky z pojištění dětí pro případ trvalých následků úrazu se řídí článkem 4 odst. 2 až 15 DPP U.
- Další nároky z pojištění dětí pro případ léčení úrazu se řídí článkem 5 odst. 2 až 13 DPP U.
- Další nároky z pojištění dětí pro případ hospitalizace následkem úrazu jsou uvedeny v odst. 6 až 14 tohoto článku.
- Z pojištění dětí pro případ hospitalizace následkem úrazu (dále jen „pojištění“) vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění - denní dávku tehdy, pokud je hospitalizován pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho úraz, vzniklý v období specifikovaném v článku 3 odst. 2 až 5 těchto DPP PD, a jeho hospitalizace trvala alespoň 48 hodin, resp. zahrnovala alespoň 2 noci.
- Není-li dále v tomto článku uvedeno jinak, denní dávka ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu pojistné události náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, vyjma dnů, po které byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky.
- Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý i započatý den hospitalizace pojištěného na oddělení anesteziologicko-resuscitačním nebo oddělení intenzivní péče.
- Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, pokud během ní byla pojištěnému provedena neodkladná operace. Jestliže během hospitalizace dojde k více neodkladným operacím, považují se pro účely pojištění za jedinou.
- Pokud během hospitalizace nastanou okolnosti uvedené v odst. 8 a 9 tohoto článku současně, ustanovení odst. 8 tohoto článku se nepoužije.
- Pro účely stanovení počtu dní hospitalizace se její první den (den přijetí k hospitalizaci) a její poslední den (den ukončení hospitalizace) považují za jeden den hospitalizace.
- Příklad pojištěného mezi odděleními nebo odbornostmi během hospitalizace, ať v rámci jednoho či několika zdravotnických zařízení, není považován za její ukončení ani zahájení.
- Výše pojistného plnění se stanoví vynásobením počtu dní hospitalizace částkou denní dávky. Počet dní a výše denní dávky se určí podle zásad uvedených v tomto článku.
- Maximální počet dní, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dní za jednu pojistnou událost.

Článek 5 – Výluky z pojištění

- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro úrazové pojištění dětí ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 2 a 3 tohoto článku.
- Pojistitel neposkytne z úrazového pojištění dětí pojistné plnění v těchto případech:
 - nastala-li pojistná událost při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při letecké nebo lyžařské akrobacii, snowkitingu, landkitingu (apod.), při snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu a skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogału, kluzáku, v balónu, vzducholodi

- a) při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným, s výjimkou sportů uvedených ve 3. rizikové skupině v dokumentu Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008,
 - b) došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - d) byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení kýl (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - e) za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - f) za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - g) bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - h) za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejich důsledku došlo,
 - i) byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - j) nastala-li pojistná událost v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch, byla-li důsledkem pojistné události patologická nebo únavová zlomenina nebo nastala-li pojistná událost v důsledku jiných vrozených vad nebo poruch,
 - k) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného,
 - l) došlo-li k pojistné události u pojištěného, který již dovršil 15 let věku, při výkonu povolání nebo při provozování sportovní činnosti v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, které jsou zařazeny do 3. nebo 4. rizikové skupiny v souladu s Rizikovými skupinami ze dne 1. 3. 2008.
3. Pojistitel neposkytne z pojištění dětí pro případ hospitalizace následkem úrazu pojistné plnění kromě případů uvedených v odst. 2 tohoto článku i v případech:
- a) hospitalizace pojištěného z jiného než léčebného, nebo diagnostického a léčebného, důvodu (např. ochranná či povinná léčba, sociální hospitalizace),
 - b) hospitalizace pojištěného z důvodu léčebné rehabilitace,
 - c) hospitalizace pojištěného na vojenské posádkové ošetřovně, ve vězeňské nemocnici nebo vězeňské ošetřovně,
 - d) sebeпоškození nebo úmyslného jednání pojištěného, včetně zneužití léků pojištěným nebo užívání léků pojištěným v rozporu s lékařským doporučením, směřujícího k přijetí k hospitalizaci nebo k jejímu prodloužení,
 - e) hospitalizace pojištěného, během které svévolně nebo na revers, resp. na revers požadovaný zákonným zástupcem pojištěného, opustil zdravotnické zařízení, a všechny jeho následující hospitalizace pro stejnou příčinu nebo její komplikaci,
 - f) hospitalizace pojištěného mimo území členského státu Evropské unie.

Článek 6 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro úrazové pojištění dětí ujednávají i práva a povinnosti účastníků pojištění uvedená v odst. 2 tohoto článku.
2. Pojištěný je povinen:
 - a) v případě pojistné události prokázat, že se jedná o pojištěného v úrazovém pojištění dětí, a to ověřenou kopií rodného listu vydaného na území členského státu Evropské unie, popř. rozhodnutím soudu členského státu Evropské unie o jeho svěřením do pěstounské péče nebo rozhodnutím soudu členského státu Evropské unie o jeho osvojení,
 - b) bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav, průběh či délku hospitalizace nebo léčení úrazu,
 - c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - d) bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace předložit pojistiteli vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – Hospitalizace pojištěného“ a závěrečnou lékařskou propouštěcí zprávu o průběhu léčení (hospitalizace),
 - e) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit, a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - f) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.

Článek 7 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že úrazové pojištění dětí může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. V souladu s ustanovením § 15 odst. 7 zákona o pojistné smlouvě se pro toto úrazové pojištění dětí nepoužijí ustanovení § 15 odst. 2 až 5 zákona o pojistné smlouvě.
3. Pro úrazové pojištění dětí platí ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
4. Od všech ustanovení těchto DPP PD se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO VÁŽNÉ CHOROBY PODLE SAZBY SVCH A PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÉ CHOROBY PODLE SAZBY VCH

sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D

ze dne 1. 3. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a pro pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D ze dne 1. 3. 2009 (dále jen „DPP SVCH-VCH“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D platných k datu sjednání univerzálního životního pojištění SPEKTRUM nebo SPEKTRUM D (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 3. 2008 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Jak pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, tak pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH je pojištění obnosové.

Článek 2 – Nároky z pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH. Pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH lze v pojistné smlouvě sjednat ve dvou variantách - variantě P (plná) nebo variantě D (doplňková), které se liší pojistným plněním při pojistné události (viz odst. 2 a 3 tohoto článku).
- Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo byla-li u pojištěného v době trvání pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 4 odst. 3 těchto DPP SVCH-VCH, a bylo-li pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě P, vyplátí pojistitel pojištěnému nebo tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti nebo vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události a kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojištění.
- Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo byla-li u pojištěného v době trvání pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 4 odst. 3 těchto DPP SVCH-VCH, a bylo-li pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě D, vyplátí pojistitel pojištěnému nebo tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti nebo vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události, nebo kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojištění, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
- Pojistitel vyplátí navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 nebo 3 tohoto článku i kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojištění.
- Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH vyplátí pojistitel pouze jednou, a to z té nastalé pojistné události, která je pojistiteli oznámena jako první. Jsou-li obě pojistné události nahlášeny současně, vyplátí pojistitel pojistné plnění za smrt pojištěného.

Článek 3 – Nároky z pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH. Pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH lze v pojistné smlouvě sjednat ve dvou variantách - variantě P (plná) nebo variantě D (doplňková), které se liší pojistným plněním při pojistné události (viz odst. 2 a 3 tohoto článku).
- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 4 odst. 3 těchto DPP SVCH-VCH, a bylo-li pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě P, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události a kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojištění.
- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 4 odst. 3 těchto DPP SVCH-VCH, a bylo-li pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě D, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události, nebo kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojištění, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
- Pojistitel vyplátí navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 nebo 3 tohoto článku i kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojištění.

Článek 4 – Vymezení nároku na pojistné plnění v případě pojistné události – vážné choroby

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH nebo pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH.
- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
 - Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 3 tohoto článku potvrzeno:
 - první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 3 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo
 - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 3 písm. f) tohoto článku, nebo
 - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 3 písm. g) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění po počátku pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH nebo po počátku pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 2.2 tohoto článku.
 - Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. a), c), i) a j) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezy u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení neurochirurgického zákroku nebo ode dne lékařského potvrzení trvalého neurologického poškození. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. g) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
 - Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH dle článku 3 odst. 2 nebo 3 těchto DPP SVCH-VCH nebo od počátku pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH dle článku 2 odst. 2 nebo 3 těchto DPP SVCH-VCH a odst. 2.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH nebo pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH.
- Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH nebo pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:
 - infarkt myokardu
Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezy akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:
 - vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech ($Q \geq 0,04$ s nebo $Q > 0,25\%$ amplitudy kmitu R),

2. nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
3. typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.
- Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný hospitalizován.
- b) cévní mozková příhoda
Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvění mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým nálezem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischémii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmětnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.
- c) rakovina
Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz.
Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémii a zhoubné nádory mízního systému.
Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsané jako premalignity či pouzeopojistňující nebo nerovinné maligní změny, nádory popsané jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současné přítomnosti infekce virem HIV.
Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem specializovaného zdravotnického zařízení, a to na základě histologického, nebo jiného odpovídajícího vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazení podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru.
Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.
- d) nezhoubný nádor mozku
Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebňního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek.
Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl pojištěnému na základě rozhodnutí neurologa či neurochirurga proveden neurochirurgický zákrok s cílem odstranit nezhoubný nádor, který svým růstem poškozuje mozek, nebo na případy, kdy přítomnost neoperabilního nezhoubného nádoru vede ke vzniku trvalého neurologického poškození.
Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěsku mozkového a míchy.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.
- e) chronické selhání ledvin
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu pojištěného provádí.
- f) zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci
Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krevetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantace ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.
- g) operace věnčitých tepen
Operací věnčitých (koronárních) tepen se rozumí kardiologický zákrok s použitím mimotělního oběhu, provedený u pojištěného s ischemickou chorobou srdeční, kterým se přemostí oblast zúžení nebo uzávěru koronární tepny pomocí žilního nebo arteriálního štetpu (tzv. bypass). Operace musí být provedena specializovaným zdravotnickým zařízením na území České republiky. Pojistná ochrana se nevztahuje na tzv. MICAB výkony (minimálně invazivní koronární chirurgie), intraarteriální výkony a všechny typy nechirurgických angioplastik.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření pojištěného včetně koronarografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření pojištěného prokazující přítomnost takového postižení věnčitých tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Lékařské potvrzení i vyšetření musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení.
- h) slepota
Slepotou se rozumí trvalá a úplná ztráta zraku obou očí, při níž zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí podle tabulky Světové zdravotnické organizace poklesne na 3/60 nebo méně na každé oko.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost.
- i) hluchota
Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.
- j) infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze
Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH nebo pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH.
Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocněním AIDS je transfúze infikované krevní konzervy. Lékařské potvrzení o diagnóze musí vystavit odborný lékař. Lékařské potvrzení o příčině infekce či onemocnění musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení, které transfúzi provedlo.
4. Kromě povinností uvedených v odst. 3 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
- a) písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,
 - b) pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH nebo po počátku pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli,
 - c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,
 - d) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - e) dodat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - f) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - g) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
5. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH a pro pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH ujednávají i následující vyluky:

- 5.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
- úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímu zhoršení nebo sebepoškození,
 - zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.
- 5.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
- působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - pracovní činností pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
 - infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 3 písm. j) tohoto článku,
 - výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze pojištěného: polycystické ledviny, Alportův syndrom, Huntingtonova chorea, Marfanův syndrom, Gardnerův syndrom, Lynchův syndrom, tři a více případů Diabetes mellitus I. typu vyskytujících se u přímých příbuzných.
6. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH a z pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 3 a v odst. 4 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
7. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 5.1 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH, resp. pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, zaniká.
8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 5.2 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby podle sazby SVCH, resp. pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, pokračuje beze změn.
9. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění v souladu s ustanovením článku 2, resp. 3 těchto DPP SVCH-VCH, pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, resp. pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH zaniká a s ním i všechna pojištění, který byla v pojistné smlouvě sjednána, včetně základního pojištění.
10. Byla-li u pojištěného během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH, resp. pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH stanovena diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 4 odst. 3 písm. a) až e), písm. h) až j) těchto DPP SVCH-VCH nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 4 odst. 3 písm. f) těchto DPP SVCH-VCH nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 4 odst. 3 písm. g) těchto DPP SVCH-VCH, pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH, resp. pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH, zaniká k datu stanovení diagnózy.

Článek 5 – Další ujednání

- Pro pojištění pro případ smrti nebo vážné choroby podle sazby SVCH a pojištění pro případ vážné choroby podle sazby VCH platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.
- Od všech ustanovení těchto DPP SVCH-VCH se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.