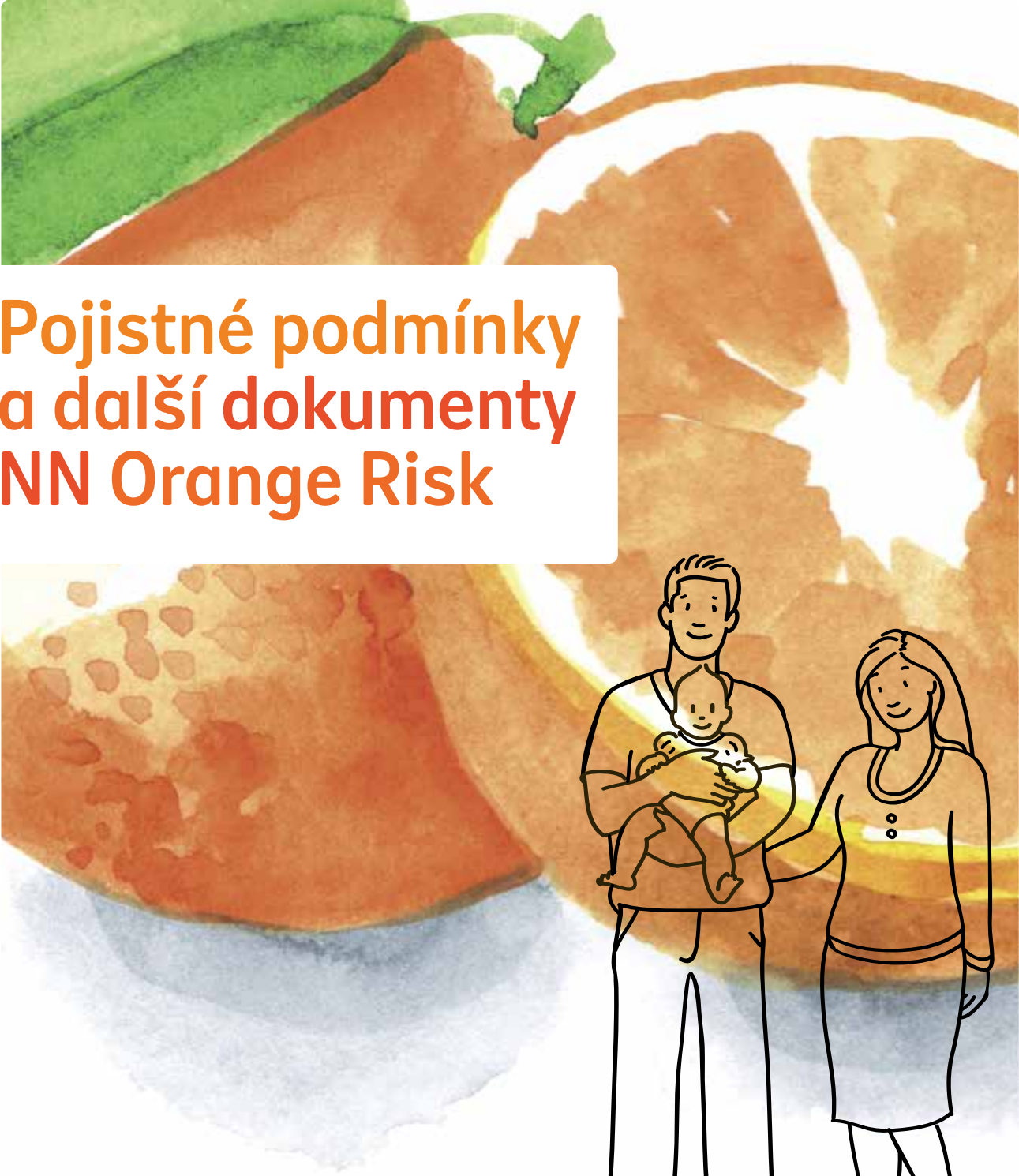




Pojistné podmínky a další dokumenty NN Orange Risk



Obsah

Informační list pro zájemce o pojištění NN Orange Risk	1
obsahuje stručný přehled nejdůležitějších informací o uvedeném životním pojištění, jeho vlastnostech a možnostech a také o právech a povinnostech.	
Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění	5
obsahují obecné informace o tom, jak pojištění vznikne, jak je to s pojistnou ochranou nebo jak může pojištění zaniknout a další související informace.	
Zvláštní pojistné podmínky pro jednotlivá pojištění a připojištění	11
obsahují konkrétní informace o pojistné ochraně, kterou lze sjednat v rámci Životního pojištění NN Orange Risk. Věnujte pozornost těm pojištěním a připojištěním, která máte zahrnuta v pojistné smlouvě.	
Pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (SMTV-P1R, JSMT-P1R)	11
Připojištění smrti s kratší dobou trvání (SMTK-P1R)	11
Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou (SMTV-K1R)	11
Připojištění invalidity 3. stupně, 2. stupně, 1. stupně (INV3-P1R, INV2-P1R, INV1-P1R)	12
Připojištění invalidity 3. stupně, 2. stupně, 1. stupně s klesající pojistnou částkou (INV3-K1R, INV2-K1R, INV1-K1R)	12
Připojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity (INV4-P1R)	14
Připojištění pro případ invalidity dítěte (JINV-P2R)	15
Připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou (SINB-K1R)	16
Připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou (INB1-K1R)	16
Připojištění závažných onemocnění a jejich následků s opakovaným plněním (ZORO-P1R)	18
Připojištění závažných onemocnění ZO4, Rozšířené připojištění závažných onemocnění ZO4 (ZON4-P1R, ZOR4-P1R)	25
Připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (ZON4-K1R)	25
Připojištění závažných zdravotních následků (ZZNA-P1R)	28
Připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (ZZNA-K1R)	28
Připojištění ZO PLUS pro ženy (ZOPZ-P2R)	33
Připojištění závažných onemocnění dětí (JZON-P2R)	34
Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně – doživotní renta (LTCD-P1R)	39
Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně (LTC1-P1R)	40
Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně (LTC4-P1R)	41
Připojištění smrti následkem úrazu (SMUR-P1R)	42
Připojištění trvalých následků úrazu od 1% (TN01-P1R)	42
Připojištění trvalých následků úrazu od 10% (TN10-P1R)	42
Připojištění trvalých následků úrazu od 1% PREMIUM (TNX1-P1R)	42
Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1% (JT01-P1R)	42
Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 10% (JT10-P1R)	42
Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1% PREMIUM (JTX1-P1R)	42
Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů (DOU3-P1R)	52
Připojištění denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů (JDO3-P1R)	52
Připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE (DOUP-P1R)	52
Připojištění denního odškodného úrazu dítěte PROGRESE (JDOP-P1R)	52
Připojištění denního odškodného vybraných úrazů (DO60-P1R)	52
Připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY (SMUR-C1R)	67
Připojištění trvalých následků úrazu od 1% NA CESTY (TN01-C1R)	67
Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1% NA CESTY (JT01-C1R)	67
Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů NA CESTY (DOU3-C1R)	69
Připojištění denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů NA CESTY (JDO3-C1R)	69
Připojištění hospitalizace (HOSP-P2R)	70
Připojištění hospitalizace dítěte (JHOS-P1R)	70
Připojištění pro případ ošetřování dítěte (JOSE-P1R)	70
Připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne, Připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne (PN29-P2R, PN61-P1R)	72
Připojištění pracovní neschopnosti PLUS (PNPL-P3R)	72
Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Risk	74
upřesňují další podmínky tohoto pojištění a obsahují praktické informace, například jak je to se slevami, s přírážkami, s poplatky, nebo informace o pravidlech programu Fit či pravidlech používání elektronických služeb.	

Informační list pro zájemce o Životní pojištění NN Orange Risk

Informace pro zájemce o pojištění ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Informace o pojistiteli

Obchodní firma a právní forma pojistitele, místo registrace pojistitele:

NN Životní pojišťovna, N.V., pobočka pro Českou republiku, IČO: 40763587, se sídlem Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, sp. zn. A 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V. se sídlem Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsané v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“).

Hlavní předmět podnikání: pojišťovací činnost dle § 3, odst. 1, písm. f) ve spojení s § 137, odst. 1 a 2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v rozsahu pojištých odvětví I. a), b) a c), II., III. životních pojištění uvedených v části A přílohy tohoto zákona a činnost související s pojišťovací činností ve smyslu § 3, odst. 1, písm. n) ve spojení s § 137, odst. 1 zákona o pojišťovnictví.

Adresa sídla pojišťovny: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, kontakty: tel. 244 090 800, dotazy@nn.cz

Název a sídlo orgánu odpovědného za výkon dohledu nad činností pojišťovny: Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Zpráva o solventnosti a finanční situaci pojišťovny: internetové stránky pojišťovny www.nn.cz, ve vztahu k mateřské společnosti internetové stránky www.nn.nl.

Informace o pojišťovacím zprostředkovateli

Vzhledem k tomu, že pojišťovna spolupracuje s více pojišťovacími zprostředkovateli, je identifikace konkrétního pojišťovního zprostředkovatele uvedena tímto zprostředkovatelem samým ve smyslu ust. § 88 zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, a na tuto informaci pojišťovna odkazuje.

Titul, na základě kterého pojišťovací zprostředkovatel s klientem jedná:

Pojišťovací zprostředkovatel je oprávněn nabízet životní pojištění pojišťovny na základě smlouvy o obchodním zastoupení uzavřené s pojišťovnou.

Pojištění a připojištění pro dospělé osoby

Životní pojištění

Označení pojištění a připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Smrt s konstantní pojistnou částkou – hlavní pojištění	SMTV-P1R	Úmrtí	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Smrt s kratší dobou trvání	SMTK-P1R		Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Smrt s klesající pojistnou částkou	SMTV-K1R		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 3. stupně	INV3-P1R	Invalidita 3. stupně dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Invalidita 3. stupně s klesající pojistnou částkou	INV3-K1R		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 2. stupně	INV2-P1R		Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	INV2-K1R	Invalidita 2. stupně dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 1. stupně	INV1-P1R		Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě ²⁾
Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	INV1-K1R		Aktuální pojistná částka ²⁾
Bezmocnost – 4. stupeň invalidity	INV4-P1R	Stupeň závislosti III nebo IV dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Smrt nebo invalidita 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou	SINB-K1R	Smrt nebo invalidita 2. nebo 3. stupně	Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou	INB1-K1R	Invalidita 1. stupně	Aktuální pojistná částka ¹⁾
Závažná onemocnění a jejich následky s opakovaným plněním	ZORO-P1R	Diagnóza některého z definovaných onemocnění (infarkt myokardu, mrtvice, rakovina, roztroušená skleróza) nebo závažných zdravotních následků	Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Závažná onemocnění Z04	ZON4-P1R	Diagnóza některého z definovaných onemocnění (infarkt myokardu, mrtvice, rakovina, roztroušená skleróza)	Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Rozšířená závažná onemocnění Z04	ZOR4-P1R		Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Závažná onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou	ZON4-K1R		Příslušné procento z aktuální pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Závažné zdravotní následky	ZZNA-P1R	Diagnóza některého z definovaných závažných zdravotních stavů	Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.
Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou	ZZNA-K1R		Příslušné procento z aktuální pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
ZO PLUS pro ženy	ZOPZ-P2R	Diagnóza některého z definovaných onemocnění v těhotenství anebo vrozených vad narozeného dítěte	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě.
Dlouhodobá péče III., IV. stupně LTC	LTC-D-P1R	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě pro daný stupeň dlouhodobé péče – vyplácená formou doživotní měsíční renty
Dlouhodobá péče I., II. stupně LTC	LTC1-P1R	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči I. nebo II. stupně	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě pro daný stupeň dlouhodobé péče – denní dávka vyplácená v měsíčních splátkách
Dlouhodobá péče III., IV. stupně LTC	LTC4-P1R	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě pro daný stupeň dlouhodobé péče – vyplácená formou měsíční renty (max. však 10 let).

¹⁾ U připojištění s klesající pojistnou částkou se pojistná částka každoročně lineárně snižuje v závislosti na tom, jak se přibližuje konec pojistné doby.

²⁾ Pojišťovna má právo při oznámení škodné události posuzovat soulad pojistné částky s aktuálním příjmem a případně vyplacenou částku přiměřeně snížit. Více informací je uvedeno v zvláštních pojistných podmínkách těchto připojištění.

Doplňkově sjednatelná úrazová rizika

Označení připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Smrt následkem úrazu	SMUR-P1R	Úmrtí následkem úrazu	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Trvalé následky úrazu od 1 %	TN01-P1R	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 1 %	Příslušné procento (1 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Trvalé následky úrazu od 1 % PREMIUM	TNX1-P1R		Příslušné procento (1 % až 1000 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Trvalé následky úrazu od 10 %	TN10-P1R	Vznik vymezeného trvalého následku v rozsahu nejméně 10 %	Příslušné procento (10 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Denní odškodné úrazu od 3 dnů	DOU3-P1R	Úraz s dobou léčení nejméně 3 dny (podle oceňovací tabulky)	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní v oceňovací tabulce ²⁾
Denní odškodné úrazu PROGRESE	DOUP-P1R	Úraz s dobou léčení nejméně 90 dnů, od kdy se výplata násobí koeficientem progresu	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená koeficientem uvedeným v pojistných podmínkách a počtem dní v oceňovací tabulce ²⁾
Denní odškodné vybraných úrazů	DO60-P1R	Úraz uvedený v oceňovací tabulce DO60	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní uvedeným v oceňovací tabulce DO60 ²⁾
Smrt následkem úrazu NA CESTY	SMUR-C1R	Úmrtí následkem úrazu vzniklého při dopravní nehodě	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Trvalé následky úrazu od 1 % NA CESTY	TN01-C1R	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 1 %, který vznikl při dopravní nehodě	Příslušné procento (1 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Denní odškodné úrazu od 3 dnů NA CESTY	DOU3-C1R	Úraz vzniklý při dopravní nehodě, jehož doba léčení činí nejméně 3 dny (podle oceňovací tabulky)	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní v oceňovací tabulce

²⁾ Pojišťovna má právo při oznámení škodné události posuzovat soulad pojistné částky s aktuálním příjmem a případně vyplacenou částku přiměřeně snížit. Více informací je uvedeno v zvláštních pojistných podmínkách těchto připojištění.

Doplňkově sjednatelná nemocenská rizika

Označení připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Hospitalizace	HOSP-P2R	Hospitalizace v nemocnici trvající alespoň 24 hodin	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní strávených v nemocnici
Pracovní neschopnost od 29. dne	PN29-P2R	Potvrzená pracovní neschopnost trvající alespoň 29 dní	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní pracovní neschopnosti, přičemž pojistné plnění se poskytuje od 29. dne pracovní neschopnosti ²⁾
Pracovní neschopnost PLUS	PNPL-P3R	Potvrzená pracovní neschopnost trvající alespoň 29 dní	Při pracovní neschopnosti min. 29 dní bude vyplacena pojistná částka (denní dávka) nad rámec tarifu PN29-P2R již od 1. dne pracovní neschopnosti, tedy i za prvních 28 dní ²⁾
Pracovní neschopnost od 61. dne	PN61-P1R	Potvrzená pracovní neschopnost trvající alespoň 61 dní	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní pracovní neschopnosti, přičemž pojistné plnění se poskytuje od 61. dne pracovní neschopnosti ²⁾

Pojištění a připojištění určená pro děti

Označení pojištění a připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Smrt s konstantní PČ – hlavní pojištění (je-li 1. pojištěným dítě)	JSMT-P1R	Úmrtí	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Trvalé následky úrazu dítěte od 1 %	JT01-P1R	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 1 %	Příslušné procento (1 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Trvalé následky úrazu dítěte od 1 % PREMIUM	JTX1-P1R		Příslušné procento (1 % až 1000 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Trvalé následky úrazu dítěte od 10 %	JT10-P1R	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 10 %	Příslušné procento (10 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Denní odškodné úrazu dítěte od 3 dnů	JDO3-P1R	Úraz s dobou léčení nejméně 3 dny (podle oceňovací tabulky)	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní v oceňovací tabulce
Denní odškodné úrazu dítěte PROGRESE	JDOP-P1R	Úraz s dobou léčení nejméně 90 dnů, od kdy se výplata násobí koeficientem progresu	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená koeficientem uvedeným v pojistných podmínkách a počtem dní v oceňovací tabulce
Trvalé následky úrazu dítěte od 1 % NA CESTY	JT01-C1R	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 1 %, který vznikl při dopravní nehodě	Příslušné procento (1 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Denní odškodné úrazu dítěte od 3 dnů NA CESTY	JDO3-C1R	Úraz vzniklý při dopravní nehodě, jehož doba léčení činí nejméně 3 dny (podle oceňovací tabulky)	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní v oceňovací tabulce
Závažná onemocnění dětí	JZON-P2R	Diagnóza některého z definovaných onemocnění nebo zdravotních komplikací	Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Hospitalizace dítěte	JHOS-P1R	Hospitalizace v nemocnici trvající alespoň 24 hodin	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní strávených v nemocnici
Invalidita dítěte	JINV-P2R	Snížení soběstačnosti podle definice pojišťovny nebo vznik invalidity 3. stupně, popř. přiznání příspěvku na péči II. nebo III. nebo IV. stupně dle předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Ošetřování dítěte	JOSE-P1R	Nemoc nebo úraz vyžadující nepřetržitě ošetřování dospělou osobou, pokud toto ošetřování trvá alespoň 29 dní nebo pokud jde o onemocnění výslovně uvedené ve Zvláštních pojistných podmínkách	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní ošetřování, za které náleží odškodnění podle Zvláštních pojistných podmínek

Bonusy nejsou součástí Životního pojištění NN Orange Risk.

Opce navýšení pojistných částek

Součástí produktu je opce navýšení pojistné částky u vyjmenovaných životních pojištění a připojištění, pokud bude doloženo, že pojištěný nastoupil do prvního zaměstnání, uzavřel smlouvu o hypotečním úvěru, uzavřel sňatek (příp. registrované partnerství), narodilo se mu dítě (příp. adoptoval dítě) nebo ovdověl. Pojistné částky mohou být z tohoto důvodu navýšeny až o 30 %, nejvýše však o 500 000 Kč z důvodu jedné životní události, kterou je třeba doložit do 6 měsíců od doby, kdy vznikla. Podrobnější podmínky opce jako např. způsoby doložení, kdy nejdříve a nejpozději lze opci využít, jaké jsou limity pojistných částek při opakování opcí a další informace a podmínky jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Risk.

Doba platnosti pojistné smlouvy, počátek pojištění, technický počátek pojištění

Pojistná smlouva je **uzavřena** dnem podepsání pojistné smlouvy zájemcem o uzavření pojištění (pojistníkem) a zástupcem pojišťovny. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního pojistného na účet pojišťovny, a to podle pravidel, ve lhůtě a ve výši sdělených pojišťovnou v rámci procesu uzavírání pojistné smlouvy tímto způsobem.

Doba platnosti pojistné smlouvy začíná běžet dnem uzavření pojistné smlouvy a končí jejím zánikem. Počátek pojištění nastává v 00:00 hodin následujícího dne po dni uzavření smlouvy, není-li sjednáno v pojistné smlouvě pozdější datum počátku pojištění. **Počátek pojištění** a konec pojištění pro jednotlivé druhy pojištění/připojištění je uveden v pojistné smlouvě a v pojistných podmínkách. Prostudujte pečlivě i tzv. **technický počátek pojištění**. Jedná se vždy o 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění (pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný se dnem počátku pojištění). Technický počátek pojištění je zároveň dnem splatnosti prvního běžného pojistného. Pojistná ochrana v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě je vždy poskytována až ode dne vydání pojistky pojišťovnou a současně ne dříve, než bylo zaplacen první běžné pojistné, a ne dříve než po počátku pojištění.

Pojistná ochrana do data vydání pojistky pojišťovnou

Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za ty škodné události, které nastaly **před dnem, kdy byla na účet pojišťovny připsána řádně identifikovaná první platba ve výši běžného pojistného sjednaného v pojistné smlouvě, a před dnem počátku pojištění**. To platí i pro příčiny škodných událostí nastalé v tomto období, pokud však nejde o zdravotní příčiny, které byly uvedeny ve zdravotním dotazníku a byly na základě posouzení pojišťovnou zahrnuty do pojistné smlouvy nebo které nastaly do dne vyplnění tohoto zdravotního dotazníku (aniž došlo k porušení povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy, tj. např. se na ně pojišťovna nedotazovala).

Na pojistné události a příčiny pojistných událostí, ke kterým dojde po uhrazení prvního pojistného v období **od data počátku pojištění do data vydání pojistky pojišťovnou, je pojistná ochrana poskytována pouze za předpokladu, že pojistná událost z kteréhokoli sjednaného pojištění či připojištění nastala výlučně v důsledku úrazu. Maximální výše pojistného plnění pro všechny pojistné události vzniklé z jedné pojistné smlouvy během tohoto období činí 6 milionů Kč.** Za dobu od data počátku pojištění do data technického počátku pojištění nehradíte pojistné.

Pojišťovna vydá pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.

Minimální délka trvání pojistné smlouvy

Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou, minimálně na 5 let. Trvání pojištění druhého pojištěného nebo některých připojištění může být stanoveno na kratší dobu než trvání celé smlouvy.

Pojistné, způsob a doba jeho placení

Pojistným se rozumí úplata za pojišťovnou poskytnutou pojistnou ochranu v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě.

Na smlouvě je placeno tzv. **běžné pojistné, tzn. pojistné hrazené v pravidelných splátkách** za zvolené pojistné období (například měsíčně). Výše běžného pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a je závislá na rozsahu pojistné ochrany (sjednaných pojistných částkách). Přehled poplatků je obsažen v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Risk.

Běžné pojistné za první pojistné období je **splatné** ke dni technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období (počítáno od technického počátku pojištění dle sjednané frekvence). Běžné pojistné je hrazeno po celou dobu trvání pojištění. Pojistné musí být placeno **bankovním převodem** v Kč.

Jak správně hradit pojistné:

- Číslo účtu příjemce: 1000588419/3500
- Variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy
- Záloha pojistného není požadována.

Způsoby zániku pojistné smlouvy a/nebo zániku sjednaných připojištění

Pojištění může zaniknout těmito způsoby:

- a) uplynutím pojistné doby;
- b) dnem smrti pojištěného (zanikají všechna jeho pojištění a připojištění; jde-li o prvního pojištěného, zaniká celá pojistná smlouva);
- c) dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného;
- d) písemnou výpovědí ze strany pojistníka;
- e) písemnou výpovědí ze strany pojišťovny;
- f) odstoupením;
- g) dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
- h) zánikem pojistného zájmu;
- i) zánikem pojistného nebezpečí;
- j) dohodou;
- k) pokud zánik připojištění způsobí, že není splněna podmínka minimálního celkového běžného pojistného pro dané životní pojištění.

Pojistník i pojišťovna mohou pojištění **vypovědět** do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s 8denní výpovědní lhůtou, přičemž pro výpověď ze strany pojistníka je tato lhůta prodloužena a začíná plynout od data vydání pojistky. Pojistník může vypovědět pojištění ke konci pojistného období (tj. období podle zvolené frekvence placení), přičemž musí být výpověď doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná. Pojišťovna má toto právo také tehdy, nejedná-li se o pojištění označená v pojistných podmínkách jako životní.

Poučení o právu na odstoupení od smlouvy

- **Kdy má klient (pojistník) právo odstoupit od smlouvy bez udání důvodu:** Pojistník má právo do 30 dnů od vydání pojistky (lhůta je prodloužena ve prospěch pojistníka) od pojistné smlouvy odstoupit bez udání důvodu. Lhůta je zachována, je-li odstoupení zasláno před jejím uplynutím. V případě uzavření prostředky komunikace na dálku se lhůta počítá ode dne, kdy pojistník obdrží pojistku. Toto právo pojistníka vyplývá z § 1846 občanského zákoníku.
 - **Kdy ještě má klient (pojistník) právo odstoupit od smlouvy:** Pojistník má právo odstoupit od pojistné smlouvy, jestliže pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel nepravdivě nebo neúplně zodpověděli písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění anebo pokud jej pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel neupozornili na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a požadavky pojistníka, kterých si musela být pojišťovna vědoma, a to do dvou měsíců ode dne, kdy se tyto skutečnosti pojistník dozví. Toto právo pojistníka vyplývá z § 2789 občanského zákoníku.
 - **Kdy má pojišťovna právo odstoupit od smlouvy:** Pojišťovna může od smlouvy odstoupit do dvou měsíců ode dne, kdy se dozví, že pojistník nebo pojištěný nepravdivě nebo neúplně zodpověděli dotazy při sjednávání pojistné smlouvy, a to v případě, že by pojistnou smlouvu pojišťovna neuzavřela, kdyby dotazy zodpověděli úplně a pravdivě. Toto právo pojišťovny vyplývá z § 2788 občanského zákoníku.
 - **Jak provést odstoupení od smlouvy:** Pojistník zašle odstoupení na adresu pojišťovny uvedenou v úvodní části tohoto informačního listu. Lze také použít vzorový formulář Oznámení o odstoupení, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz.
 - **Jaké jsou důsledky odstoupení od smlouvy:** Odstoupí-li pojistník od smlouvy, vrátí mu pojišťovna do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil. Odstoupí-li pojišťovna od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojišťovně to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.
- Odstoupením se pojistná smlouva od počátku ruší. V případě neuplatnění práva na odstoupení za výše uvedených podmínek zůstává pojistná smlouva platnou a účinnou. Možnost ukončení pojistné smlouvy jiným ze shora uvedených způsobů zániku (písm. a až k) tím není dotčena.

Výluky z pojistného plnění a jiná omezení

Aby se předešlo případným nedorozuměním, je třeba věnovat velkou pozornost těmto informacím:

- **Přesné vymezení pojistné události** – co se rozumí pojistnou událostí a co nikoli, najdete ve Zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- **Čekací doba** – doba určená v pojistné smlouvě, po kterou není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění; jejím smyslem je předejít spekulacím, proto není uplatňována v případech úrazů; vymezení najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 10.
- **Výluky** – případy, kdy pojišťovna neposkytuje pojistné plnění; jedná se zpravidla o situace vlastního zavinění škody klientem, určitá mimořádná rizika jako jaderné katastrofy či války; přesné vymezení výluk najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 8.
- **Snížení pojistného plnění** – případy, kdy pojišťovna za určitých okolností omezuje výši plnění; přesné vymezení najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 9; konkrétně se jedná o případy úrazu po požití alkoholu nebo jiné návykové látky, pokud je zde příčinná souvislost mezi požitím alkoholu a vznikem úrazu. Dále se jedná o případy, kdy pojistník nebo pojištěný neuvede při uzavírání smlouvy nebo její změně všechny údaje o své osobě pravdivě a úplně a v důsledku zamlčení údajů je stanoveno nižší pojistné. Rovněž je možné omezit pojistné plnění při neozámené změně pojistného rizika (zejména změně zaměstnání či změně provozovaných aktivit).

Informace o daňových právních předpisech

Daňové povinnosti, které se vztahují na pojistnou smlouvu, se řídí zákonem č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů, který upravuje osvobození plnění z pojištění osob od daně z příjmů (§ 4). Pojistné zaplacené výhradně za připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně s výplatou pojistného plnění formou doživotní renty (konkrétně tarif LTCD-P1R) sjednané pro pojistníka a osoby jemu blízké je odečitatelné od základu daně z příjmů fyzických osob. Případný příspěvek na toto připojištění (tarif LTCD-P1R) zaplacený zaměstnavatelem pojistníka je osvobozen od daně z příjmů fyzických osob.

Na zbývající pojistné za pojištění NN Orange Risk a ostatní připojištění se nevztahuje žádné z těchto zvýhodnění – tj. není odečitatelné od základu daně z příjmů fyzických osob a ani případný příspěvek zaplacený zaměstnavatelem pojistníka není osvobozen od daně z příjmů fyzických osob.

Uvedená informace o daňových právních předpisech je platná k datu vydání tohoto dokumentu. Podmínky pro daňová zvýhodnění se mohou v průběhu trvání smlouvy měnit v závislosti na změně příslušných právních předpisů. Aktuální informace k daňové problematice Vám poskytne Váš daňový poradce.

Kde může klient podat stížnost

1. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba (dále společně jen „klient“) může podat stížnost týkající se výkonu pojišťovací činnosti pojišťovny nebo výkonu činnosti pojišťovacího zprostředkovatele v souvislosti s platnou nebo zaniklou pojistnou smlouvou.
2. Klient má možnost podat stížnost písemně prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu NN Životní pojišťovna, Oddělení stížností, Nádražní 344/25, Praha 5 – Smíchov, PSČ 150 00, Česká republika, e-mailem na adresu dotazy@nn.cz, telefonicky na tel. klientské linky: 244 090 800, osobně v sídle pojišťovny, nebo pomocí formuláře na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz/podat-stiznost.
3. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Nevyplývají-li z ní tyto skutečnosti nebo je-li k řádnému vyřízení stížnosti třeba doložit další doklady, vyzve pojišťovna klienta, aby ve stanovené přiměřené lhůtě stížnost doplnil nebo doložil potřebné doklady. Pokud tak klient neučiní, bude stížnost považována za zmatečnou a nebude moci být vyřízena.
4. Pojišťovna se bude zabývat každou doručitou stížností, která bude splňovat výše uvedené náležitosti. Lhůta na vyřízení stížnosti je 30 kalendářních dnů a začíná plynout prvním pracovním dnem po jejím doručení pojišťovně, popřípadě prvním pracovním dnem po jejím doplnění. Tato lhůta může být prodloužena o dalších 30 kalendářních dnů, a to zejména v případě potřeby vyžádat si součinnost třetích osob.
5. Stížnost klienta bude pojišťovna vyřizovat bez zbytečného odkladu, přičemž klient nemá nárok domáhat se jejího přednostního vyřízení.
6. Klient je oprávněn podat na postup pojišťovny nebo pojišťovacího zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, sekce dohledu nad finančním trhem, odbor dohledu nad pojišťovnami nebo odbor ochrany spotřebitele, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Právní předpisy platné pro pojistnou smlouvu a řešení sporů

Pojistná smlouva, kterou uzavírá pojišťovna, se řídí právním řádem České republiky (dále ČR), zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Rozhodování sporů v zásadě přísluší obecným soudům ČR; v případě vzniku sporu z titulu uzavřené pojistné smlouvy je možné všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním řešit u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky nebo před příslušnými subjekty pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v souvislosti s životním pojištěním. K těmto subjektům náleží Finanční arbit, www.finarbitr.cz. Spory z doplňkových neživotních pojištění (připojištění) lze rovněž řešit před ombudsmanem České asociace pojišťoven, www.ombudsmanecap.cz. Pro řešení sporu ze smlouvy uzavřené on-line (tj. prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku) můžete využít rovněž Platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>.

Další informace pro zájemce o pojištění

Definice všech pojištění a způsoby zániku pojistné smlouvy jsou pojistníkovi oznámeny v tomto informačním listu a dále ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění a Zvláštních pojistných podmínkách platných pro sjednáváný typ pojištění a v Obchodních podmínkách pro životní pojištění NN Orange Risk.

- Pokud příslušné pojistné podmínky nestanoví jinak, územní rozsah jednotlivých pojištění a připojištění je celosvětový.

V případě škodné události můžete využít možnost on-line hlášení na stránkách pojišťovny, kontaktovat naše kontaktní centrum na telefonu 244 090 800 nebo se obrátit na svého pojišťovacího zprostředkovatele.

- **Informace o povaze odměny:** pojišťovací zprostředkovatel je za svou poradenskou činnost odměňován prostřednictvím provize za uzavření pojistné smlouvy, příp. za některé typy provedených změn.

- **Pojišťovna výslovně upozorňuje,**
 - že máte (Vy jako pojistník) právo na poskytnutí doporučení, zejména ze strany pojišťovacího zprostředkovatele, týkající se vhodnosti Vašeho záměru sjednat změnu. Pojišťovací zprostředkovatel provede analýzu Vašich požadavků a potřeb, o čemž bude vyhotoven záznam, a v návaznosti na to bude vytvořena kalkulace s konkrétním návrhem nastavení pojistného krytí, z toho plynoucí celkovou výší pojistného a dalších parametrů;
 - že neposuzuje vhodnost pojištění v průběhu trvání pojistné smlouvy;
 - že neposkytnete-li dostatečné informace (např. Vaše požadavky, cíle, rizika, finanční situace apod.), není schopna určit, zda je pro Vás navrhovaný produkt vhodný.

- **Jazyk pro komunikaci mezi smluvními stranami**
Český jazyk, není-li dohodnuto jinak.

- **Vyžádání dalších informací**

V případě zájmu si můžete kdykoliv vyžádat další informace týkající se uvedeného životního pojištění. Kdykoli během trvání pojistné smlouvy máte právo obdržet pojistné podmínky v tištěné podobě a právo změnit způsob komunikace.

- **Platnost údajů uvedených v tomto dokumentu**

Údaje uvedené v tomto dokumentu jsou platné k 1. 9. 2025 a zůstávají v platnosti do jejich případné změny, která Vám bude v souladu se smlouvou řádně a včas oznámena.

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění

Článek 1

Čím se smlouva řídí

Pojistná smlouva, kterou uzavírá pojistitel NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“), se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Dále se pojistná smlouva řídí těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“), Zvláštními pojistnými podmínkami pro jednotlivá pojištění a připojištění, obchodními podmínkami a dalšími dokumenty, pokud se na ně pojistná smlouva odvolává; tyto podmínky a dokumenty jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Ustanovení Zvláštních pojistných podmínek mají přednost před těmito VPP; konkrétní ujednání v pojistné smlouvě pak mají přednost před ustanovením Zvláštních pojistných podmínek.

Pojištění pro případ smrti, invalidity, závažných onemocnění, závažných zdravotních následků, zproštění od placení pojistného, dlouhodobé péče a zajištění finančních závazků se sjednávají jako životní pojištění ve smyslu zákona. Tato životní pojištění při splnění zákonných předpokladů a uplynutí příslušných lhůt nelze vypovědět ze strany pojišťovny.

Pojistná smlouva může kromě životního pojištění obsahovat pojištění úrazu nebo nemoci, která se vždy sjednávají jen jako pojištění doplňková (neboli připojištění). O jaký typ pojištění se jedná, je vždy uvedeno v úvodu příslušných Zvláštních pojistných podmínek pro dané připojištění.

Pokud byly tyto pojistné podmínky předány pojistníkovi v souvislosti se změnou pojištění provedenou u stávající smlouvy, slouží tento dokument (včetně příslušných Zvláštních pojistných podmínek a odpovídajících částí VPP a obchodních podmínek) pouze ke specifikaci dodatečně zvolených připojištění v rámci provedené změny. Ve zbytku se smlouva řídí dosavadními pojistnými podmínkami.

Článek 2

Jaké pojmy jsou pro smlouvu zásadní

Pro účely těchto VPP se definují následující pojmy:

- Pojistník:** Osoba, která s pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu.
- Pojištěný:** Osoba, na jejíž život nebo zdraví nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se pojištění vztahuje.
- Oprávněná osoba:** Osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, pokud smlouva nebo zákon nestanoví jinak.
- Obmyšlený:** Osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.
- Účastník pojištění:** Pojišťovna a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
- Pojistný zájem:** Oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. U životního pojištění a sjednávání připojištění je pojistným zájmem jak zájem na vlastním životě a zdraví, tak zájem na životě a zdraví jiné osoby, např. z důvodu vzájemného vztahu, příbuzenství, nebo zájem podmíněný výhodou či prospěchem jedné osoby z pokračování života osoby jiné.
- Pojistné nebezpečí:** Možná příčina vzniku pojistné události.
- Pojistné riziko:** Míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím.
- Pojistná událost:** Nahodilá událost označená v pojistné smlouvě, ke které došlo v době trvání pojištění a se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Škodná událost:** Nahodilá událost, ze které vznikla škoda a která by mohla zakládat právo na pojistné plnění z pojištění a/nebo z připojištění k němu sjednanému.
- Počátek pojištění:** Den uvedený v pojistné smlouvě, od kterého je pojistná smlouva účinná (do data vydání pojistky pojišťovnou je rozsah pojištění omezen, viz čl. 5).
- Technický počátek pojištění:** 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění dohodnutého v pojistné smlouvě, který je zároveň datem splatnosti prvního běžného pojistného. Pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný s datem počátku pojištění.
- Výročí:** Den v každém roce trvání pojištění, který se dnem a měsícem shoduje s technickým počátkem pojištění.
- Pojistný rok:** Období, které začíná běžet v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako technický počátek pojištění a končí dnem bezprostředně předcházejícím datu prvního výročí a dále období začínající výročím a končící dnem bezprostředně předcházejícím nejbližšímu následujícímu výročí.

- Konec pojištění:** Okamžik, ke kterému nejpozději podle pojistné smlouvy pojištění zanikne. Konec pojištění nastane v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění.
- Pojistná doba:** Doba, na kterou bylo pojištění sjednáno, která je určená datem počátku pojištění a datem jeho konce. Je-li konec pojistné doby v pojistné smlouvě stanoven do určitého věku pojištěného, rozumí se datem konce pojištění datum výročí v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne tohoto věku.
- Pojistné:** Pojistné je úplatou za pojištění, jehož výše je určena v pojistné smlouvě.
- Pojistné období:** Časové období, za které je placeno běžné pojistné (určené jako frekvence placení).
- Hlavní pojištění:** Hlavní pojištění představuje pojištění pro případ smrti pojištěného, které je nezbytnou součástí pojistné smlouvy životního pojištění a bez kterého nelze tuto smlouvu sjednat.
- Připojištění:** Pojistná ochrana sjednaná jako doplňkové pojištění k hlavnímu pojištění pro případ pojistné události popsané ve Zvláštních pojistných podmínkách pro příslušné připojištění. Připojištění lze sjednat pouze současně s hlavním pojištěním a nemůže trvat samostatně bez hlavního pojištění.
- Zvláštní pojistné podmínky:** Vztahují se k jednotlivým druhům pojištění či připojištění a určují specifika pro konkrétní pojistnou ochranu.
- Obchodní podmínky:** Dokument vydávaný pojišťovnou, který obsahuje informace o posuzování pojistného rizika z pohledu povolání, sportovních a volnočasových aktivit, doplňkových ujednání a jiných údajů, které se používají v pojištěních sjednaných s pojišťovnou a na které se odvolává pojistná smlouva; obchodní podmínky jsou přiloženy a jsou součástí pojistné smlouvy.
- Korespondenční adresa:** Adresa na území České republiky, kterou pojistník sdělí písemně pojišťovně při uzavírání pojistné smlouvy, na kterou doručuje pojišťovna písemnosti v podobě listinné do doby, nežli pojistník oznámí pojišťovně změnu korespondenční adresy.
- Věk pojištěného:** Věkem pojištěného se rozumí rozdíl mezi kalendářním rokem, v němž se nachází den připadající na příslušné výročí (příp. na technický počátek pojištění), a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil, není-li výslovně ujednáno jinak.
- Hrubý příjem:** Částka odpovídající měsíční hrubé mzdě (jde-li o zaměstnance) a/nebo příjem z podnikání nebo z jiné samostatné výdělečné činnosti (jde-li o OSVČ) po odečtení teoretických fixních nákladů ve výši 50 % těchto příjmů (příp. daňový základ), který průměrně připadá na jeden měsíc uplynulého zdaňovacího období. Pojišťovna může v rámci posouzení hrubého příjmu požadovat doložení podkladů dokládajících příjmy jak za poslední zdaňovací období, tak i za poslední 3 měsíce, které předcházejí dni počátku pojištění, změny pojištění nebo dni vzniku škodné události.
- Životní pojištění s rezervotvornou složkou:** Životní pojištění, u kterého se během pojistné doby postupně vytváří finanční rezerva, již disponuje pojistník. Jedná se zpravidla o investiční životní pojištění, kapitálové životní pojištění, případně univerzální životní pojištění.
- Čekací doba:** Definice je uvedena v článku 10 těchto VPP.
- Úraz:** Definice je uvedena v článku 6 těchto VPP.
- Nemoc:** Definice je uvedena v článku 7 těchto VPP.

Článek 3

Jak probíhá uzavření smlouvy a změny v obsahu pojištění

- Pojistná smlouva je uzavřena dnem, kdy řádně vyplněný formulář pojistné smlouvy podepíše pojistník a zástupce pojišťovny. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního běžného pojistného stanoveného v pojistné smlouvě, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního běžného pojistného v plné výši na účet pojišťovny, a to ve lhůtě a výši stanovené ve formuláři pojistné smlouvy.
- Pojišťovna vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pokud formulář pojistné smlouvy obsahuje některé údaje, které jsou nejasné, neodpovídají skutečnosti, případně pokud některé údaje chybí, vystaví pojišťovna pojistku až po jejich opravení nebo doplnění. Ustanovení uvedené v předchozích dvou větách nezbavuje pojišťovnu práva smlouvu vypovědět do 2 měsíců ode dne jejího uzavření nebo odstoupit od smlouvy od počátku v souladu se zákonem.
- Pojišťovna vydá pojistku bez zbytečného odkladu poté, kdy ukončí svá šetření pro stanovení výše pojistného rizika a po provedení povinných kontrol v souladu s platnou legislativou. Pojišťovna je povinna vydat pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.
- Pojistná smlouva musí mít písemnou formu. Ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě nebo ve Zvláštních pojistných podmínkách či obchodních podmínkách dohodnuto jinak.
- V případě změn v pojištění ve smyslu sjednání nového připojištění nebo navýšení pojistné částky se ujednání v tomto článku použijí analogicky s tím, že se datem vydání pojistky rozumí datum vydání potvrzení o provedené změně.

- Potvrzení o provedené změně nahrazuje dnem svého vydání původní pojistku (případně dříve vydaná potvrzení o provedené změně), která tímto zaniká (případně zanikají předchozí potvrzení o provedené změně).
- Případná změna obsahu pojistné smlouvy musí být odsouhlasena oběma smluvními stranami. Na žádnou navrženou změnu smlouvy nevzniká právní nárok, dokud není zcela přijata druhou stranou.

Článek 4

Co je obsahem pojištění

- Pojištění se vztahuje na nahodilé události („pojistné události“), které jsou předmětem pojištění a které nastanou v době trvání pojištění. Bližší specifikace pojistných událostí pro jednotlivá pojištění a připojištění je vždy uvedena v těchto VPP a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro jednotlivá pojištění a připojištění.
- V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění vypočtené z aktuální výše pojistné částky sjednaného pojištění či připojištění platné k datu vzniku pojistné události. Způsob určení (resp. výpočtu) pojistného plnění je uveden ve Zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- Není-li ujednáno v pojistné smlouvě nebo v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách jinak, vztahuje se pojištění na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli ve světě.

Článek 5

Od kdy jste pojištěni a v jakém rozsahu

- Počátek pojištění nastane v 0.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako „počátek pojištění“, ne však dříve než dnem připsání prvního běžného pojistného na účet pojišťovny.
- Pojistná ochrana v plném rozsahu uvedeném v pojistné smlouvě je poskytována ode dne vydání pojistky pojišťovnou, následuje-li po počátku pojištění a po zaplacení prvního běžného pojistného.
- Pojišťovna neposkytne pojistné plnění ze škodných událostí, které nastaly před počátkem pojištění nebo které nastaly přede dnem, kdy byla na účet pojišťovny připsána platba sjednaného prvního běžného pojistného identifikovaná jako platba pojistného pro toto pojištění.** Uvedené platí i pro příčiny škodných událostí, které se projeví před počátkem pojištění nebo před zaplacením prvního běžného pojistného, avšak s výjimkou zdravotních příčin, které byly uvedeny ve zdravotním dotazníku při uzavírání smlouvy a byly na základě posouzení pojišťovny zahrnuty do pojistné smlouvy nebo které nastaly do dne vyplnění tohoto zdravotního dotazníku (aniž došlo k porušení povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy, tj. např. se na ně pojišťovna nedotazovala).
- Pokud v období po počátku pojištění (a po řádném zaplacení pojistného) do dne vydání pojistky pojišťovnou dojde ke vzniku škodné události, není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění ze sjednaného pojištění. Toto neplatí, jedná-li se o úraz vymezený v čl. 6 těchto VPP, který je pojistnou událostí, nebo který zakládá pozdější vznik pojistné události výhradně následkem tohoto úrazu z jakéhokoli sjednaného pojištění či připojištění. V takovém případě vyplácí pojišťovna pojistné plnění určené na základě pojistných částek sjednaných pojištění a připojištění, nejvýše však v úhrnu 6 milionů Kč pro všechna pojistná plnění během tohoto období.**
- Na rozsah pojistné ochrany může mít vliv i čekací doba, která začíná běžet od počátku pojištění. Bližší informace k čekací době najdete v článku 10.

Článek 6

Co se rozumí úrazem

- Úrazem se v úrazovém připojištění rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se považuje také neúmyslné, neočekávané, náhlé a nepřerušované působení plynů, par, záření, elektrického proudu, vysokých nebo nízkých teplot, chemických látek a jedů, k němuž došlo nezávisle na vůli pojištěného, a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt.
- Tělesné poškození nebo smrt se rovněž považují za způsobené úrazem, jestliže k nim dojde z některé z následujících příčin, pokud tato příčina je příčinou hlavních:
 - nemocí, která není infekční a která vznikla výlučně z důvodu úrazu;
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem;
 - nákazou tetanem nebo HIV při úrazu.
- Tělesné poškození nebo smrt nejsou považovány za vzniklé úrazem, nebo se nepovažují za následek úrazu, pokud k nim došlo:
 - zhoršením nebo projevem se nemoci v důsledku úrazu, včetně zhoršení či projevu se obtížemi majících původ v degenerativních změnách;
 - vznikem nebo zhoršením kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amocí sítnice, vznikem nebo zhoršením aseptických zánětů šlachových pochev, svalových úponů, tíhových váčků;
 - výhřezem meziobratlové ploténky bez současné přítomnosti zlomeniny obratle nebo poškození míchy a s ním souvisejícími obtížemi anebo jakýkoli vertebrogenní syndrom;
 - následkem sebevraždy, pokusu o ni nebo úmyslným sebepoškozením.
- Definice úrazu platí také pro účely neuplatňování čekacích dob v čl. 10 těchto VPP a pro účely rozsahu pojistné ochrany před vydáním pojistky čl. 5 těchto VPP.

Článek 7

Co se rozumí nemocí

- Nemocí se v připojištění nemoci rozumí porucha zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
- Za nemoc se nepovažují:
 - kosmetické zákroky a zákroky plastické chirurgie, které nebyly provedeny z důvodu odstranění následků nemoci (ani úrazu podle definice uvedené v předchozím článku);
 - neplodnost, léčení neplodnosti a zdravotně nepříznivé následky této léčby; podmínky případného pojištění krytí v souvislosti s těhotenstvím jsou definovány v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách.

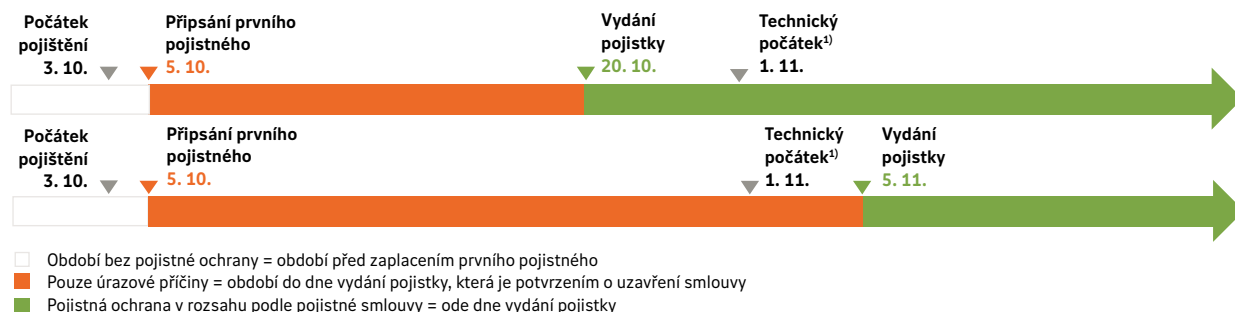
Článek 8

Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění)

1. Výluky pro všechna pojištění a připojištění

- Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z žádného sjednaného pojištění ani připojištění, jestliže škodná událost vznikla:
- v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáním, nepokoji, jadernými katastrofami;
 - následkem sebevraždy nebo pokusu o ni do 2 let ode dne sjednání pojištění, příp. z navýšené části do dvou let ode dne zvýšení pojistné částky (v případě úrazových připojištění jsou sebevražda či pokus o ni vyloučeny po celou dobu trvání daného úrazového připojištění); v souvislosti s úmyslným sebepoškozením;

Příklady vzniku pojistné ochrany u smlouvy podepsané 2. 10. s počátkem pojištění 3. 10.



¹⁾Technický počátek pojištění vždy připadá na první den v měsíci (viz definici pojmu v čl. 1 těchto VPP) a je to den, od kdy se začíná platit pojistné. Pojistná ochrana před technickým počátkem pojištění je poskytována zdarma.

- c) jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s pácháním úmyslného trestného činu (ve všech jeho vývojových stádiích) pojištěným; je-li proti pojištníkovu, pojištěnému nebo oprávněné osobě vedeno trestní řízení v souvislosti se škodnou událostí nebo pojištěným, není pojišťovna povinna plnit až do vydání pravomocného rozhodnutí ve věci;
- d) v souvislosti s použitím atomových, biologických nebo chemických zbraní, jakož i útoky spojenými s použitím radioaktivních, biologických a chemických látek, a to ani v případě, že byl takový čin vykonán pomocí specifických informačních technologií; dále v souvislosti s útoky na provozní místa či jiné stálé objekty, budovy či místnosti, mobilní zařízení nebo v souvislosti s jejich úmyslným zničením, přičemž tyto skutečnosti vedly k uvolnění radioaktivity nebo jaderných, chemických či biologických materiálů či látek.

2. Výluky pro pojištění nemoci

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z pojištění či připojištění nemoci, jestliže škodná událost vznikla v důsledku nebo v jakékoli příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování pojištěného dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Uvedená výluka se nevztahuje na připojištění dlouhodobé péče, kterého se týká odstavec 5 tohoto článku. Výluka se rovněž nevztahuje na připojištění pracovní neschopnosti, pokud pracovní neschopnost vznikla v příčinné souvislosti s organickou duševní poruchou (včetně symptomatických, F00-F09 podle MKN-10) stanovenou psychiatrem, pokud nevznikla v souvislosti s opakovaným požíváním alkoholu ani v souvislosti s užíváním psychotropních či jiných návykových látek.

3. Výluky pro připojištění pracovní neschopnosti

- a) Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění pracovní neschopnosti, jestliže škodná událost vznikla v souvislosti s léčebným pobytem v lázeňských zařízeních a sanatoriích, v rehabilitačních zařízeních kromě případů, kdy jde o komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči jako nezbytnou součást léčby nemoci nebo úrazu; za nezbytnou součást léčby nemoci nebo úrazu se považuje základní léčebný pobyt navazující na náhlou změnu zdravotního stavu pojištěného (např. stav po operaci, po úrazu či po jiném akutním onemocnění) schválenou revizním lékařem zdravotní pojišťovny pojištěného.
- b) Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba nemá žádný příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) ani z podnikání. Výjimkou jsou případy krátkodobé nezaměstnanosti, pokud doba mezi ztrátou příjmu ze závislé činnosti či podnikání a začátkem pracovní neschopnosti není delší než 2 kalendářní měsíce. V případě výjimky popsané v předchozí větě vyplácí pojišťovna pojistné plnění odpovídající sjednané pojistné částce, nejvýše však odpovídající maximální pojistné částce bez zkoumání příjmu ve smyslu příslušné přílohy ZPP pro připojištění pracovní neschopnosti.
- c) Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství (přip. peněžitou pomoc zaměstnanci) nebo rodičovský příspěvek a po dobu rodičovské dovolené pojištěného kromě případů, kdy pojištěné osobě v tomto období plyne příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) a/nebo z podnikání, který v daném zdanovacím období dosahuje úrovně alespoň poloviny minimální mzdy ve smyslu aktuálních právních předpisů České republiky;
- d) Pojišťovna neposkytne nebo sníží pojistné plnění, pokud se pojištěný nezdržuje v místě, které uvedl v příslušném dokladu o pracovní neschopnosti jako místo svého pobytu během léčby, ani v nemocnici, nebo jinak porušuje lékařem stanovený léčebný režim. Pobyt na jiném místě, než je popsáno v předchozí větě, není překážkou pro poskytnutí pojistného plnění, pokud se pojištěný stane práce neschopným z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu na jiném místě a jeho návrat je z lékařského hlediska vyloučen.

Jestliže pojišťovna neposkytne pojistné plnění z důvodů popsaných v písm. b) a c), vrátí platby za připojištění pracovní neschopnosti za dobu, po kterou pojištěný neměl příjem ze zaměstnání ani z podnikání. Platby budou v takovém případě zaslány zpět na účet, ze kterého byly pojišťovně zaslány.

4. Výluka pro pojištění a připojištění invalidity

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z pojištění či připojištění invalidity, jestliže

- a) invalidita jakéhokoli stupně nastala v příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování, které vznikly v příčinné souvislosti s opakovaným požíváním alkoholu, užíváním psychotropních či jiných návykových látek.
- b) invalidita 1. stupně vznikla v příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování s výjimkou případů, kdy se jedná o diagnózu organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09 podle MKN-10) nebo o diagnózu schizofrenie, poruchy schizotypální či poruchy s bludy (F20-F29 podle MKN-10). Uvedené omezení se vztahuje pouze na invaliditu prvního stupně, nikoli na invaliditu 2. a vyššího stupně.

5. Výluka pro připojištění dlouhodobé péče

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění dlouhodobé péče, jestliže potřeba dlouhodobé péče vznikla v souvislosti s poruchou příjmu potravy pojištěného (F50 podle MKN-10 – např. mentální anorexie, mentální bulimie).

6. Kromě výluk uvedených v tomto článku **doporučuje pojišťovna věnovat pozornost přesnému vymezení pojistné události v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách, dále čekacím dobám** uvedeným v článku 10 těchto VPP a vymezení pojmu úrazu a nemoc v článcích 6 a 7 těchto VPP.

Článek 9

Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění

- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění maximálně o jednu polovinu, došlo-li k pojistné události následkem toho, že poškozený požil alkohol, návykovou látku nebo přípravky takové látky obsahující, avšak pouze v těch případech, odůvodňují-li to okolnosti, za nichž k pojistné události došlo, tedy existuje-li prokázaná příčinná souvislost mezi požitím těchto látek a vznikem pojistné události. Pro tyto účely stanovuje pojišťovna limity pro maximální snížení pojistného plnění v závislosti na zjištěné hladině alkoholu v krvi bezprostředně po pojistné události následovně:

3,01 ‰ a více:	pojistné plnění sníženo o 50 %
1,51 ‰ až 3,0 ‰:	pojistné plnění sníženo o 25 %
0,51 ‰ až 1,50 ‰:	pojistné plnění sníženo o 15 %
do 0,5 ‰ (včetně):	pojistné plnění nebude sníženo (snížení 0 %)

Uvedené hodnoty maximálního snížení platí pouze pro případy, kdy je hodnota alkoholu v krvi zdokumentována. V opačném případě určí procento snížení pojišťovna na základě doložení okolností pojistné události, přičemž maximální snížení z tohoto důvodu je o 50 %.

- Je-li však pojistnou událostí smrt pojištěného, nevyužije pojišťovna práva snížit pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku. Právo snížit pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku pojišťovna nemá ani v případě, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a pokud pojištěný nebyl lékařem ani výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.
- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění také tehdy, pokud pojištník či pojištěný porušil povinnost uvést pravdivé a úplné údaje pokládávané pojišťovnou při uzavírání nebo při změně pojistné smlouvy, nebo neohlásil změnu pojistného rizika ve smyslu článku 17 těchto VPP a pokud v důsledku této skutečnosti bylo ujednáno nižší pojistné. V takovém případě má pojišťovna právo pojistné plnění snížit v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému za krytá rizika, které měla obdržet.
- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění pouze v případech stanovených pojistnými podmínkami, nikoli při porušení dalších povinností zakotvených v právních předpisech.

Článek 10

Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby)

- Čekací doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění ze škodních událostí, jež by jinak byly pojistnými událostmi, začíná běžet od data počátku pojištění. V případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany v průběhu pojistné doby (navýšení pojistné částky) začíná běžet od data účinnosti změny, a to pouze pro navýšenou část. Délka čekací doby je různá a je určena pro každý typ připojištění způsobem popsaným v následujících odstavcích tohoto článku.
- Není-li v tomto článku stanoveno jinak, čekací doba činí **2 měsíce**
 - pro pojištění a připojištění, ve kterém je jako pojistná událost definována invalidita jakéhokoli stupně, a to pro vznik nemoci či jejích projevů, která je následně příčinou vzniku invalidity,
 - pro pojištění a připojištění závažných onemocnění, závažných zdravotních následků; pro připojištění dlouhodobé péče, a to pro vznik dlouhodobé nepřetržitého zdravotního stavu, pro který pojištěný splnil podmínky dlouhodobé péče příslušného stupně (datum vzniku tohoto zdravotního stavu je uvedeno v rozhodnutí příslušného orgánu veřejné správy jako den, od kterého je přiznán příspěvek na péči příslušného stupně),
 - pro pojištění a připojištění pracovní neschopnosti a ošetřování dítěte.
- Pokud je v pojištění a připojištění zahrnuto jakékoli pojistné nebezpečí spojené s **těhotenstvím či porodem**, čekací doba pro tyto škodné události činí **8 měsíců**.
- Pojišťovna **neuplatní čekací dobu**:
 - pro pojištění a připojištění smrti,
 - pro pojištění a připojištění invalidity a dlouhodobé péče, je-li příčinou vzniku invalidity nebo dlouhodobé péče příslušného stupně výhradně infarkt myokardu nebo mozková mrtvice, které vznikly po datu vydání pojistky,
 - pro pojištění nemoci, je-li příčinou vzniku škodné události (hospitalizace, pracovní neschopnosti apod.) výhradně infarkt myokardu nebo mozková mrtvice, které vznikly po datu vydání pojistky,
 - pro připojištění hospitalizace z jiných důvodů, než je těhotenství nebo porod,
 - pro jakákoli úrazová pojištění či připojištění,
 - pro všechna pojištění a připojištění v případě pojistné události, která vznikla výlučně následkem úrazu vymezeného v těchto VPP, pokud tento úraz nastal v době trvání příslušného pojištění nebo připojištění.
- Pokud jediné připojištění v sobě zahrnuje více typů pojistných nebezpečí, čekací doba se posuzuje pro každé pojistné nebezpečí zvlášť způsobem, který je popsán v předchozích odstavcích tohoto článku.
- Je-li v době 2 měsíců (tj. po dobu plynutí čekací doby) po počátku pojištění, resp. po navýšení pojistné částky, pojištěnému diagnostikována nemoc, která je následně jednou z příčin vzniku invalidity, pojišťovna pro účely posouzení rozsahu škodné události invalidity tuto příčinu nezohlední. To znamená, že od doloženého celkového poklesu pracovní schopnosti pojištěného (který se vyjadřuje procentem) odečte procento poklesu pracovní schopnosti způsobené tímto onemocněním. Pro tento odpočet a stanovení výsledného poklesu vyjde pojišťovna z posudku vydaného příslušným orgánem veřejné správy, příp. z posudku lékaře určeného pojišťovnou.

Článek 11**Kdo má nárok na pojistné plnění**

1. Oprávněnou osobou v případě pojistné události jiné než smrti pojištěného je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
2. Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený, kterého může určit pojistník. Pojistník může obmyšleného kdykoliv změnit až do vzniku pojistné události; není-li však pojistník a pojištěný tatáž osoba, musí se změnou obmyšleného vyjádřit souhlas i pojištěný. Není-li obmyšlený určen nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, postupuje se v souladu s platnými právními předpisy.
3. Osoba, které má smrti pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, jestliže byla soudem uznána vinnou trestným činem v souvislosti se smrtí pojištěného.
4. Jestliže došlo ke smrti pojištěného v souvislosti s úmyslným trestným činem a osoba, které má vzniknout právo na pojistné plnění, je vyšetřována nebo souzena pro takový trestný čin, je pojišťovna oprávněna až do vydání pravomocného rozhodnutí, kterým je taková osoba odsouzena nebo obvinění zproštěna, výplatu pojistného plnění odložit.

Článek 12**Jak se postupuje v případě škodné události**

1. Škodnou událost je nutné oznámit pojišťovně bez zbytečného odkladu. K tomu účelu může osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění (oprávněná osoba, obmyšlený), využít on-line hlášení na webových stránkách pojišťovny, kontaktovat telefonicky kontaktní centrum pojišťovny nebo osobu, která smlouvu s pojistníkem uzavřela. O dalším postupu bude osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, informovat zástupce pojišťovny. Oprávněná osoba je povinna uvést pravdivé informace o okolnostech vzniku škodné události a dodat všechny podklady a dokumenty, které si pojišťovna v souvislosti s šetřením vyžádá.
2. Oznámení škodné události může učinit i jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem.
3. Doklady předkládané v rámci oznámení a šetření škodné události si pojišťovna ponechává.
4. Pokud je pojistnou událostí dožití se sjednaného konce pojištění, je pojistné plnění splatné nejpozději do 1 měsíce ode dne ukončení šetření pojistné události, spočívající v ověření totožnosti pojištěného, určení způsobu výplaty pojistného plnění apod. U ostatních pojistných událostí je pojistné plnění splatné nejpozději do 15 pracovních dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit.
5. Pokud v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit odvolá pojištěný svůj souhlas se zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu nebo souhlas se zjišťováním jeho zdravotního stavu a příčině smrti, není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění až do doby, než souhlas znovu udělí. Odvolání tohoto souhlasu je účastníky považováno za ztížení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti plnit z viny pojištěného s důsledky uvedenými v zákoně. Odvolání souhlasu je považováno za rozumný důvod k odepření výplaty zálohy pojistného plnění dle uvedeného ustanovení zákona.
6. Obsahuje-li oznámení pojistné události nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události nebo jsou-li v něm údaje týkající se této události vědomě zamlčeny, má pojišťovna právo na náhradu nákladů, které účelně vynaložila na šetření skutečností, ve vztahu k nimž jí tyto údaje byly sděleny nebo zamlčeny.

Článek 13**Jak se platí pojistné**

1. Pojistné je úplatou za poskytovanou pojistnou ochranu. Pojišťovně náleží pojistné za dobu trvání pojištění. Běžné pojistné je vždy hrazeno v pravidelných splátkách podle sjednané frekvence za dané pojistné období.
2. Běžné pojistné za první pojistné období je splatné dnem technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období.
3. První pojistné období začíná dnem technického počátku pojištění.
4. Pojistné se považuje za zaplacené dnem, kdy je připsáno ve výši dohodnuté v pojistné smlouvě na účet stanovený pojišťovnou. Platba pojistného musí být zaplacená způsobem stanoveným v pojistné smlouvě nebo v jejím návrhu tak, aby mohla být pojišťovnou identifikována. Pojišťovna nenesie odpovědnost za škodu způsobenou opožděnou či zmařenou identifikací platby pojistného způsobenou uvedením nesprávných údajů při placení pojistného ze strany pojistníka.
5. Má-li být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného a je-li následně první pojistné zasláno v nesprávné výši, zašle pojišťovna takovou platbu zpět na účet, ze kterého byla zaslána.
6. S ostatními platbami běžného pojistného v nesprávné výši bude nakládáno následovně:
 - bude-li platba nižší než předepsané běžné pojistné pro dané pojistné období, bude považována za zálohu na pojistné pro toto pojistné období a rozdíl oproti předepsanému pojistnému je považován za dluh na pojistném,
 - bude-li platba vyšší než předepsané běžné pojistné pro dané pojistné období, bude použita pro úhradu případného dluhu na běžném pojistném za předchozí pojistná období, dále pak na úhradu běžného pojistného pro toto pojistné období a případná zbylá částka bude považována za zálohu na běžné pojistné za následující pojistné období.

7. Pojišťovna je povinna přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníka zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
8. Vůči pojistnému plnění může pojišťovna započíst splatné pohledávky pojistného či jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění bez ohledu na jejich promlčení. Vůči pojistnému může pojišťovna započíst jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění než pohledávku na pojistné plnění, a to bez ohledu na jejich promlčení. O provedeném započtení je strana povinna druhou stranu bezodkladně písemně informovat.
9. V případě, že dojde k výpovědi pojistné smlouvy pojišťovnou do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy, vrátí pojišťovna pojistníkovi veškeré uhrazené pojistné do 30 kalendářních dnů ode dne zániku pojistné smlouvy zpět na účet, ze kterého byla zaslána.
10. Zanikne-li pojištění nebo připojištění v důsledku pojistné události, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.

Článek 14**Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného**

1. Výše běžného pojistného a pojistného za krytá rizika je stanovena na základě pojistné matematických metod založených na předpokladech (podmínkách) rozhodných pro stanovení objektivní míry pojistného rizika. Tyto předpoklady (podmínky) se během pojistné doby mohou měnit nezávisle na vůli pojišťovny. Pojišťovna je povinna na písemnou žádost klienta klientovi sdělit zásady stanovení pojistného.
2. V souvislosti s objektivní změnou podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného je pojišťovna oprávněna jednostranně zvýšit výši pojistného za krytá rizika a/nebo běžného pojistného.
3. Možné objektivní změny podmínek rozhodných pro případné zvýšení běžného pojistného, příp. pojistného za krytá rizika, jsou skutečnosti, které jsou jednoznačně definovány v obchodních podmínkách pro příslušný pojistný produkt, jež jsou nedílnou součástí smluvní dokumentace.
4. Pojišťovna je oprávněna zvýšit pojistné za krytá rizika a/nebo běžné pojistné pouze v nezbytném rozsahu, a to zejména s ohledem na dodržení svých závazků plynoucích z pojistných smluv.
5. Změnu výše pojistného za krytá rizika, resp. běžného pojistného je pojišťovna povinna oznámit pojistníkovi nejpozději 2 měsíce před dnem splatnosti běžného pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.
6. Nesouhlasí-li pojistník se změnou, může svůj nesouhlas projevit do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím období, na které bylo pojistné zaplacené.
7. Svůj nesouhlas se zvýšením pojistného pojistník sdělí pojišťovně písemně na adresu pojišťovny s uvedením čísla své pojistné smlouvy.

Článek 15**Jak lze chránit pojištění proti vlivu inflace**

1. Pojistník má právo písemně požádat o inflační navýšení pojistných částek bez zkoumání zdravotního stavu pojištěného. Tuto žádost je možné zaslat pojišťovně jednou v průběhu každého kalendářního roku s účinností k datu nejbližší následující splatnosti běžného pojistného. Pojistné bude navýšeno adekvátně, aby odpovídalo navýšeným pojistným částkám. O přijetí žádosti, o výši pojistných částek a o nové výši běžného pojistného bude pojistník informován v potvrzení o provedené změně.
2. Procento bude určeno pro zvýšení pojistných částek, běžné pojistné bude adekvátně navýšeno podle pojistné technických zásad (tj. zejména v závislosti na věku pojištěného, zbývající doby trvání pojištění či připojištění, příp. dalších parametrech pojistné smlouvy), dále jen „procento inflačního navýšení“. Odchylně od předchozí věty může pojišťovna stanovit nižší procento pro navýšení pojistných částek, pokud identifikuje významné riziko ohrožující další trvání smlouvy (uvedené riziko může nastat pouze u investičního životního pojištění).
3. Pojišťovna procento inflačního navýšení určí jednou ročně podle růstu indexu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem za předchozí kalendářní rok. Pokud bude růst indexu spotřebitelských cen za předchozí kalendářní rok nižší než 2 %, bude použito procento inflačního navýšení 2 %. Určené procento bude stanoveno vždy k 1. dubnu a bude používáno pro inflační navýšení realizovanou v období následujících 12 měsíců.
4. Jestliže index spotřebitelských cen nebude zveřejněn, má pojišťovna právo určit jiný způsob stanovení procenta inflačního navýšení, který se svým charakterem a účelem nejvíce blíží indexu nezveřejněnému.
5. Inflační navýšení není možné provést, pokud byla zahájena výplata pojistného plnění z připojištění s postupnou výplatou pojistného plnění (např. ročně, měsíčně apod.), zejm. v případě připojištění zproštění od placení pojistného, připojištění dlouhodobé péče nebo připojištění zajištění finančních závazků.
6. V případě připojištění s klesající pojistnou částkou a v případě připojištění, u kterých se pojistná částka stanovuje ve formě denní dávky (např. pracovní neschopnosti, hospitalizace, denního odškodného při úrazu, dlouhodobé péče I. a II. stupně), se inflační navýšení neprovádí.

Článek 16

Kdy je nutné zkoumat zdravotní stav

- Pojištěný je povinen před sjednáním pojištění nebo při změně pojištění odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy uvedené v pojistné smlouvě v souvislosti s posouzením zdravotního stavu a míry pojistného rizika.
- Pojišťovna je v případě žádosti o změnu pojištění nebo v případě šetření škodné události oprávněna přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou a poskytnutých pověřeným zdravotnickým zařízením. Na žádost pojišťovny je pojištěný povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí pojišťovna.
- Je-li to nutné pro šetření škodné události, má pojišťovna právo požadovat údaje o zdravotním stavu nebo o příčině smrti pojištěného, zejména doložení výpisů ze zdravotní dokumentace, výpis z evidence zdravotní pojišťovny, absolvování zdravotní prohlídky u lékaře určeného pojišťovnou, výpisy Policie ČR, doložení dokumentace z České správy sociálního zabezpečení, příp. z příslušné okresní správy sociálního zabezpečení atd. Do doby poskytnutí těchto údajů není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Článek 17

Co znamená změna pojistného rizika a proč je nutné ji oznámit

- Pojištník i pojištěný jsou povinni **oznámit pojišťovně změnu pojistného rizika**.
- Za změnu pojistného rizika se pro účely tohoto pojištění považuje:
 - změna nebo ztráta zaměstnání, změna pracovního zařazení, pracovní náplně, výkon dalšího zaměstnání, popř. změna výkonu profese;
 - vznik nároku na peněžitou pomoc v mateřství, vznik nároku na rodičovský příspěvek, přiznání invalidity jakéhokoli stupně, vznik nároku na starobní důchod, popř. předčasný (mimořádný) starobní důchod;
 - změna, zahájení nebo ukončení sportovní činnosti (např. registrace ve sportovním svazu, zahájení profesionální sportovní činnosti vymezené v aktuálních obchodních podmínkách, účast na organizovaných sportovních soutěžích);
 - změna, zahájení nebo ukončení zájmové rizikové činnosti (např. motoristické soutěže, horolezectví, adrenalinové aktivity, bojové sporty);
 - dlouhodobý pobyt (tj. delší než 3 měsíce) v zahraničí mimo státy EU, Švýcarsko, Lichtenštejnsko, Island, Norsko, Velkou Británii a Severní Irsko.
- Pojišťovna upozorňuje, že oznámená změna pojistného rizika může mít za následek zejména snížení či zvýšení běžného pojistného, změnu rozsahu pojistné ochrany, příp. výpověď s výpovědní dobou podle zákona (více viz odst. 4 a 5 tohoto článku), jak je popsáno v zákoně. Případné neoznámení změny pojistného rizika pak může mít za následek snížení pojistného plnění v případě pojistné události, příp. i výpověď sjednaného pojištění bez výpovědní doby v souladu se zákonem, jak je popsáno v odst. 6 tohoto článku.
- Prokáže-li pojišťovna, že by uzavřela smlouvu za jiných podmínek, pokud by oznámené pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu existovalo již při uzavírání smlouvy, má právo navrhnout novou výši pojistného a/nebo novou výši pojistné částky a/nebo jinou změnu vymezení rozsahu pojistné ochrany. Musí tak učinit do jednoho měsíce poté, kdy obdrží všechny potřebné podklady k objektivnímu posouzení míry zvýšení pojistného rizika. Pokud pojištník vyjádří do jednoho měsíce od obdržení návrhu nesouhlas s navrženou změnou, je pojišťovna oprávněna smlouvu anebo každé jednotlivé připojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou, nejpozději do dvou měsíců ode dne obdržení nesouhlasu. Obdobně navrhne pojišťovna novou výši pojistného v případě, že dojde k oznámení snížení pojistného rizika, které má vliv na snížení pojistné částky.
- Prokáže-li pojišťovna, že by vzhledem k podmínkám platným v době uzavření smlouvy smlouvu neuzavřela, existovalo-li by oznámené pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu již při uzavírání smlouvy, má právo pojištění vypovědět v osmidenní výpovědní době do jednoho měsíce, kdy jí byla změna oznámena. Bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojištníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné za krytá rizika, má pojišťovna právo pojistné plnění snížit v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému za krytá rizika, které měla obdržet.
- Poruší-li pojištník nebo pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému (za krytá rizika), které by měla obdržet, kdyby se byla o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděla. V případě porušení povinnosti oznámit změnu pojistného rizika je pojišťovna oprávněna do dvou měsíců ode dne, kdy se o zvýšení rizika dozvěděla, vypovědět sjednané pojištění a/nebo připojištění bez výpovědní doby. Vypoví-li pojišťovna smlouvu z tohoto důvodu, náleží jí pojistné, resp. pojistné za krytá rizika do konce pojistného období, v němž pojištění, resp. připojištění zaniklo.
- Pojištník a pojištěný (příp. zákonný zástupce pojištěného) jsou povinni bez zbytečného odkladu oznámit pojišťovně změnu státního občanství nebo změnu státu trvalého bydliště.

Článek 18

Co dalšího je nutné oznámit pojišťovně

- Pojištník/pojištěný je povinen bezodkladně pojišťovně oznámit, pokud u účastníků pojištění nastala změna skutečnosti, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna tázala, k nimž dojde během trvání pojištění (např. informace k identifikaci a kontrole klienta, k daňové identifikaci, a to ve smyslu platných právních předpisů). Tyto informace pojištník/pojištěný poskytne bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy k příslušné změně došlo. Pojištník/pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně identifikačních údajů (zejména jména, příjmení, státních občanství, pohlaví, rodného čísla vydaného v České republice, adresy pobytu), údajů k daňové identifikaci (jako země daňové identifikace, daňové identifikační číslo), ve smyslu platné legislativy, povolání/zaměstnání, kontaktních údajů (jako je e-mail, telefon, kontaktní adresa) a změně dalších údajů uvedených v pojistné smlouvě nebo souvisejících s pojištěním.
- Pokud se pojištník stal politicky exponovanou osobou ve smyslu platných právních předpisů, je povinen to oznámit pojišťovně.
- Oznámí-li pojištník/pojištěný změnu identifikačních údajů, kontaktních údajů, údajů k daňové identifikaci, případně údajů o dokladu totožnosti (zejména jeho typ, číslo, kým byl vydán a do kdy je platný), je pojišťovna oprávněna zajistit aktualizaci těchto údajů také u všech ostatních smluv, které má pojištník/pojištěný uzavřené s pojišťovnou.

Článek 19

Jak pojištění zaniká

- Pojištění, případně připojištění, zaniká:
 - uplynutím pojistné doby;
 - dnem smrti pojištěného (zanikají všechna jeho pojištění a připojištění; jde-li o prvního pojištěného, zaniká celá pojistná smlouva);
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného;
 - písemnou výpovědí ze strany pojištníka;
 - písemnou výpovědí ze strany pojišťovny;
 - odstoupením;
 - dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
 - zánikem pojistného zájmu;
 - zánikem pojistného nebezpečí;
 - dohodou;
 - výplatou odkupného podle odst. 12 tohoto článku;
 - pokud zánik připojištění způsobí, že není splněna podmínka minimálního celkového běžného pojistného pro dané životní pojištění.
 - Konec pojištění se shoduje se dnem, na nějž připadne výročí, které se svým pořadím rovná počtu let sjednané pojistné doby, pokud není dále uvedeno jinak.
 - Výpověď pojištění lze provést dle pravidel zákona, zejména písemnou výpovědí ze strany pojištníka doručenou pojišťovně nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období (je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období) nebo s osmidenní výpovědní dobou do 2 měsíců od vydání pojistky (zákonné lhůty jsou tak prodlouženy ve prospěch pojištníka) či výpovědí ze strany pojišťovny, nejedná-li se o životní pojištění, doručenou nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období (je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období) nebo s osmidenní výpovědní dobou do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy. Pojišťovna i pojištník mohou výpověď sjednaná připojištění i samostatně, a to za podmínek uvedených v zákoně.
- Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období neživotní pojištění a připojištění po dobu definovanou níže v písm. a) a b):
- a) v prvních dvou letech od sjednání připojištění denního odškodného úrazu, připojištění pracovní neschopnosti, připojištění trvalých následků úrazu, připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně, a to u všech připojištění tohoto typu s označením tarifu zakončeným na písmeno R (např. DOU3-P1R apod.);
 - b) po celou dobu trvání smlouvy, resp. po celou dobu trvání připojištění hospitalizace, připojištění ošetřování dítěte, připojištění smrti následkem úrazu, a to u všech připojištění tohoto typu s označením tarifu zakončeným na písmeno R (např. JOSE-P1R apod.).
- Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
- Pojišťovna a pojištník se mohou na zániku pojištění dohodnout. V této dohodě musí být písemně určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
 - Poruší-li pojištník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost k pravdivým sdělením, má pojišťovna právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřela. Pojištník má právo od smlouvy odstoupit, porušila-li pojišťovna povinnost zodpovědět zájemci o pojištění na jeho písemný požadavek pravdivě dotazy týkající se pojištění, o které má zájem. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti uvedené výše. Ve lhůtě 30 kalendářních dní od data vydání pojistky má pojištník právo od pojistné smlouvy odstoupit i bez udání důvodu. V případě uzavření pojistné smlouvy pomocí prostředků komunikace na dálku se tato lhůta počítá ode dne, kdy byl pojištník pojišťovnou informován, že byla pojistná smlouva uzavřena.

6. Pojišťovna může pojistné plnění odmítnout, jak je uvedeno v písm. g), odst. 1 tohoto článku:
 - a) byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojistné události, a současně
 - b) byla-li příčinou pojistné události skutečnost, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohla zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti sdělit pojišťovně pravdivé údaje, a současně
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřela nebo pokud by ji uzavřela za jiných podmínek.
7. Jestliže dojde k odmítnutí pojistného plnění v životním pojištění s rezervaturnou složkou, oprávněné osobě nevzniká nárok na vrácení zaplaceného pojistného. K datu zániku pojištění vyplátí pojišťovna pojistníkovi nebo oprávněné osobě odkupné snížené o 25 %, maximálně však o dvojnásobek ročního pojistného.
8. Ustanovení o odstoupení od smlouvy a odmítnutí plnění se analogicky použijí i v případě zániku jednotlivých připojištění.
9. Jestliže došlo k zániku pojištění, má pojišťovna právo na pojistné za krytá rizika za období, za které nebylo pojistné zaplacené, příp. nebylo zaplacené v plné výši. Jestliže jde o investiční životní pojištění a pojistné za krytá rizika je vyšší než běžné pojistné, pak má pojišťovna nárok na běžné pojistné.
10. Všechna připojištění zanikají také dnem zániku hlavního pojištění, k němuž byla sjednána.
11. Pojištění zaniká též okamžikem zániku pojistného zájmu. Pojišťovna má právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděla.
12. Pokud jde o životní pojištění s rezervaturnou složkou a pokud Zvláštní pojistné podmínky hlavního pojištění vymezují možnost vzniku nároku na odkupné, má pojištník právo, aby na jeho písemnou žádost zaniklo pojištění výplatou odkupného. Odkupné je pak splatné nejpozději do 3 měsíců ode dne, kdy byla žádost o výplatu odkupného pojistníka doručena pojišťovně. Zánik pojištění nastane nejpozději na konci pojistného období, ve kterém byla žádost o výplatu odkupného doručena pojišťovně, případně dnem výplaty odkupného pojišťovnou (odepsáním částky z účtu pojišťovny, a to podle toho, co nastane dříve).
13. Jestliže má pojištník k datu zániku pojištění výpověďní právo na výplatu odkupného, je mu odkupné vyplaceno do 1 měsíce od zániku pojištění.
14. Zvláštní pojistné podmínky mohou stanovit další způsoby zániku pojištění.

Článek 20

Jak probíhá komunikace ohledně smlouvy

1. Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce.
2. Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení druhé straně.
3. **Pojišťovna je oprávněna s pojištníkem komunikovat elektronicky** a písemností doručovat pojištníkovi:
 - a) na jeho aktuální (tj. poslední uvedenou) e-mailovou adresu, anebo
 - b) na jeho osobní účet prostřednictvím klientského webového portálu.
 Pravidla užívání elektronické komunikace jsou popsána v dokumentu Podmínky poskytování a používání elektronických služeb, který je součástí smluvní dokumentace. Pojištník může elektronické doručování písemností kdykoliv deaktivovat, a to prostřednictvím klientského webového portálu, e-mailem nebo písemně.
4. Písemnostmi zaslané pojištníkovi elektronicky se považují za doručené:
 - a) dnem jejich odeslání na jeho aktuální e-mailovou adresu, pokud se tato písemnost nevrátila zpět jako nedoručitelná, anebo
 - b) dnem umístění písemnosti na osobní účet pojištníka prostřednictvím elektronické služby klientského webového portálu, anebo
 - c) do jeho datové schránky.
5. Právním komunikovat elektronicky není dotčeno právo pojišťovny zasílat vybrané písemnosti v podobě listinné nebo požadovat doručení určitých písemností v podobě listinné. Písemnosti v podobě listinné se účastníkům pojištění doručují na jimi naposledy určenou korespondenční adresu (doručovací, kontaktní adresu). Nepodaří-li se pojišťovně doručit pojištníkovi písemnost na tuto adresu, je oprávněna doručovat na adresu, kterou pojištník uvedl jako adresu svého trvalého bydliště, pokud se liší od korespondenční adresy. Korespondenční adresu uvedenou pojištníkem považuje pojišťovna za bydliště pojištníka ve smyslu zákona, tj. za místo, kde se pojištník zdržuje s úmyslem žít tam trvale.
6. Písemnost určená pojišťovně splňující všechny zákonné náležitosti je účinná:
 - dnem doručení do sídla pojišťovny, pokud jde o písemnost v podobě listinné,
 - dnem doručení písemnosti elektronicky na e-mailovou adresu uvedenou jako kontakt na pojišťovnu ve smluvní dokumentaci ke smlouvě, o přijetí e-mailu je klient obratem informován elektronickou zprávou,
 - dnem doručení písemnosti elektronicky do datové schránky pojišťovny, o doručení je klient informován prostřednictvím systému datových schránek.
 Pojišťovna má právo v některých případech požadovat doručení originálu písemnosti v podobě listinné.
7. Jsou-li některé podklady předkládané pojišťovně v rámci posouzení míry pojistného rizika nebo šetření škodné události v jiném než českém jazyce, je pojištěný či oprávněná osoba povinná na žádost pojišťovny zajistit na vlastní náklady úřední překlad do českého jazyka.

Článek 21

Jaká jsou obecná pravidla pojistné smlouvy

1. Pokud by pojistná smlouva trpěla právními vadami v důsledku změny obecné právní úpravy nebo i jinak, nemohou takové právní vady způsobit neplatnost nebo neúčinnost celé smlouvy. Všechna ustanovení pojistné smlouvy jsou oddělitelná, a pokud se jakékoliv její ustanovení stane neplatným, protiprávním nebo bude v rozporu s veřejným zájmem, platnost ostatních ustanovení tím není dotčena a pojistná smlouva bude posuzována tak, jako by tato neplatná ustanovení nikdy neobsahovala. Namísto neplatného nebo neúčinného ujednání se strany zavazují nahradit tato ustanovení ustanoveními s obsahem umožňujícím dosažení účelu této smlouvy.
2. Všechny platby týkající se pojistné smlouvy jsou prováděny v zákonných penězích České republiky a jsou splatné na území České republiky, nestanoví-li pojistná smlouva jinak.
3. Je-li účastník pojištění v prodlení s placením peněžitých částek, má ten účastník pojištění, vůči kterému je účastník v prodlení, právo na úrok z prodlení ve výši stanovené právními předpisy. Doba nutná k šetření pojistné události se nepovažuje za prodlení pojišťovny s výplatou pojistného plnění.
4. Pojištění nelze smlouvě dohodnuto jinak, náklady spojené s uplatněním nároku na plnění hradí ten, kdo nárok uplatňuje.
5. Pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.
6. Pojištění nelze přerušit ve smyslu zákona, nestanoví-li pojistná smlouva jinak.
7. V pojištění se nesjednává možnost snížení pojistné částky ani snížení ročního důchodu ani zkrácení pojistné doby ani možnost určit neodvolatelně obmysleného ve smyslu zákona.
8. Pojišťovna je v souladu s platnou legislativou nebo v zájmu ochrany práv pojištníka a pojištěného oprávněna požadovat při provádění některých úkonů souvisejících s pojištěním úřední ověření podpisu pojištníka a/nebo pojištěného a/nebo oprávněné osoby, popř. provedení identifikace a kontroly této osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ověření její totožnosti, popř. požadovat fotokopii jejího průkazu totožnosti nebo dokumenty a informace k provedení kontroly této osoby.
9. Pojišťovna si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky odborníků, které si určí. Pojišťovna je rovněž oprávněna složitě pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění. Pojišťovna je rovněž oprávněna vyžadovat od pojištníka nebo pojištěného doklady o výši (hrubého) příjmu, délce vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele, příp. daňová přiznání.
10. Pojišťovna je oprávněna provést jednostrannou změnu obchodního názvu produktu nebo služby, o které je povinna informovat pojištníka vhodným způsobem a bez zbytečného odkladu. Změna obchodního názvu produktu nebo služby nemá vliv na práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z pojistné smlouvy, proto takovou změnu smluvní strany nepovažují za změnu smlouvy o daném produktu nebo službě.
11. Nedojde-li k dohodě, budou všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé řešeny u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky nebo před příslušnými subjekty pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v souvislosti s životním pojištěním. K těmto subjektům náleží Finanční arbit, www.finarbitr.cz. Spory z doplňkových neživotních pojištění (připojištění) lze rovněž řešit před ombudsmanem České asociace pojišťoven, www.ombudsmanap.cz. Pro řešení sporu ze smlouvy uzavřené on-line (tj. prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku) je možné využít rovněž Platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>. Dále je možno proti postupu pojišťovny podat stížnost u České národní banky.
12. Tyto Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Zvláštní pojistné podmínky

Pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (tarif SMTV-P1R, tarif JSMT-P1R)

Připojištění smrti s kratší dobou trvání (tarif SMTK-P1R)

Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou (tarif SMTV-K1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato pojištění i připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona. Pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou se pro prvního pojištěného sjednává jako hlavní pojištění.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. U pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou, připojištění smrti s kratší dobou trvání a u připojištění smrti s klesající pojistnou částkou je pojistnou událostí smrt pojištěného v době trvání pojištění.
2. Datem pojistné události je den úmrtí.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události:
 - a) z pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou a z připojištění smrti s kratší dobou trvání vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - b) z připojištění smrti s klesající pojistnou částkou vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci.

2. V případě připojištění smrti s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

Článek 3

Zánik pojištění

Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou a připojištění smrti s kratší dobou trvání zaniká pojistnou událostí. Pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou zaniká pojistnou událostí.

Článek 4

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění invalidity 3. stupně (tarif INV3-P1R)

Připojištění invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif INV3-K1R)

Připojištění invalidity 2. stupně (tarif INV2-P1R)

Připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif INV2-K1R)

Připojištění invalidity 1. stupně (tarif INV1-P1R)

Připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif INV1-K1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10
- Hrubý příjem – vymezení pojmu (čl. 2)

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Invalidita 1. stupně

Invaliditou 1. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním v 1. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %.

Invalidita 2. stupně

Invaliditou 2. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 2. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %.

Invalidita 3. stupně

Invaliditou 3. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 70 %.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí se rozumí:
 - Vznik invalidity 3. stupně pro připojištění invalidity 3. stupně a připojištění invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou;
 - Vznik invalidity 2. stupně pro připojištění invalidity 2. stupně a připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou;
 - Vznik invalidity 1. stupně pro připojištění invalidity 1. stupně a připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou.
- Datem pojistné události invalidity pojištěného je den vzniku invalidity 1., 2. nebo 3. stupně podle posudku příslušného orgánu veřejné správy podle předpisů o důchodovém pojištění.
- Ve zvláštních případech uvedených v článku 4 těchto ZPP může být datem pojistné události den, ke kterému pojišťovna přiznává vznik invalidity 1., 2. nebo 3. stupně.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události:
 - Invalidity 3. stupně vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - Invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 4 tohoto článku.
- V případě výplaty pojistné částky z připojištění invalidity 1. a/nebo 2. stupně se automaticky snižuje pojistná částka podle čl. 6 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

- V případě vzniku pojistné události:
 - Invalidity 2. stupně vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - Invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 4 tohoto článku.

V případě výplaty pojistné částky z připojištění invalidity 1. stupně se automaticky snižuje pojistná částka podle čl. 6 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

- V případě vzniku pojistné události:
 - Invalidity 1. stupně vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - Invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 4 tohoto článku.

- V případě připojištění invalidity kteréhokoli stupně s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného.

Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

Článek 4

Jak se posuzuje invalidita ve zvláštních případech

- Není-li z objektivních důvodů možné předložit posudek příslušného orgánu veřejné správy o přiznání invalidity** a jejím rozsahu (nikoli však z důvodu nepřiznání invalidity posudkovým lékařem příslušného správního orgánu sociálního zabezpečení), provádí posouzení vzniku invalidity dle čl. 1 těchto ZPP pojišťovna na základě předložené lékařské dokumentace a posudku svého odborného lékaře. Datum pojistné události je v takovém případě stanoveno ke dni, k němuž pojišťovna ukončí šetření pojistné události.
- Výhrada posuzování při změně právních předpisů:** Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání invalidity anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně invalidity provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k příslušnému datu. Pojišťovna a pojištěník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl změněn rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.
- Invalidita 1., 2. nebo 3. stupně dle článku 1 se považuje za prokázanou, pokud pokles pracovní schopnosti posudkem potvrdí příslušný orgán veřejné správy** ve smyslu právních předpisů, které byly platné a účinné k datu uzavření pojistné smlouvy.

- Nad rámec vymezení pojistné události a jejího prokazování v těchto ZPP se pojišťovna zavazuje, že bude-li u pojištěného doložena diagnóza, která je výslovně uvedena v Příloze A: „Diagnózy rozhodující pro přiznání plnění za invaliditu 1., 2. a 3. stupně“, která je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz, považuje se definice invalidity za splněnou v příslušném stupni podle Přílohy A. V těchto případech posuzuje a potvrdí danou diagnózu a příslušný stupeň invalidity výhradně lékař určený pojišťovnou.
- Je-li invalidita přiznána v důsledku více zdravotních příčin (diagnóz), přičemž některá z těchto zdravotních příčin byla v pojistné smlouvě vyloučena, pojišťovna pro účely posouzení rozsahu škodné události invalidity tuto příčinu nezohlední. To znamená, že od doloženého celkového poklesu pracovní schopnosti pojištěného, který se vyjadřuje procentem, odečte procento poklesu pracovní schopnosti způsobené touto zdravotní příčinou (diagnózou). Pro uvedený odpočet a stanovení výsledného poklesu pracovní schopnosti vyjde pojišťovna z posudku vydaného příslušným orgánem veřejné správy, příp. z posudku lékaře určeného pojišťovnou.



Příklad

Klient si sjednal připojištění invalidity 1., 2. i 3. stupně. Při uzavření smlouvy uvedl, že má **endoprotézu** levého kolene. Byl přijat do pojištění **s individuální výlukou** na škodné události, které by nastaly v souvislosti s levým kolenem.

- Po několika letech mu byla diagnostikována **cukrovka**. Z doloženého posudku vyplývalo, že cukrovka způsobila pokles pracovní schopnosti o **40 %**.
- Kvůli omezené hybnosti levého **kolene po endoprotéze** byl výsledný pokles pracovní schopnosti zvýšen o 10 % → celkové ohodnocení poklesu o **50 %** odpovídá **invaliditě 2. stupně** (2. stupeň odpovídá poklesu pracovní schopnosti 50 % až 69 %).
- Pojišťovna** uznala celkový pokles pracovní **schopnosti o 40 %** způsobený cukrovkou. Zdravotní komplikace v souvislosti s levým kolenem (navyšující celkové ohodnocení o 10 %) byly totiž z pojistné ochrany od začátku pojištění ve smlouvě vyloučeny.

Za pokles pracovní schopnosti o **40 %** bylo vyplaceno pojistné plnění ze sjednaného připojištění **invalidity 1. stupně** (která je definována jako pokles pracovní schopnosti 35 % až 49 %).

Článek 5

Jaká jsou maxima pojistného plnění

- Výše pojistné částky pro invaliditu 1. stupně musí být stanovena tak, aby nepřekročila maximální pojistnou částku uvedenou v tomto článku, a to ani při případné změně pojištění. Jestliže v době pojistné události **pojistná částka přesáhne maximální pojistnou částku, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění až do výše rozdílu** mezi sjednanou pojistnou částkou a maximální pojistnou částkou odpovídající skutečnému hrubému příjmu pojištěného ve smyslu Přílohy 1 těchto ZPP a rovněž stejným způsobem snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě.
- Maximální pojistnou částkou se pro účely **připojištění invalidity 1. stupně** a připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou rozumí **limit uvedený v tabulce** v Příloze 1 těchto ZPP, který je stanoven na základě hrubého měsíčního příjmu pojištěného. O výši minimálního hrubého příjmu odpovídající sjednané pojistné částce pro připojištění invalidity 1. stupně bude pojištník/pojištěný informován v modelaci pojištění.
- Pokud jsou při sjednávání pojistné smlouvy nebo při její změně osobou pojištěného doloženy příjmy v rámci provádění oceňování finančního rizika pojišťovnou (např. doložení finančního dotazníku pojištěným, potvrzení příjmů zaměstnavatelem, kopie smlouvy o úvěru apod.) a ta na základě individuálního posouzení schválí maximální pojistnou částku, která se odlišuje od limitů uvedených v Příloze 1, je rozhodující maximální pojistná částka stanovená pojišťovnou. Způsob a rozsah oceňování finančního rizika pojištěného určuje výhradně pojišťovna.
- Součet pojistných plnění z připojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně nemůže přesáhnout 100 % pojistné částky pro připojištění invalidity 3. stupně.
- Součet pojistných plnění z připojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně s klesající pojistnou částkou nemůže přesáhnout 100 % aktuální pojistné částky pro připojištění invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou.

Článek 6

Co může způsobit snížení pojistné částky

- Dojde-li ke vzniku **pojistné události z připojištění invalidity 2. stupně**, příp. z připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou, pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje pojistná částka připojištění invalidity 3. stupně**, příp. invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou o výši vyplaceného pojistného plnění z připojištění invalidity 2. stupně, příp. invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou.
- Dojde-li ke vzniku **pojistné události z připojištění invalidity 1. stupně**, příp. invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou, pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje pojistná částka připojištění invalidity 2. stupně**, příp. invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou a **pojistná částka připojištění invalidity 3. stupně**, příp. invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou o výši vyplaceného pojistného plnění z připojištění invalidity 1. stupně.

- Pokud by automatické snížení podle odst. 1 nebo 2 znamenalo výslednou nulovou hodnotu pojistné částky, zanikne takové připojištění automaticky k datu příslušné pojistné události.
- Ke snížení pojistné částky může dojít taktéž v případě vymezeném v článku 5, odst. 1 výše.



Zjednodušeně řečeno...

Výplata pojistného plnění za jakýkoli stupeň invalidity způsobí, že:

- Připojištění pro stupeň, ze kterého se vyplácelo, zaniká
- Připojištění nižších stupňů (nižšího stupně), jsou-li sjednány, zanikají
- Připojištění vyšších stupňů (vyššího stupně) pokračují ze předpokladu, že jejich pojistná částka je vyšší než částka vyplacená – v tom případě se pojistná částka pro další trvání těchto připojištění snižuje o tuto již vyplacenou částku.

Článek 7

Jaký je možný důvod zániku připojištění

- Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají datem vzniku pojistné události.
- Dojde-li ke vzniku:
 - pojistné události z připojištění invalidity 3. stupně**, resp. invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou, **zaniká automaticky k datu pojistné události připojištění invalidity 2. stupně a připojištění invalidity 1. stupně**, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou a invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou;
 - pojistné události z připojištění invalidity 2. stupně**, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou, **zaniká automaticky k datu pojistné události připojištění invalidity 1. stupně**, resp. invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou.
- Připojištění rovněž zaniká při snížení pojistné částky na nulovou hodnotu dle čl. 6, odst. 3 těchto ZPP.



Příklad 1 – způsob pokračování pojištění po výplatě z nižšího stupně (čl. 6)

Připojištění invalidity 1. stupně, 2. stupně a 3. stupně jsou sjednána na pojistné částky 1 000 000 Kč, 2 000 000 Kč a 3 000 000 Kč → Maximální výplata za všechny stupně je 3 000 000 Kč.

Pokud:

- Pojišťovna vyplatí pojistnou částku 1 000 000 za 1. stupeň
→ připojištění 1. stupně zaniká, oba zbývající se snižují o 1 000 000 Kč
→ nové pojistné částky jsou 1 000 000 Kč pro 2. stupeň, 2 000 000 Kč pro 3. stupeň.
 - Následně je přiznán 2. stupeň invalidity
→ pojišťovna vyplatí 1 000 000 Kč za 2. stupeň, který zaniká
→ nová pojistná částka je 1 000 000 Kč pro 3. stupeň.
 - Následně je přiznán 3. stupeň, vyplacena částka 1 000 000 Kč a připojištění 3. stupně zaniká
- Celkově byla vyplacena částka 3 000 000 Kč, tedy maximální výplata za všechny stupně.



Příklad 2 – zánik pojištění po výplatě pojistné částky (čl. 7)

Připojištění invalidity 1. stupně, 2. stupně a 3. stupně jsou sjednána jednotně na pojistnou částku 2 000 000 Kč → Maximální výplata za všechny stupně je 2 000 000 Kč.

Pokud:

- Pojišťovna vyplatí pojistnou částku 2 000 000 za 1. stupeň – všechna tři připojištění invalidity zanikají
- (Stejně by to bylo při výplatě z připojištění invalidity kteréhokoli stupně invalidity.)

Článek 8

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Příloha 1: Maximální pojistné částky pro připojištění invalidity 1. stupně v závislosti na hrubém příjmu pojištěného

K datu počátku tohoto připojištění musí hrubý příjem pojištěného odpovídat sjednané pojistné částce, resp. limitům uvedeným v této příloze. Pojem „hrubý měsíční příjem“ je definován ve VPP, v čl. 2. Pojemem „pojistná částka“ se v této příloze rozumí i případný součet pojistných částek tarifů INB1-K1R, INV1-K1R, INV1-P1R, jsou-li pro pojištěného sjednány. Dojde-li v průběhu trvání připojištění k poklesu hrubého měsíčního příjmu o více než 30 %, je nutné tuto skutečnost oznámit pojišťovně, aby mohla být případně upravena aktuální pojistná částka v závislosti na aktuálním hrubém příjmu. Uvedená povinnost neplatí, pokud je pojistná částka 4 000 000 Kč nebo nižší.

Pro pojistnou částku maximálně	Minimální hrubý příjem v Kč	Pro pojistnou částku maximálně	Minimální hrubý příjem v Kč
4 000 000	nezkoumá se	5 600 000	136 000
4 100 000	100 000	5 700 000	139 000
4 200 000	102 000	5 800 000	141 000
4 300 000	105 000	5 900 000	144 000
4 400 000	107 000	6 000 000	146 000
4 500 000	109 000	6 100 000	148 000
4 600 000	112 000	6 200 000	151 000
4 700 000	114 000	6 300 000	153 000
4 800 000	117 000	6 400 000	156 000
4 900 000	119 000	6 500 000	158 000
5 000 000	122 000	6 600 000	161 000
5 100 000	124 000	6 700 000	163 000
5 200 000	126 000	6 800 000	166 000
5 300 000	129 000	6 900 000	168 000
5 400 000	131 000	7 000 000	170 000
5 500 000	134 000		

Připojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity (tarif INV4-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Bezmocnost

Bezmocností pojištěného se ve smyslu těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž byl pojištěnému přiznán posudkem orgánu sociálního zabezpečení příspěvek na péči podle právních předpisů o sociálních službách nejmeně pro stupeň závislosti III, to znamená, že pojištěný není schopen samostatně zvládat z důvodu nepříznivého zdravotního stavu sedm a více (u osob mladších 18 let šest a více) základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí se pro sjednané připojištění dle těchto ZPP rozumí vznik bezmocnosti.
2. Datem pojistné události tohoto připojištění je den, ke kterému byl pojištěnému posudkem orgánu sociálního zabezpečení přiznán příspěvek na péči nejmeně pro stupeň závislosti III podle předpisů o sociálních službách.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

V případě vzniku pojistné události z připojištění bezmocnosti - 4. stupně invalidity vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.

Článek 4

Jak se posuzuje bezmocnost ve zvláštních případech

Výhrada posuzování při změně právních předpisů: Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o sociálních službách a sociálním zabezpečení, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání příspěvku na péči anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně závislosti provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jím určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k příslušnému datu. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl změněn rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění uvedené v těchto ZPP zaniká datem ukončení šetření pojistné události.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Připojištění pro případ invalidity dítěte (tarif JINV-P2R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Sníženou soběstačností se rozumí poškození základních schopností pojištěného potvrzené lékařem stanoveným pojišťovnou, které je trvalé a ke kterému dojde v průběhu trvání připojištění následkem nemoci nebo úrazu, přičemž se jedná o poškození:

- nejméně jedné ze základních schopností specifikovaných v části A Přílohy 1 těchto ZPP nebo
- nejméně tří ze základních schopností specifikovaných v části B Přílohy 1 těchto ZPP.

Trvalým poškozením se přitom rozumí takové poškození, které je jednoznačně ustálené nebo které trvá nepřetržitě po dobu nejméně 12 měsíců. Pojistná událost nemůže nastat, není-li splněna podmínka 30denní doby trvání poškození základních schopností pojištěného od stanovení příslušné diagnózy odborným lékařem ve smyslu předchozích ustanovení.

Invaliditou 3. stupně se rozumí, stane-li se pojištěný invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění. Tato skutečnost se dokládá rozhodnutím příslušného orgánu veřejné správy o přiznání invalidity 3. stupně, příp. zprávou posudkového lékaře.

Přiznáním příspěvku na péči II. nebo III. nebo IV. stupně se rozumí rozhodnutí orgánu veřejné správy ve smyslu příslušných právních předpisů o sociálním zabezpečení o přiznání příspěvku na péči z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného, kvůli němuž pojištěný není schopen samostatně zvládat nejméně:

- do věku 18 let čtyři základní životní potřeby,
- od 18 let věku (včetně) pět základních životních potřeb definovaných předpisem o sociálních službách (tj. orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, u plnoletých osob také péče o domácnost) a splňuje tedy podmínky pro stupeň závislosti II (středně těžká) nebo III (těžká) nebo IV (úplná).

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí z připojištění pro případ invalidity dítěte se rozumí případ, kdy nastane v době trvání připojištění některá z těchto skutečností:
 - u pojištěného došlo ke snížení soběstačnosti, nebo
 - pojištěnému byla přiznána invalidita 3. stupně, nebo
 - pojištěnému byl přiznán příspěvek na péči II. nebo III. nebo IV. stupně.
- O uznání snížené soběstačnosti rozhoduje pojišťovna na základě předložené lékařské dokumentace a posudku pojišťovnou stanoveného odborného lékaře potvrzujícího trvalou ztrátu schopnosti, případně na základě dalších dokladů, které si je pojišťovna oprávněna vyžádat. Dokumenty potřebné k posouzení a vyřízení uplatňovaného nároku za snížení soběstačnosti předloží pojištěný na žádost pojišťovny bez zbytečného odkladu.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

- Pojišťovna vyplatí v případě vzniku pojistné události podle těchto ZPP pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
- Datem pojistné události je den vzniku invalidity 3. stupně podle posudku příslušného orgánu veřejné správy podle předpisů o důchodovém pojištění nebo den, kdy byl pojištěnému přiznán nárok na příspěvek na péči II. nebo III. nebo IV. stupně rozhodnutím příslušného orgánu veřejné správy podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení. Datum pojistné události v případě, že dojde ke snížení soběstačnosti pojištěného, je definováno v Příloze 1 těchto ZPP.

Článek 4

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zanikne také datem vzniku pojistné události.

Článek 5

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Příloha 1: Vymezení poškození či ztráty základních schopností pojištěného

Část A	
Pojištění se vztahuje na poškození či ztrátu základních schopností pojištěného, a to alespoň jedné z těchto schopností definovaných v této části A následovně.	
Schopnost vidět	Slepota obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, kterou není možné napravit refrakcí, medikací, operací ani žádným jiným lékařským zákrokem. Slepota se rozumí zraková ostrost 1/60 nebo méně na méně postiženém oku po konečném zákroku nebo omezení zorného pole pod 5 stupňů po konečném zákroku. Diagnóza musí být potvrzena očním lékařem.
Schopnost mluvit	Pojištěný celkově a neobnovitelně ztratil schopnost mluvit následkem tělesných změn. Ztráta v důsledku psychické choroby nebo zadržování v řeči (kóktání) nejsou předmětem pojistného krytí.
Schopnost orientace	Pojištěný zcela ztratil schopnost orientace vzhledem k času, k místu a svojí osobě.
Schopnost používat ruce	Pojištěný není schopen používat psací náčiní ani počítačovou klávesnici (k psaní), a to pravou ani levou rukou.
Část B	
Pojištění se vztahuje na poškození či ztrátu základních schopností pojištěného, a to nejméně tří z těchto schopností definovaných v této části B:	
Schopnost slyšet	Definitivní diagnóza trvalé a nevratné ztráty sluchu obou uší jako důsledek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena specializovaným lékařem ORL a doložena průměrnou sluchovou ztrátou více než 90 dB na kmitočtech 500, 1000 a 2000 Hz u méně postiženého ucha při vyšetření audiogramem.
Schopnost chodit	Pojištěný není schopen ujit vzdálenost větší než 200 metrů na vodorovném povrchu ani s pomůckami pro chůzi (např. chodítko, berle).
Schopnost pevného uchopení	Pojištěný není schopen znovu otevřít již dříve otevřenou lahev, a to pravou ani levou rukou.
Schopnost kleknout si nebo sehnout se	Pojištěný není schopen kleknout si nebo se sehnout, aby zvedl lehký předmět ze země a znovu se postavil či napřímil.
Schopnost hýbat rukama	Pojištěný není schopen obléknout si bez pomoci sako či bundu.
Schopnost zvedat a přenášet	Pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 2,5 kilogramů ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou paží.
Schopnost sednout si a vstát	Pojištěný není schopen si bez pomoci sednout na židli nebo z ní opět vstát.
Schopnost vyjít schody	Pojištěný není schopen vyjít 5 schodů nahoru a sejít 5 schodů dolů, a to ani s pomocí zábradlí nebo chodítka.

Datem pojistné události je den, ke kterému bylo odborným lékařem stanoveným pojišťovnou potvrzeno trvalé poškození základních schopností v rozsahu specifikovaném v části A, příp. tři ze základních schopností specifikovaných v části B této přílohy.

Připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou (SINB-K1R)

Připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou (INB1-K1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10
- Hrubý příjem – vymezení pojmu (čl. 2)

Článek 1

Jakým pojímům je třeba rozumět

Invalidita 1. stupně

Invaliditou 1. stupně ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním v 1. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %.

Invalidita 2. stupně

Invaliditou 2. stupně ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 2. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %.

Invalidita 3. stupně

Invaliditou 3. stupně ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 70 %.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí v případě připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif SINB-K1R) se rozumí:
 - smrt pojištěného,
 - vznik invalidity 3. stupně,
 - vznik invalidity 2. stupně,
 přičemž **za pojistnou událost se v rámci tohoto připojištění považuje vždy ta ze skutečností popsaná v písm. a), b) nebo c) tohoto odstavce, která nastane jako první v pořadí.**
- Pojistnou událostí v případě připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou (tarif INB1-K1R) se rozumí vznik invalidity 1. stupně.
- Datем pojistné události smrti pojištěného je den úmrtí pojištěného. Datем pojistné události invalidity pojištěného je den vzniku invalidity 1., 2. nebo 3. stupně podle posudku příslušného orgánu veřejné správy podle předpisů o důchodovém pojištění.
- Ve zvláštních případech uvedených v článku 4 těchto ZPP může být datем pojistné události invalidity den, ke kterému pojišťovna přizná vznik invalidity 1., 2. nebo 3. stupně.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události:
 - smrti vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky k datu této pojistné události;
 - invalidity 3. stupně vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky k datu této pojistné události;
 - invalidity 2. stupně vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky v pojistné smlouvě k datu této pojistné události;
 - invalidity 1. stupně vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky v pojistné smlouvě k datu této pojistné události;
 Způsob klesání sjednané pojistné částky, od kterého se odvíjí aktuální hodnota pojistné částky v každém pojistném roce, je popsán v následujícím odstavci tohoto článku.
- Sjednaná pojistná částka se snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhleno na celé roky

nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

Článek 4

Jak se posuzuje invalidita ve zvláštních případech

- Není-li z objektivních důvodů možné předložit posudek příslušného orgánu veřejné správy o přiznání invalidity** a jejím rozsahu (nikoli však z důvodu nepřiznání invalidity posudkovým lékařem příslušného správního orgánu sociálního zabezpečení), provádí posouzení vzniku invalidity dle čl. 1 těchto ZPP pojišťovna na základě předložené lékařské dokumentace a posudku svého odborného lékaře. Datем pojistné události je v takovém případě stanoveno ke dni, k němuž pojišťovna ukončí šetření pojistné události.
- Výhrada posuzování při změně právních předpisů:** Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání invalidity anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně invalidity provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k příslušnému datu. Pojišťovna a pojištěník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl změněn rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.
- Invalidita 1., 2. nebo 3. stupně dle článku 1 se považuje za prokázanou, pokud pokles pracovní schopnosti posudkem potvrdí příslušný orgán veřejné správy** ve smyslu právních předpisů, které byly platné a účinné k datu uzavření pojistné smlouvy.
- Nad rámec vymezení pojistné události invalidity a jejího prokazování v těchto ZPP se pojišťovna zavazuje, že bude-li u pojištěného doložena diagnóza, která je výslovně uvedena v Příloze A: „Diagnózy rozhodující pro přiznání plnění za invaliditu 1., 2. a 3. stupně“, která je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz, považuje se definice invalidity za splněnou v příslušném stupni podle Přílohy A. V těchto případech posuzuje a potvrdí danou diagnózu a příslušný stupeň invalidity výhradně lékař určený pojišťovnou.
- Je-li invalidita přiznána v důsledku více zdravotních příčin (diagnóz), přičemž některá z těchto zdravotních příčin byla v pojistné smlouvě vyloučena, pojišťovna pro účely posouzení rozsahu škodné události invalidity tuto příčinu nezohlední. To znamená, že od doloženého celkového poklesu pracovní schopnosti pojištěného, který se vyjadřuje procentem, odečte procento poklesu pracovní schopnosti způsobené touto zdravotní příčinou (diagnózou). Pro uvedený odpočet a stanovení výsledného poklesu pracovní schopnosti vyjde pojišťovna z posudku vydaného příslušným orgánem veřejné správy, příp. z posudku lékaře určeného pojišťovnou.

Článek 5

Jaká jsou maxima pojistného plnění

- Výše pojistné částky pro připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou musí být sjednána tak, aby nepřekročila maximální pojistnou částku ve smyslu tohoto článku, a to ani při případné změně pojištění. Jestliže v době pojistné události **pojistná částka přesáhne maximální pojistnou částku, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění až do výše rozdílu** mezi sjednanou pojistnou částkou a maximální pojistnou částkou odpovídající skutečnému hrubému příjmu pojištěného ve smyslu Přílohy 1 těchto ZPP a rovněž stejným způsobem snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě.
- Maximální pojistnou částkou** se pro účely připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou rozumí **limit uvedený v tabulce** v Příloze 1 těchto ZPP, který je stanoven na základě hrubého měsíčního příjmu pojištěného. O výši minimálního hrubého příjmu odpovídající sjednané pojistné částce pro připojištění invalidity 1. stupně je pojištěník/pojištěný informován v modelaci pojištění.
- Pokud při sjednávání pojistné smlouvy nebo při její změně pojištěný doloží příjmy v rámci provádění oceňování finančního rizika pojišťovnou (např. doložení finančního dotazníku pojištěným, potvrzení příjmů zaměstnavatelem, kopie smlouvy o úvěru apod.) a ta na základě individuálního posouzení schválí maximální

pojistnou částku, která se odlišuje od limitů uvedených Příloze 1, je rozhodující maximální pojistná částka stanovená pojišťovnou. Způsob a rozsah oceňování finančního rizika pojištěného určuje výhradně pojišťovna.

Článek 6

Co může způsobit snížení pojistné částky

1. Dojde-li ke vzniku **pojistné události z připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou** (tarifu INB1-K1R), pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje pojistná částka připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou** (tarifu SINB-K1R) o výši vyplaceného pojistného plnění z připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou.
2. Pokud by automatické snížení podle předchozího odstavce znamenalo výslednou nulovou hodnotu pojistné částky, zanikne připojištění (tarif SINB-K1R) automaticky k datu příslušné pojistné události.
3. Ke snížení pojistné částky ze strany pojišťovny může dojít taktéž v případě vymezeném v odst. 1 předchozího článku.



Příklad 1: Obě připojištění jsou sjednána na stejnou pojistnou částku 3 000 000 Kč. Následně dojde ke vzniku invalidity 1. stupně a je vyplacena částka 3 000 000 Kč → Obě připojištění výplatou zanikají.

Příklad 2: Jsou sjednány různé pojistné částky: pro připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou 3 000 000 Kč, pro připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou 1 000 000 Kč. Následně dojde ke vzniku invalidity 1. stupně a je vyplacena částka 1 000 000 Kč → připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou pokračuje se sníženou pojistnou částkou 2 000 000 Kč (původní 3 000 000 Kč – výplata 1 000 000 Kč).

Článek 7

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají datem vzniku pojistné události.
2. V případě připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif SINB-K1R), ve kterém je definováno více pojistných událostí, **zaniká celé připojištění dnem vzniku první pojistné události**.
3. Dojde-li ke vzniku **pojistné události z připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou**, **zaniká automaticky** k datu této pojistné události **také připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou** (tarif INB1-K1R).
4. Připojištění smrti nebo invalidity 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou rovněž zaniká při snížení pojistné částky na nulovou hodnotu dle čl. 6, odst. 2 těchto ZPP.

Článek 8

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Příloha 1: Maximální pojistné částky pro připojištění invalidity 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou v závislosti na hrubém příjmu pojištěného

K datu počátku tohoto připojištění musí hrubý příjem pojištěného odpovídat sjednané pojistné částce, resp. limitům uvedeným v této příloze. Pojem „hrubý měsíční příjem“ je definován ve VPP, v čl. 2. Pojem „pojistná částka“ se v této příloze rozumí i případný součet pojistných částek tarifů INB1-K1R, INV1-K1R, INV1-P1R, jsou-li pro pojištěného sjednány. Dojde-li v průběhu trvání připojištění k poklesu hrubého měsíčního příjmu o více než 30 %, je nutné tuto skutečnost oznámit pojišťovně, aby mohla být případně upravena aktuální pojistná částka v závislosti na aktuálním hrubém příjmu. Uvedená povinnost neplatí, pokud je sjednána pojistná částka 4 000 000 Kč nebo nižší.

Pro pojistnou částku maximálně	Minimální hrubý příjem v Kč	Pro pojistnou částku maximálně	Minimální hrubý příjem v Kč
4 000 000	nezkoumá se	5 600 000	136 000
4 100 000	100 000	5 700 000	139 000
4 200 000	102 000	5 800 000	141 000
4 300 000	105 000	5 900 000	144 000
4 400 000	107 000	6 000 000	146 000
4 500 000	109 000	6 100 000	148 000
4 600 000	112 000	6 200 000	151 000
4 700 000	114 000	6 300 000	153 000
4 800 000	117 000	6 400 000	156 000
4 900 000	119 000	6 500 000	158 000
5 000 000	122 000	6 600 000	161 000
5 100 000	124 000	6 700 000	163 000
5 200 000	126 000	6 800 000	166 000
5 300 000	129 000	6 900 000	168 000
5 400 000	131 000	7 000 000	170 000
5 500 000	134 000		

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění závažných onemocnění a jejich následků s opakovaným plněním (tarif ZORO-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění nebo některého ze závažných zdravotních následků uvedených v Příloze 2 těchto ZPP (dále jen Příloha 2) za života pojištěného. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta pojistné částky, které odpovídá diagnóze závažného onemocnění nebo závažného zdravotního následku v rozsahu podle Přílohy 2.
2. Příloha 2 vymezuje tato závažná onemocnění a zdravotní následky a má pět částí:
 - a) Rakovina
 - b) Mrtvice
 - c) Roztroušená skleróza
 - d) Srdeční infarkt
 - e) Závažné zdravotní následky
3. Za pojistné události z každé této části může být vyplaceno pojistné plnění až 100 % pojistné částky, a to buď postupně během trvání připojištění, anebo najednou za jednu pojistnou událost. Dohromady může pojišťovna během trvání připojištění vyplatit až pětinašobek (500 %) pojistné částky.
4. Po výplatě pojistného plnění zůstává zachována výše pojistné částky i pojistného.
5. Speciální ujednání pro případ mrtvice a rakoviny (odst. 2 písm. a), b) tohoto článku):
 - Pokud nastane stejné onemocnění (mrtvice nebo rakovina) opakovaně a dosud za něj pojišťovna vyplatila částečné pojistné plnění nižší než 100 % (12,5 % nebo 25 %), vyplácí pojistné plnění znovu pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah daného onemocnění.
 - U rakoviny platí oproti předchozímu odstavci tato výjimka: Pokud by se jednalo o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí, a odpovídala by definici pojistné události, vyplácí pojišťovna pojistné plnění, i pokud její rozsah bude stejný nebo nižší než rozsah rakoviny předchozí. I v tomto případě však platí maximální pojistné plnění 100 % pojistné částky pro onemocnění rakovinou za celou dobu trvání připojištění.



Příklad:

Klientka si sjednala toto připojištění s opakovaným plněním na pojistnou částku 1 000 000 Kč. Klientce je následně diagnostikována rakovina prsu in situ, která odpovídá vymezení rakoviny mírného rozsahu a je za ni vyplaceno 250 000 Kč (25 % z 1 000 000 Kč). Připojištění pokračuje dále se stejnou pojistnou částkou.

Za pár let je klientce diagnostikována opět rakovina, ovšem tentokrát jde o maligní melanom stádia IA, který opět odpovídá vymezení rakoviny mírného rozsahu. Klientce je vyplaceno opět 250 000 Kč (25 % z 1 000 000 Kč). Připojištění pokračuje dále se stejnou pojistnou částkou.

Dohromady tedy bylo klientce vyplaceno 500 000 Kč. V budoucnu může být za pojistnou událost rakoviny vyplaceno ještě 500 000 Kč (může být ještě vyplacena částka 1 000 000 Kč minus již vyplacených 500 000 Kč).

- Je-li vyplaceno pojistné plnění za rakovinu závažného rozsahu, je pojistné krytí pro případ mrtvice omezeno. Za případnou diagnózu mrtvice bude pojistné plnění poskytnuto, jen pokud nastane po uplynutí jednoho roku od ukončení léčby anebo po uplynutí dvou let od stanovení diagnózy rakoviny závažného rozsahu (podle toho, která lhůta uplyne dříve).
- 6. Speciální ujednání pro závažné zdravotní následky (odst. 2 písm. e) tohoto článku):
 - Pokud jedna příčina způsobí více závažných zdravotních následků, které odpovídají definici uvedené v Příloze 2, pak pojišťovna vyplatí pojistné plnění za všechny tyto zdravotní následky. I v tomto případě však platí maximální pojistné plnění 100 % z jedné části (tj. za všechny závažné zdravotní následky) po celou dobu trvání připojištění.



Příklad dvou pojistných událostí na základě jedné příčiny:

- Autonehoda s následkem ochrnutí obou nohou → odpovídá závažnému zdravotnímu následku ztráty schopnosti používat nohy (50 %) i ochrnutí dvou končetin (50 %).
- Za následky autonehody bude vyplaceno 100 % pojistné částky.
- Připojištění pokračuje se stejnou pojistnou částkou a jsou v něm nadále zahrnuty diagnózy rakoviny, mrtvice, roztroušené sklerózy a srdečního infarktu.

- Pokud bude jako škodní událost nahlášen závažný zdravotní následek způsobený některým z onemocnění vyjmenovaných v odst. 2 písm. a), b), c), d) tohoto článku (tj. rakovinou, mrtvicí, roztroušenou sklerózou nebo srdečním infarktem), bude přednostně vyplaceno pojistné plnění za toto onemocnění, tedy za tuto pojistnou událost, která vznikla jako první a předcházela závažnému zdravotnímu následku.
- Rozsah zahrnutých závažných zdravotních následků může být po výplatě 100 % pojistného plnění za onemocnění vyjmenovanou v odst. 2 písm. a), b), c), d) tohoto článku (tj. za rakovinu, mrtvicí, roztroušenou sklerózu nebo srdeční infarkt) omezen. Toto případné omezení je vždy uvedeno u příslušné části Přílohy 2 v vymezení těchto čtyř onemocnění, a to vždy v oddíle nazvaném Souvislosti.
- Výplata pojistného plnění z části „závažné zdravotní následky“ naopak nemá vliv na nároky plynoucí z ostatních částí týkajících se vymezení diagnóz (rakoviny, mrtvice, roztroušené sklerózy, srdečního infarktu).



Příklad:

Klientka si sjednala toto připojištění s opakovaným plněním na pojistnou částku 1 000 000 Kč. Následně je jí diagnostikována mikroinvasivní karcinom děložního čípku. Pojišťovna vyplatí za tuto diagnózu 250 000 Kč (25 % z 1 000 000 Kč). Klientka je vyléčena, připojištění pokračuje se stejnou pojistnou částkou.

Po několika letech je u klientky zjištěna roztroušená skleróza. Jde zatím jen o lehčí obtíže, které odpovídají stupni 2,0 na 10bodové škále, kterou se toto onemocnění hodnotí.

Pojišťovna za tuto diagnózu vyplatí 1 000 000 Kč (100 % z 1 000 000 Kč). Připojištění pokračuje dál se stejnou pojistnou částkou.

→ **Celkově je klientce vyplaceno 1 250 000 Kč. V připojištění je nadále zahrnuto:**

- **Mrtvice** s pojistnou částkou **1 000 000 Kč,**
- **Srdeční infarkt** s pojistnou částkou na **1 000 000 Kč,**
- **Rakovina** s pojistnou částkou **do 750 000 Kč** (250 000 Kč již bylo vyplaceno),
- **Závažné zdravotní následky na 1 000 000 Kč** – ovšem s výjimkou ochrnutí a ztráty mobility v důsledku roztroušené sklerózy, jak je uvedeno v oddíle Souvislosti v Příloze 2.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. Maximální hodnota pojistného plnění z každé části uvedené v čl. 2 odst. 2 písm. a) až e) těchto ZPP představuje 100 % za každou tuto část. Tato maximální hodnota platí pro celou dobu trvání připojištění.
2. Hodnota pojistného plnění za celou dobu trvání připojištění může dosáhnout maximálně 500 % sjednané pojistné částky.

Zjednodušené schéma maximálního pojistného plnění z jednotlivých částí připojištění.

100 %

Rakovina

- Velmi mírný rozsah 12,5 %
- Mírný rozsah 25 %
- Střední nebo vážný rozsah 100 %

100 %

Mrtvice

- Mírný rozsah 25 %
- Střední nebo vážný rozsah 100 %

100 %

Roztroušená skleróza

- Mírný rozsah 25 %
- Střední nebo vážný rozsah 100 %

100 %

Srdeční infarkt

- Jakýkoli rozsah 100 %

100 %

Závažné zdravotní následky

- 25 %, 50 % nebo 100 % (podle vymezení v Příloze 2)

Z každé části připojištění může být za celou dobu trvání vyplaceno až 100 % pojistné částky, dohromady tedy až 500 %.

Článek 4**Omezení změn po výplatě pojistného plnění**

1. Pokud během doby trvání připojištění dojde k výplatě pojistného plnění, nebude již možné provádět navýšení pojistné částky. Výjimkou jsou případy inflačního navýšování, které je i po výplatě pojistného plnění dovoleno.
2. Pokud vlivem inflačního navýšování (ve smyslu VPP, čl. 15) dojde ke zvýšení pojistné částky, je pojistné plnění vypočteno příslušným procentem z aktuálně platné pojistné částky. Pro hodnotu maximálního pojistného plnění popsaného v článku 3 těchto ZPP se pak rozumí 100 % pojistné částky platné ke dni poslední pojistné události, která je příčinou dosažení tohoto limitu.

Článek 5**Jaký je možný důvod zániku připojištění**

Připojištění zanikne kromě způsobů uvedených ve VPP také k datu pojistné události, za níž bude vyplaceno pojistné plnění, jehož výplatou bude dosaženo hranice maximální možné výplaty za celou dobu trvání připojištění, tedy pětinasobku pojistné částky (500 %).

Článek 6**Od kdy tyto ZPP platí**

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Příloha 1 – Procento plnění dle rozsahu diagnózy**Přehled procent pro připojištění závažných onemocnění a jejich následků s opakovaným plněním (tarif ZORO-P1R)**

Charakter onemocnění	Max. plnění	Odpovídající procento pojistného plnění z pojistné částky podle rozsahu		
Rakovina	100 %	Velmi mírný rozsah 12,5 %	Mírný rozsah 25 %	Střední až vážný rozsah 100 %
Mrtvice	100 %	Mírný rozsah 25 %		Střední až vážný rozsah 100 %
Roztroušená skleróza	100 %	Mírný rozsah 25 %		Střední až vážný rozsah 100 %
Srdeční infarkt	100 %	100 %		
Závažné zdravotní následky: • Ztráta sluchu a slepota • Rizikové operace • Následky selhávání orgánů • Ochrnutí a amputace končetin • Omezení mobility	100 %	Slepota na jedno oko Koronární bypass Ztráta schopnosti řídit automobil 25 %	Silná slabozrakost Vážná ztráta sluchu Nezhoubný nitrolební nádor Operace srdeční chlopně nebo aorty Trvalá stomie (urostomie, ileostomie, kolostomie, tracheostomie) Ochrnutí či amputace 1 nebo 2 končetin Ztráta schopnosti používat ruce nebo nohy 50 %	Slepota Hluchota Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřeně či kompozitní tkáně Konečné stádium onemocnění ledvin Ochrnutí nebo amputace 3-4 končetin Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti 100 %

Přesné definice jednotlivých diagnóz a závažných zdravotních následků a vymezení velmi mírného, mírného, středního a vážného rozsahu pro příslušná onemocnění a pro příslušné závažné zdravotní následky včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v Příloze 2.

Příloha 2: Definice diagnóz pro připojištění závažných onemocnění a jejich následků s opakovaným plněním (tarif ZORO-P1R)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invaze do tkáně.

Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná premaligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (velmi mírný, mírný, střední nebo vážný rozsah).

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován následovně:

Rakovina velmi mírného rozsahu – 12,5 % pojistné částky

- rakovina in situ – všech lokací kromě kůže;
- melanom in situ – pokud nepostačuje chirurgická léčba a je nutná radioterapie nebo chemoterapie;
- rané stádium rakoviny štítné žlázy klasifikované jako T1NOMO (menší než 1 cm v průměru) v TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže).

Rakovina mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

- polycythemia rubra vera;
- esenciální trombocytémie;
- mikroinvasivní karcinom prsu (histologicky klasifikovaný jako T1mic);
- mikroinvasivní karcinom děložního čípku (histologicky klasifikovaný jako stupeň IA1);
- rakovina prostaty histologicky klasifikovaná dle Gleason skóre méně než 6 nebo dle TNM klasifikace T1NOMO (viz vysvětlení v rámečku níže);
- maligní melanom stupně IA (T1aNOMO);
- chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- papilární mikrokarcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;
- kožní lymfom léčený chemoterapií nebo radiací.

Rakovina středního nebo vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Rakovina středního rozsahu

- jakýkoliv druh rakoviny, který je klasifikovaný v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako T1, bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a bez vzdálených metastáz (M0) nebo který odpovídá stádiu I v ekvivalentní klasifikaci. Vymezení rakoviny středního rozsahu uvedené v předchozí větě platí, pokud daná diagnóza není výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného nebo velmi mírného rozsahu dle těchto ZPP nebo pokud není výslovně vyloučena;
- myelodysplastický syndrom;
- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom – stadium IA v Cotswolds-modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina vážného rozsahu

- všechny druhy rakoviny klasifikované v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako fáze T2, T3 a T4 nebo jako stádium II, III nebo IV v ekvivalentní klasifikaci;
- všechny druhy rakoviny klasifikované jako T1 v klinické TNM klasifikaci, při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1);
- jakákoli leukémie, není-li výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu;
- jakýkoli lymfom, není-li výslovně uveden v rámci definice rakoviny středního rozsahu nebo není-li výslovně vyloučen z plnění;
- všechny rakoviny prostaty histologicky klasifikované dle Gleason skóre 6 a více nebo podle TNM klasifikace ve stádiu vývoje přinejmenším T2NOMO;
- gastrointestinální stromální tumor (GIST) stádium III a IV podle AJCC Cancer Staging Manual (7. vydání, 2010).

Mrtvice

je smrt mozkové tkáně v důsledku akutní cévní mozkové příhody způsobené intrakraniální trombózou nebo krvácením (včetně krvácení subarachnoidálního), nebo embolií z extrakraniálního (mimolebečního) přítoku, přičemž musí být splněny obě následující podmínky:

- akutní nástup nových neurologických příznaků;
- nový objektivní neurologický deficit dle klinického vyšetření.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední, nebo vážný následovně:

Datem pojistné události rakoviny jakéhokoli rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny v příslušném rozsahu odborným lékařem – onkologem nebo patologem – na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření prokazujícího vznik rakoviny ve smyslu těchto ZPP.

TNM klasifikace zhoubných novotvarů slouží k popisu rozsahu nádorů a stádia onemocnění. Tři písmena – TNM – označují vždy jejich rozsah v místě primárního nádoru (T), v oblasti spádových lymfatických uzlin (N) a v místech metastatického postižení (M).

• **T:** znak za „T“ vyjadřuje velikost nádoru a jeho vztah k okolním strukturám (čím vyšší číslce, tím větší rozsah nádoru, někdy je použito podrobnější členění, např. T1a, T1b apod.; Tis = nádor in situ).

• **N:** číslce za „N“ vyjadřuje přítomnost (N1) či nepřítomnost (N0) metastáz v lymfatických uzlinách.

• **M:** číslce za „M“ vyjadřuje přítomnost (M1) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz.



Co je dobré vědět:

Ne pro všechny typy rakovin se TNM klasifikace používá, protože ne všechny vytvářejí novotvary (např. rakovina krve). Proto v definicích uvádíme ekvivalentní klasifikaci podle stádií I až IV nebo jiné typy všeobecně používané klasifikace.

Za rakovinu se nepovažuje:

- monoklonální gamapatie nejasného významu (benigní monoklonální gamapatie);
- jakýkoli nádor histologicky klasifikovaný jako premaligní, neinvazivní (včetně tzv. lobulární neoplasie prsu, dysplasie děložního čípku CIN-1, CIN-2, CIN-3), není-li výše výslovně uvedeno, že je takový nádor zahrnut v připojištění;
- žaludeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) *Helicobacter*;
- bazocelulární karcinom a spinocelulární karcinom kůže;
- melanom in situ a kožní lymfom, které jsou léčeny pouze chirurgicky.

Souvislosti

Výplatou 100 % pojistné částky za rakovinu je vyčerpána maximální pojistná ochrana pro diagnózu rakoviny. Rakovina dále není zahrnuta v tomto připojištění. Po výplatě celkových 100 % za diagnózu nebo diagnózy rakoviny nebudou nadále zahrnuty v připojištění tyto závažné zdravotní následky a komplikace související s rakovinou:

- Trvalé stomie (trvalá urostomie, trvalá ileostomie, trvalá kolostomie, trvalá tracheostomie), která je provedena v souvislosti s jakýmkoli onkologickým onemocněním.
- Amputace jedné nebo více končetin, která je provedena v souvislosti s jakýmkoli onkologickým onemocněním.
- Transplantace kostní dřeně v souvislosti s jakýmkoli onkologickým onemocněním.
- Mrtvice, která vznikne do 1 roku od ukončení léčby rakoviny, pokud šlo o rakovinu vážného rozsahu; zároveň však nejde do 2 let od stanovení definitivní diagnózy rakoviny vážného rozsahu.

Na pojistnou ochranu týkající se ostatních závažných onemocnění a ostatních závažných zdravotních následků nemá výplata maximálního plnění za onemocnění rakovinou vliv.

Mrtvice mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií bez jakéhokoli neurologického deficitu 3 měsíce po prodělání akutní cévní mozkové příhody.

Mrtvice středního a vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií s jakýmkoli neurologickým deficitem přetrvávajícím 3 měsíce po stanovení diagnózy nebo i během těchto 3 měsíců, pokud je jakýkoli trvalý neurologický deficit definitivně lékařsky potvrzen dříve.

Datem pojistné události mrtvice jakéhokoli rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza mrtvice v příslušném rozsahu odborným lékařem – neurologem.

Za mrtvici se nepovažuje:

- tranzitorní ischemická ataka (TIA)
- traumatická poranění mozkové tkáně nebo krevních cév;
- neurologické deficity v důsledku celkové hypoxie, infekce, zánětlivého onemocnění, migrény nebo lékařského zákroku;
- náhodný nález (např. na CT nebo MRI – magnetické rezonanci), aniž by se vyskytly jednoznačné klinické příznaky (tichá mrtvice);
- cévní onemocnění postihující sítnici, zrakový nerv a vestibulární systém.

Souvislosti

Výplatu 100 % pojistné částky za mrtvici je vyčerpána maximální pojistná ochrana pro diagnózu mrtvice. Mrtvice dále není zahrnuta v tomto připojištění. Po výplatě celkových 100 % za mrtvici nebudou nadále v připojištění zahrnuty tyto závažné zdravotní následky související s mrtvicí:

- Ochrnutí končetin v souvislosti s prodělanou mrtvicí,
- Omezení mobility – ztráta schopnosti řídit automobil, ztráta schopnosti používat ruce nebo nohy, ztráta schopnosti pohybu po domácnosti, pokud toto omezení nastalo v souvislosti s prodělanou mrtvicí jako pojistnou událostí;
- Operace srdeční chlopně

Na pojistnou ochranu týkající se ostatních závažných onemocnění a ostatních závažných zdravotních následků nemá výplata maximálního plnění za mrtvici vliv.

Roztroušená skleróza (a ALS)

Roztroušenou sklerózou se rozumí definitivní diagnóza roztroušené sklerózy, která musí být potvrzena v obou následujících kritériích:

- klinické poškození motorické nebo senzitivní funkce;
- magnetickou rezonancí (MRI) zobrazené nejméně dvě léze demyelinizace v mozku nebo míše charakteristické pro roztroušenou sklerózu.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední, nebo vážný následovně:

Roztroušená skleróza mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre méně než 2,0 v rozšířené stupnici EDSS (vysvětlení této zkratky najdete v rámečku dále).

Roztroušená skleróza středního a vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre minimálně 2,0 rozšířené stupnici EDSS, což představuje minimální postižení s lehkými obtížemi.

**Co je EDSS?**

- Jde o zkratku anglického výrazu Expanded Disability Status Scale, který lze volně přeložit jako rozšířenou stupnici stavu postižení.
- Tato stupnice se mezinárodně používá jako metoda pro vyjádření míry postižení nervového systému pacientů s roztroušenou sklerózou.
- Stupnice má rozpětí 0–10 a postupuje po intervalech vždy o 0,5 bodu. Každé hodnotě odpovídá popis obtíží spojených s tímto onemocněním.

Stejně pojistné plnění ve výši 100 % pojistné částky bude pojišťovnou vyplaceno i v případě definitivní diagnózy amyotroické laterální sklerózy (ALS), která je potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením, včetně elektromyografie (EMG) a magnetické rezonance (MRI) mozku a krční míchy.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy (nebo ALS) v příslušném rozsahu odborným lékařem – neurologem.

Za roztroušenou sklerózu se nepovažuje:

- podezření na roztroušenou sklerózu a neurologické či radiologické syndromy připomínající roztroušenou sklerózu, které však nejsou potvrzeny definitivní diagnózou roztroušené sklerózy;
- izolovaný zánět očního nervu, Devicův syndrom (neuromyelitis optica) bez následné diagnózy roztroušené sklerózy.

Souvislosti

Výplatu 100 % pojistné částky za roztroušenou sklerózu (nebo za ALS) je vyčerpána maximální pojistná ochrana pro diagnózu roztroušené sklerózy (nebo ALS). Roztroušená skleróza (nebo ALS) dále není zahrnuta v tomto připojištění. V případě, že již bylo za roztroušenou sklerózu (nebo za ALS) vyplaceno 100 % pojistné částky, nejsou již nadále kryty tyto závažné zdravotní následky:

- Omezení mobility jako následek roztroušené sklerózy,
- ochrnutí jako následek roztroušené sklerózy

Na pojistnou ochranu týkající se ostatních závažných onemocnění a ostatních závažných zdravotních následků nemá výplata maximálního plnění za onemocnění roztroušenou sklerózou vliv.

Srdeční infarkt**Srdeční infarkt – 100 % pojistné částky**

je smrt srdeční tkáně v důsledku dlouhodobé obstrukce průtoku krve (ischemie). Podle této definice o infarktu myokardu svědčí vzestup a/nebo pokles srdečních biomarkerů (troponinu nebo CKMB) na hodnoty odpovídající diagnóze infarktu myokardu spolu s nejméně dvěma z následujících kritérií:

- příznaky ischemie (např. bolest na hrudi);
- změny na elektrokardiogramu (EKG), prokazující vznik nové ischemie;
- vývoj patologických Q-vln na EKG.

Datem pojistné události srdečního infarktu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu infarktu myokardu odborným lékařem – kardiologem.

Za srdeční infarkt se nepovažuje:

- jakýkoli akutní koronární syndrom (stabilní/destabilní angina pectoris);
- zvýšení troponinu při absenci zjevné ischemické choroby srdeční, jak je uvedeno v definici infarktu myokardu podle ESC/ACCF/AHA/WHF (2007);
- infarkt myokardu v důsledku užívání drog;
- infarkt myokardu, ke kterému došlo během hospitalizace následující po bypassu nebo během 7 dní následujících po angioplastice;
- myokarditidy nebo srdeční endo-/perikarditidy.

Souvislosti

Výplatu 100 % pojistné částky za srdeční infarkt je vyčerpána maximální pojistná ochrana pro srdeční infarkt. Srdeční infarkt dále není zahrnut v tomto připojištění.

Pokud již bylo za srdeční infarkt vyplaceno 100 % pojistné částky, nejsou již nadále zahrnuty tyto závažné zdravotní následky:

- Srdeční bypass,
- omezení mobility – ztráta schopnosti řídit automobil, ztráta schopnosti používat ruce nebo nohy, ztráta schopnosti pohybu po domácnosti, pokud toto omezení nastalo v souvislosti s onemocněním oběhové soustavy.

Na pojistnou ochranu týkající se ostatních závažných onemocnění a ostatních závažných zdravotních následků nemá výplata maximálního plnění za srdeční infarkt vliv.

Závažné zdravotní následky

Výplata pojistného plnění z této části „závažné zdravotní následky“ nemá vliv na nároky plynoucí z ostatních částí týkající se vymezení diagnóz (rakoviny, mrtvice, roztroušené sklerózy, infarktu). Pokud je nahlášen závažný zdravotní následek, který byl způsoben rakovinou, mrtvicí, srdečním infarktem nebo roztroušenou sklerózou, je přednostně plněno za danou diagnózu, tedy za pojistnou událost, která nastala jako první.

Ztráta sluchu a slepota

Slepota na jedno oko – 25 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost – 50 % pojistné částky

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem. Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oka musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu – 50 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza trvalé, nevratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou otorinolaryngologie (ORL) a doložena průměrnou sluchovou ztrátou, sluchovým prahem 70–90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepota – 100 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem. Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota – 100 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou, sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Koronární bypass – 25 % pojistné částky

Operativní řešení zúžení nebo ucpaní jedné nebo více koronárních tepen transplantací bypassu. Zahnutý jsou srdeční operace s plnou sternotomií (tj. s vertikálním rozříznutím hrudní kosti) i miniinvasivní operační výkony (částečná sternotomie nebo torakotomie). Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky koronární angiografie.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění. **Pojistnou událostí není** angioplastika ani cévní výtzuha (stent).

Nezhoubný nitrolební nádor – 50 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku umístěného v lebeční klenbě a vznikajícího v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů.

Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- kompletní nebo částečné chirurgické odstranění,
- stereotaktická radiochirurgie,
- zevní radioterapie.

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku,
- nádory podvršky mozkového.

Operace srdeční chlopně – 50 % pojistné částky

Podstoupení operace vedoucí k náhradě nebo nápravě jedné nebo více srdečních chlopní. Operací srdeční chlopně se rozumí tyto výkony:

- náhrada nebo náprava srdeční chlopně při plné sternotomii (vertikální rozříznutí hrudní kosti), částečné sternotomii nebo torakotomii;
- Rossova operace;
- katetrová valvuloplastika;
- katetrová náhrada srdeční chlopně (TAVI – Transcatheter aortic valve implantation).

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

Implementace mitrálního klipu – zavedení cévky do místa nedovírání mitrální chlopně.

Operace aorty – 50 % pojistné částky

Podstoupení operace vedoucí k léčení zúžení, ucpaní, rozšíření (aneurysma) nebo disekce aorty. Zahnutý pod touto definicí jsou i miniinvasivní výkony jako endovaskulární oprava.

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- operace jakýchkoli větvi hrudní nebo břišní aorty (včetně aortofemorálního nebo aortoiliackého bypassu);
- operace aorty v souvislosti s dědičným postižením pojivové tkáně (např. Marfanův syndrom, Ehlersův-Danlosův syndrom).

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřeně a kompoziční tkáně – 100 % pojistné částky

Podstoupení transplantace nebo zařazení na čekací listinu na transplantaci jednoho nebo více z níže vyjmenovaných:

- srdce,
- ledviny,
- játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce),
- plíce (včetně přijetí plicního laloku od živého dárce nebo transplantace jedné plíce),
- kostní dřeň (alogenní či autologní transplantace hematopoetických kmenových buněk při kritickém útlumu krvetvorby z jakékoliv příčiny),
- tenké střevo,
- slinivka břišní.

Částečná nebo úplná transplantace obličeje, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je den, kdy je pojištěný zařazen na oficiální čekací listinu na transplantaci spravovanou Koordinačním střediskem transplantací (KST). Operace musí být provedena na území České republiky, případné zařazení na čekací listinu na transplantaci se musí týkat plánované operace v České republice. Případné odchylky od předchozí věty (transplantace v zahraničí) musí být předem písemně odsouhlaseny pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže);
- transplantace jiných buněk (včetně oestrůvkových buněk a kmenových buněk jiných než hematopoetických).

Následky selhávání orgánů

Trvalá kolostomie – 50 % pojistné částky

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomií se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střešní obsah (stolicí) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně. Kolostomie musí být plánována jako trvalá kolostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena po dobu minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena lékařem, který kolostomii provedl – specialistou v oboru gastroenterologie a/nebo viscerální chirurgie. Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá kolostomie odborným lékařem – gastroenterologem a/nebo viscerálním chirurgem.

Pojistnou událostí není kolostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru gastroenterologie a/nebo viscerální chirurgie o trvalé kolostomii.

Trvalá ileostomie – 50 % pojistné částky

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomií se rozumí umělé vyústění konce tenkého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střešní obsah (stolicí) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně. Ileostomie musí být plánována jako trvalá ileostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena po dobu minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena lékařem, který ileostomii provedl – specialistou v oboru gastroenterologie a/nebo viscerální chirurgie. Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá ileostomie odborným lékařem – gastroenterologem a/nebo viscerálním chirurgem.

Pojistnou událostí není ileostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru gastroenterologie a/nebo viscerální chirurgie o trvalé ileostomii.

Trvalá urostomie – 50 % pojistné částky

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit trvalou urostomii spojující močovod s oddělenou částí tenkého střeva tak, že k odvodu moči dochází prostřednictvím vývodu (stoma) skrze břišní stěnu. Vývodem je moč odváděna do sběrného sáčku připevněného k břišní stěně. Urostomie musí být plánována jako trvalá urostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé urostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem, který urostomii provedl – specialistou v oboru urologie a/nebo chirurgem. Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá urostomie odborným lékařem – urologem a/nebo chirurgem.

Pojistnou událostí není urostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru urologie a/nebo chirurgie o trvalé urostomii.

Trvalá tracheostomie – 50 % pojistné částky

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny nebo vytvoření otvoru průdušnice, a to za účelem umožnit pojištěnému dýchat bez využití nosu nebo úst. Tracheostomie musí být plánována jako trvalá tracheostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena po dobu minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé tracheostomie musí být potvrzena lékařem, který tracheostomii provedl – specialistou v oboru ORL a/nebo viscerální chirurgie. Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá tracheostomie odborným lékařem – ORL specialistou a/nebo viscerálním chirurgem.

Pojistnou událostí není tracheostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru ORL a/nebo viscerální chirurgie o trvalé tracheostomii.

Konečné stádium onemocnění ledvin – 100 % pojistné částky

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Ochrnutí a amputace

Amputace jedné nebo dvou končetin – 50 % pojistné částky

Definitivní diagnóza kompletního snesení jedné končetiny nebo dvou nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí jedné nebo dvou končetin – 50 % pojistné částky

Trvalá a úplná paralýza jedné nebo dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů. Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace tří nebo čtyř končetin – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza kompletního snesení minimálně tří končetin, nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin – 100 % pojistné částky

Trvalá a úplná paralýza minimálně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů. Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Omezení mobility

Ztráta schopnosti řídit automobil – 25 % pojistné částky

Za ztrátu schopnosti řídit automobil se považuje trvalá a úplná ztráta zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo v důsledku úrazu nebo onemocnění, ke kterému došlo v době trvání připojištění. Nemoc, vada nebo stav vylučující uvedenou zdravotní způsobilost musí být jednoznačně, objektivně zjištělné a měřitelné všeobecně uznávanými lékařskými metodami. Konkrétní příčiny ztráty schopnosti řídit automobil, které jsou pro uznání pojistné události považovány za jednoznačné, jsou uvedeny v tabulce „Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil“. Došlo-li ke ztrátě schopnosti řídit automobil z důvodu, který není uveden v této tabulce, posuzuje zdravotní způsobilost pojištěného pojišťovna, přičemž jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, účinnou k datu účinnosti těchto ZPP (dále jen „příslušný právní předpis“). Ztráta schopnosti řídit automobil se prokazuje lékařským posudkem potvrzujícím zdravotní důvody ztráty způsobilosti včetně lékařské dokumentace dokládající konkrétní diagnózu, která ztrátu této schopnosti způsobila. V případě, že pojištěný byl držitelem řidičského oprávnění, pak se ztráta schopnosti řídit automobil dokládá také rozhodnutím správního orgánu o odnětí řidičského oprávnění. Pojišťovna je oprávněna přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivitativy zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řidičského oprávnění. Datem pojistné události je datum vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty způsobilosti řídit automobil, pokud jsou splněny a doloženy také všechny ostatní podmínky vyplývající z definice pojistné události.

Pojistnou událostí není:

- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku užití nebo užívání alkoholu nebo jiných návykových či psychotropních látek nebo léčiv;
- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku jakékoli psychiatrické diagnózy či poruchy chování či jakékoli příčiny duševního charakteru;
- ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovní-právní činnosti;
- stav, kdy pojištěný je „zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla s podmínkou“ ve smyslu příslušného právního předpisu (podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby);
- ztráta schopnosti řídit automobil v případech, kdy pojištěný nevyužil všech dostupných a všeobecně lékařsky uznávaných možností pro odstranění zdravotního problému (např. podstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil;
- ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmkoli subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačné měřitelné diagnózy.

Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil

Zrak	
1	Binokulární zraková ostrost menší než 0,5 při použití obou očí, a to i za použití korektivních čoček (příčemž nitrooční čočky se nepovažují za korektivní čočky).
2	Zraková ostrost menší než 0,5 při úplné funkční ztrátě zraku na druhém oku nebo v případě používání pouze jednoho oka, například v případě diplopie, a to i za použití korektivních čoček.
3	Úplná funkční ztráta zraku na jednom oku nebo při používání pouze jednoho oka, pokud tento stav trvá méně než 6 měsíců.
4	Rozsah horizontálního zorného pole obou očí menší než 120 stupňů, monokulární rozsah menší než 50 stupňů na levou a pravou stranu, rozsah vertikálního zorného pole menší než 20 stupňů směrem nahoru a dolů.
5	Změny v centrálním zorném poli do 20 stupňů.
6	Nesnášenlivost korektivních čoček, pokud jsou k dosažení zrakové ostrosti nezbytné.
Svalová a kosterní soustava a pojivová tkáň	
7	Nemoci, vady nebo stavy, které snižují pohyblivost a funkční schopnost řídit motorové vozidlo, přičemž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
8	Nemoci, vady nebo stavy, pokud lze předpokládat při dalším vývoji funkční neschopnost ovlivňující bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, přičemž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
Oběhová soustava	
9	Vážné srdeční arytmie (poruchy srdečního rytmu).
10	Stenokardie během klidu nebo psychického zatížení (vzrušení).
11	Srdeční selhávání ve funkční třídě IV. NYHA klasifikace bez indikace k transplantaci srdce.
12	Těžké formy chronické obstrukční plicní nemoci s globální respirační nedostatečností.
Diabetes mellitus	
13	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie, kterou pojištěný nezavinil porušením léčby a k jejímuž zvládnutí je třeba pomoci další osoby.
14	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie, a to bez varovných příznaků nebo s příznaky, které si pojištěný neuvědomuje.
15	Stav do 12 měsíců po první hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby.
16	Diabetes mellitus doprovázený orgánovými komplikacemi.
Nervová soustava	
17	Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců; epilepsii se rozumí dva nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u posuzované osoby v odstupu nejvýše 5 let.
18	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců.
19	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 6 měsíců.
20	Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je pravděpodobné.
21	Záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například nekompenzovaná narkolepsie nebo kataplexie.

Poznámka:

Uvedený výčet objektivních příčin ztráty schopnosti řídit automobil není konečný. Jestliže dojde ke ztrátě schopnosti řídit automobil z jiných než v této tabulce vymezených příčin, je posouzení dané škodné události (zdravotní způsobilosti pojištěného a příčiny, která musí být jednoznačná, objektivní a měřitelná) zcela v kompetenci pojišťovny. Příčemž ta jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, účinnou k datu účinnosti těchto ZPP.

Ztráta schopnosti používat ruce – 50 % pojistné částky

Za ztrátu schopnosti používat ruce se považuje trvalá ztráta této schopnosti, která je charakterizována těmito dvěma podmínkami:

- pojištěný není schopen zvednout ani jednu svou paži do úrovně ramen a současně
- pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 5 kg ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou rukou.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců, nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav (nikoli však o terminální stav).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti používat nohy – 50 % pojistné částky

Za ztrátu schopnosti používat nohy se považuje stav, kdy pojištěný ztratí trvale schopnost užívání nohou v případě, že není schopen bez cizí pomoci:

- ujit alespoň 200 metrů po rovném terénu, nebo
- vyjit alespoň 5 schodů nahoru a současně sejít alespoň 5 schodů dolů.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců, nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný

zdravotní stav (nikoli však o terminální stav), který je předpokládán pro dalších nejmeně 12 měsíců.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti – 100 % pojistné částky

Pojištěný ztratí trvale schopnost pohybu v domácnosti a k zajištění základních životních potřeb je nutná asistence jiné osoby.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav (nikoli však o terminální stav), který je předpokládán pro dalších nejmeně 12 měsíců.

Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy pojištěný zvládá samostatný pohyb v domácnosti i bez asistence jiné osoby, např. v uzpůsobených podmínkách za pomoci berlí.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Připojištění závažných onemocnění Z04 (tarif ZON4-P1R)**Rozšířené připojištění závažných onemocnění Z04 (tarif ZOR4-P1R)****Připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou (tarif ZON4-K1R)****Úvodní ustanovení**

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1**V jakém případě se vyplácí pojistné plnění**

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v Příloze 2 těchto ZPP za života pojištěného. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2**Jak se určí pojistné plnění**

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky platné k datu pojistné události, které odpovídá diagnóze v rozsahu podle Přílohy 2.
2. V případě připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou se příslušné procento stanovuje z aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 3 tohoto článku.
3. V případě připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o 1/n (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.

**Příklad:**

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

4. Vyplatí-li pojišťovna celou pojistnou částku (100 %) připojištění závažných onemocnění Z04 (z tarifu ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R) nebo celou pojistnou částku (100 %) připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou, dané připojištění zaniká k datu této pojistné události.
5. Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojišťovna **částečné pojistné plnění** ve výši 12,5 %, 25 % nebo 50 % ve smyslu Přílohy 2 těchto ZPP (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, pak toto připojištění **nezaniká, ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného pojistného plnění**. V případě připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou se pojistná částka i po tomto snížení (resp. po této změně pojistné částky) nadále snižuje ke každému výročí způsobem popsaným v čl. 2 těchto ZPP.
6. Pokud nastane stejná diagnóza opakovaně, pojišťovna vyplatí pojistné plnění z pojistné částky ve smyslu odst. 5 tohoto článku pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah daného onemocnění.

7. Pokud dojde k opakovanému výskytu diagnózy rakoviny a jedná se o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí (za níž pojišťovna vyplatila částečné pojistné plnění), bude pojistné plnění vyplaceno i v případě, že rozsah této opakované rakoviny je stejný nebo nižší než rakovina předchozí.
8. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných onemocnění podle těchto ZPP, pak pojišťovna vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent stanovených pro jednotlivé diagnózy z platné pojistné částky, maximálně však 100 %.

**Příklad:**

Připojištění (tarif ZON4-P1R) si sjedná klientka na pojistnou částku 1 000 000 Kč. Klientce je diagnostikován mikroinvasivní karcinom děložního čípku. Pojišťovna vyplatí za tuto diagnózu 250 000 Kč (25 % z 1 000 000 Kč).

Klientka je vyléčena, pojištění pokračuje se sníženou pojistnou částkou na 750 000 Kč. Po několika letech je u klientky zjištěna roztroušená skleróza. Jde zatím jen o lehčí obtíže bez dopadu na její výkonnost v pracovním či soukromém životě – to odpovídá stupni 2,0 na 10bodové škále, kterou se toto onemocnění hodnotí.

Pojišťovna v této souvislosti vyplatí 375 000 Kč (50 % ze 750 000 Kč). Pojištění pokračuje dále se sníženou pojistnou částkou 375 000 Kč. Roztroušená skleróza postupuje pomalu, po dalších dvaceti letech ale již dosáhne stupně 6,0, kdy již musí klientka používat hůl pro svůj pohyb.

Pojišťovna vyplatí 375 000 Kč (100 % z 375 000 Kč), tedy celou zbývající pojistnou částku.

→ **Celkově je klientce vyplaceno 1 000 000 Kč, tedy 100 % z původně sjednané pojistné částky.**

Článek 3**Jaká jsou maxima pojistného plnění**

1. Hodnota pojistného plnění z připojištění závažných onemocnění Z04 (tarif ZON4-P1R nebo ZOR1-P1R) ani připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou (tarif ZON4-K1R) nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného připojištění.
2. Na pojistné smlouvě mohou být sjednány další připojištění týkající se závažných onemocnění a zdravotních stavů pojištěného (dále jen „přidružená připojištění“), která nemohou být na smlouvě samostatně, ale pouze společně s tarify ZON4-P1R, ZOR4-P1R nebo ZON4-K1R (dále jen „řídící připojištění“). Přesné vymezení vzájemných závislostí je vymezeno dále v ZPP a také ve Zvláštních pojistných podmínkách těchto přidružených připojištění.

**Zjednodušeně řečeno...**

Připojištění závažných onemocnění je možné rozšířit o pojistnou ochranu pro případ vzniku závažných zdravotních následků z různých příčin (viz popis v následujících ZPP). Sjednáním tohoto přidruženého připojištění se rozšiřuje spektrum příčin, kvůli kterým může být vyplaceno pojistné plnění.

3. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění Z04 nebo rozšířeného připojištění závažných onemocnění (tedy z řídícího připojištění) a k němu přidružených připojištění činí 100 % pojistné částky tohoto řídícího připojištění (tarify ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R). Maximální pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou (tarif ZON4-K1R) a k němu přidruženého připojištění činí 100 % pojistné částky tarifu ZON4-K1R.

Článek 4

Co může způsobit snížení pojistné částky

1. Pokud je vyplaceno částečné pojistné plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 5, **sníží se automaticky pojistná částka** o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.
2. Pokud pojišťovna vyplátí pojistné plnění z jakéhokoli přidruženého připojištění, snižuje se automaticky hodnota pojistné částky řídicího připojištění na stejnou pojistné smlouvě o hodnotu takto vyplaceného pojistného plnění z příslušného přidruženého připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Pokud je na smlouvě sjednáno řídicí připojištění závažných onemocnění a současně některé přidružené připojištění, jsou jejich pojistné částky vzájemně provázány. Případná změna pojistné částky na některém z těchto vzájemně provázaných tarifů – ať už na žádost klienta anebo automatická z důvodu částečného pojistného plnění – má vždy dopad i na ty ostatní.

Článek 5

Co nelze měnit po částečném pojistném plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2 odst. 5 (12,5 %, 25 % nebo 50 %), nebo k výplatě částečného pojistného plnění z přidruženého připojištění, není možné provádět navýšení pojistné částky.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění zanikne také k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z pojistné částky přidruženého připojištění typu závažné zdravotní následky nebo závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou.
2. Ve smyslu čl. 2 odst. 4 toto připojištění rovněž zaniká, vyplátí-li pojišťovna celou pojistnou částku (100 %) z připojištění, a to k datu této pojistné události.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2022.

Příloha 1 – Procento plnění dle rozsahu diagnózy

Přehled procent pro Připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1R a ZON4-K1R)

Charakter onemocnění	Odpovídající procento pojistného plnění z pojistné částky podle rozsahu			
Rakovina	Velmi mírný rozsah 12,5 %	Mírný rozsah 25 %	Střední rozsah 50 %	Vážený rozsah 100 %
Mrtvice	Mírný rozsah 25 %		Střední rozsah 50 %	Vážený rozsah 100 %
Roztroušená skleróza	Mírný rozsah 25 %		Střední rozsah 50 %	Vážený rozsah 100 %
Infarkt myokardu	100 %			

Přesné definice jednotlivých diagnóz a vymezení velmi mírného, mírného, středního a vážného rozsahu pro příslušná onemocnění včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v Příloze 2.

Přehled procent pro Rozšířené připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZOR4-P1R)

Charakter onemocnění	Odpovídající procento plnění z pojistné částky podle rozsahu (ZOR4-P1R)		
Rakovina	Velmi mírný rozsah 12,5 %	Mírný rozsah 25 %	Střední a vážný rozsah 100 %
Mrtvice	Mírný rozsah 25 %		Střední a vážný rozsah 100 %
Roztroušená skleróza	Mírný rozsah 25 %		Střední a vážný rozsah 100 %
Infarkt myokardu	100 %		

Přesné definice jednotlivých diagnóz a vymezení velmi mírného, mírného, středního a vážného rozsahu pro příslušná onemocnění včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v Příloze 2.

Příloha 2: Definice diagnóz pro připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarify ZON4-P1R, ZOR4-P1R a ZON4-K1R)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invaze do tkáně.

Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná pre-maligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (velmi mírný, mírný, příp. střední rozsah).

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován následovně:

Rakovina velmi mírného rozsahu – 12,5 % pojistné částky

- rakovina in situ – všech lokací kromě kůže;
- melanom in situ – pokud nepostačuje chirurgická léčba a je nutná radioterapie nebo chemoterapie;
- rané stádium rakoviny štítné žlázy klasifikované jako T1N0M0 (menší než 1 cm v průměru) v TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže).

Rakovina mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

- polycythemia rubra vera;
- esenciální trombocytemie;
- mikroinvasivní karcinom prsu (histologicky klasifikovaný jako T1mic);
- mikroinvasivní karcinom děložního čípku (histologicky klasifikovaný jako stupeň IA1);
- rakovina prostaty histologicky klasifikovaná dle Gleason skóre méně než 6 nebo dle TNM klasifikace T1N0M0; (viz vysvětlení v rámečku níže);
- maligní melanom stupně IA (T1aN0M0);
- chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- papilární mikrokarcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;
- kožní lymfom léčený chemoterapií nebo radiací.

Rakovina středního rozsahu – 50 % pojistné částky (100 % v případě tarifu ZOR4-P1R)

- jakýkoliv druh rakoviny, který je klasifikovaný v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako T1, bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a bez vzdálených metastáz (M0) nebo který odpovídá stádiu I v ekvivalentní klasifikaci. Vymezení rakoviny středního rozsahu uvedené v předchozí větě platí, pokud daná diagnóza

není výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu dle těchto ZPP nebo pokud není výslovně vyloučena;

- myelodysplastický syndrom;
- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom – stádium IA v Cotswolds-modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

- všechny druhy rakoviny klasifikované v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako fáze T2, T3 a T4 nebo jako stádium II, III nebo IV v ekvivalentní klasifikaci;
- všechny druhy rakoviny klasifikované jako T1 v klinické TNM klasifikaci, při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1);
- jakákoli leukémie, není-li výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu;
- jakýkoli lymfom, není-li výslovně uveden v rámci definice rakoviny středního rozsahu nebo není-li výslovně vyloučen z plnění;
- všechny rakoviny prostaty histologicky klasifikované dle Gleason skóre 6 a více nebo podle TNM klasifikace ve stádiu vývoje přinejmenším T2N0M0;
- gastrointestinální stromální tumor (GIST) stádium III a IV podle AJCC Cancer Staging Manual (7. vydání, 2010).

Datem pojistné události rakoviny jakéhokoli rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nepochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění.

TNM klasifikace zhoubných novotvarů slouží k popisu rozsahu nádorů a stádia onemocnění. Tři písmena – TNM – označují vždy jejich rozsah v místě primárního nádoru (T), v oblasti spádových mízních uzlin (N) a v místech metastatického postižení (M).

- **T:** znak za „T“ vyjadřuje velikost nádoru a jeho vztah k okolním strukturám (čím vyšší číslo, tím větší rozsah nádoru, někdy je použito podrobnější členění, např. T1a, T1b apod.; Tis = nádor in situ).
- **N:** číslice za „N“ vyjadřuje přítomnost (N1) či nepřítomnost (N0) metastáz v mízních uzlinách.
- **M:** číslice za „M“ vyjadřuje přítomnost (M1) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz.



Co je dobré vědět:

Ne pro všechny typy rakovin se TNM klasifikace používá, protože ne všechny vytvářejí novotvary (např. rakovina krve). Proto v definicích uvádíme ekvivalentní klasifikaci podle stádií I až IV nebo jiné typy všeobecně používané klasifikace.

Rakovinou není:

- monoklonální gamapatie nejasného významu (benigní monoklonální gamapatie);
- jakýkoli nádor histologicky klasifikovaný jako premaligní, neinvazivní (včetně tzv. lobulární neoplasie prsu, dysplasie děložního čípku CIN-1, CIN-2, CIN-3), není-li výslovně uvedeno, že je takový nádor zahrnut v pojištění;
- žluadeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) *Helicobacter*;
- bazocelulární karcinom a spinocelulární karcinom kůže;
- melanom in situ a kožní lymfom, které jsou léčeny pouze chirurgicky.

Mrtvice

Je smrt mozkové tkáně v důsledku akutní cévní mozkové příhody způsobené intrakraniální trombózou nebo krvácením (včetně krvácení subarachnoidálního), nebo embolií z extrakraniálního (mimolebečního) přítoku, přičemž musí být splněny obě následující podmínky:

- akutní nástup nových neurologických příznaků;
- nový objektivní neurologický deficit dle klinického vyšetření.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední, nebo vážný následovně:

Mrtvice mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií bez jakéhokoliv neurologického deficitu 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Mrtvice středního rozsahu – 50 % pojistné částky (100 % v případě tarifu ZOR4-P1R)

Mrtvice podle výše uvedených kritérií s jakýmkoliv neurologickým deficitem 3 měsíce po stanovení diagnózy nebo i během těchto 3 měsíců, pokud je jakýkoli trvalý neurologický deficit definitivně lékařsky potvrzen dříve.

Mrtvice vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií, která má za následek trvalý pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % v souladu s příslušnými právními předpisy, případně zdravotní stav odpovídající tomuto poklesu ve smyslu legislativy platné ke dni účinnosti těchto ZPP v případě, kdy nelze pokles pracovní schopnosti prokázat (zejména v případě posuzování osob ve starobním důchodu). Tato podmínka musí být lékařsky zdokumentována nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy nebo i během těchto 3 měsíců, pokud je odpovídající trvalý neurologický deficit definitivně lékařsky potvrzen dříve.

Datem pojistné události mrtvice mírného, středního, anebo vážného rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza mrtvice odborným lékařem – neurologem.

Mrtvicí není:

- tranzitorní ischemická ataka (TIA)
- traumatická poranění mozkové tkáně nebo krevních cév;
- neurologické deficity v důsledku celkové hypoxie, infekce, zánětlivého onemocnění, migrény nebo lékařského zákroku;
- náhodný nálezy (např. na CT nebo MRI – magnetické rezonanci), aniž by se vyskytly jednoznačné klinické příznaky (tichá mrtvice);
- cévní onemocnění postihující sítnici, zrakový nerv a vestibulární systém.

Roztroušená skleróza

Je definitivní diagnóza roztroušené sklerózy, která musí být potvrzena v obou následujících kritériích:

- klinické poškození motorické nebo senzitivní funkce, které musí trvat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců;
- magnetickou rezonancí (MRI) zobrazené nejméně dvě léze demyelinizace v mozku nebo míše charakteristické pro roztroušenou sklerózu.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední, nebo vážný následovně:

Roztroušená skleróza mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre méně než 2,0 v rozšířené stupnici EDSS (vysvětlení této zkratky najdete v rámečku vpravo).

Roztroušená skleróza středního rozsahu – 50 % pojistné částky (100 % v případě tarifu ZOR4-P1R)

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre minimálně 2,0 v rozšířené stupnici EDSS.

Roztroušená skleróza vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Roztroušená skleróza v závislosti na výše uvedených kritériích, která odpovídá skóre minimálně 6,0 v rozšířené stupnici EDSS, což odpovídá občasnému nebo

trvalému užívání jednostranné pomůcky (hůl, berle, jiný opětný aparát) potřebné k překonání vzdálenosti asi 100 metrů s odpočinkem nebo bez.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy odborným lékařem – neurologem.



Co je EDSS?

- Jde o zkratku anglického výrazu Expanded Disability Status Scale, který lze volně přeložit jako rozšířenou stupnici stavu postižení.
- Tato stupnice se mezinárodně používá jako metoda pro vyjádření míry postižení nervového systému pacientů s roztroušenou sklerózou.
- Stupnice má rozpětí 0–10 a postupuje po intervalech vždy o 0,5 bodu. Každé hodnotě odpovídá popis obtíží spojených s tímto onemocněním.

Roztroušenou sklerózou není:

- podezření na roztroušenou sklerózu a neurologické či radiologické syndromy připomínající roztroušenou sklerózu, které však nejsou potvrzeny definitivní diagnózou roztroušené sklerózy;
- izolovaný zánět očního nervu, Devicův syndrom (neuromyelitis optica).

Srdeční infarkt – 100 % pojistné částky

je smrt srdeční tkáně v důsledku dlouhodobé obstrukce průtoku krve (ischémie). Podle této definice o infarktu myokardu svědčí vzestup a/nebo pokles srdečních biomarkerů (troponinu nebo CKMB) na hodnoty odpovídající diagnóze infarktu myokardu spolu s nejméně dvěma z následujících kritérií:

- příznaky ischémie (např. bolest na hrudi);
- změny na elektrokardiogramu (EKG), prokazující vznik nové ischémie;
- vývoj patologických Q-vln na EKG.

Datem pojistné události srdečního infarktu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu infarktu myokardu odborným lékařem – kardiologem.

Srdečním infarktem není:

- jakýkoli akutní koronární syndrom (stabilní/nestabilní angina pectoris);
- zvýšení troponinu při absenci zjevné ischemické choroby srdeční jak je uvedeno v definici infarktu myokardu podle ESC/ACC/AHA/WHF (2007);
- infarkt myokardu v důsledku užívání drog;
- infarkt myokardu, ke kterému došlo během hospitalizace následující po by-passu nebo během 7 dní následujících po angioplastice;
- myokarditidy nebo srdeční endo-/perikarditidy.

Připojištění závažných zdravotních následků (tarif ZZNA-P1R)

Připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif ZZNA-K1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení některého ze závažných zdravotních následků definovaných v Příloze 2 těchto ZPP. Den pojistné události je pro každý ze závažných zdravotních následků specifikovaný v Příloze 2. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky platné k datu pojistné události, které odpovídá definici závažného zdravotního následku podle Přílohy 2. V případě připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou se příslušné procento stanovuje z aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 2 tohoto článku.
2. V případě připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

3. Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojišťovna vyplácí celou pojistnou částku (100 %), připojištění závažných zdravotních následků zaniká k datu této pojistné události.

4. Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplácí-li pojišťovna částečné pojistné plnění ve výši 25 % nebo 50 % ve smyslu Přílohy 2 těchto ZPP (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, toto připojištění nezaniká, ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného pojistného plnění. V případě závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou se pojistná částka po tomto snížení (resp. po této změně pojistné částky) nadále snižuje ke každému výročí způsobem popsáním v článku 2 těchto ZPP.
5. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných zdravotních následků podle těchto ZPP, pak pojišťovna vyplácí pojistné plnění odpovídající součtu procent z platné pojistné částky stanovených pro jednotlivé závažné zdravotní následky, maximálně však 100 %.



Příklad dvou pojistných událostí na základě jedné příčiny:

- Autonehoda s následkem ochrnutí obou nohou – odpovídá závažnému zdravotnímu následku ztráty schopnosti používat nohy (50 %) i ochrnutí dvou končetin (50 %).
- Za následky autonehody bude vyplaceno 100 % pojistné částky a připojištění zaniká.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. **Hodnota pojistného plnění** z připojištění závažných zdravotních následků ani připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou **nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky** daného připojištění.
2. Tato připojištění (tarify ZZNA-P1R, ZZNA-K1R) nemohou být sjednána samostatně, ale pouze společně s jinými připojištěními:
 - připojištění závažných zdravotních následků pouze s připojištěním závažných onemocnění Z04, anebo s rozšířeným připojištěním závažných onemocnění Z04,
 - připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou pouze s připojištěním závažných onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou, dále jen „řídící připojištění“.
3. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení podle těchto ZPP a současně podle ZPP pro řídící připojištění specifikovanou v odst. 2 tohoto článku, pak pojišťovna vyplácí pojistné plnění odpovídající součtu procent z aktuální pojistné částky obou připojištění, přičemž platí ustanovení o maximálním pojistném plnění podle následujícího odst. 4 tohoto článku.
4. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných zdravotních následků (ZZNA-P1R) a pro něj řídícího připojištění činí 100 % pojistné částky řídícího připojištění. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif ZZNA-K1R) a pro něj řídícího připojištění činí 100 % pojistné částky řídícího připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Připojištění závažných zdravotních následků je sjednáváno vždy k připojištění závažných onemocnění Z04 (k tarifu Z0N4-P1R, anebo Z0R4-P1R), a to vždy na stejnou pojistnou částku. Sjednáním tohoto přidruženého připojištění se vlastně rozšiřuje spektrum příčin, kvůli kterým může být vyplaceno pojistné plnění. Nejvýše to může být 100 % této jednotné pojistné částky.

Článek 4

Co může způsobit snížení pojistné částky

1. Pokud je vyplaceno částečné pojistné plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 4, snižuje se automaticky pojistná částka o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.
2. Pokud pojišťovna vyplatí pojistné plnění z jakéhokoli řídicího připojištění, snižuje se automaticky hodnota pojistné částky přidruženého připojištění na stejné pojistné smlouvě o hodnotu takto vyplaceného pojistného plnění z příslušného řídicího připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Pokud jsou na smlouvě sjednána obě tato připojištění (závažných onemocnění ZO4 i závažných zdravotních následků), je v každém okamžiku trvání smlouvy jejich pojistná částka shodná. Případná změna – ať už na žádost klienta anebo automatická z důvodu částečného pojistného plnění – se týká vždy obou těchto připojištění.

Článek 5

Co nelze měnit po částečném pojistném plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2 odst. 4 (25 % nebo 50 %) těchto ZPP nebo k výplatě částečného pojistného plnění z řídicího připojištění, není možné provádět změny, jakými jsou navýšení pojistné částky ze strany pojistníka.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění zanikne k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z pojistné částky příslušného řídicího připojištění.
2. Ve smyslu čl. 2 odst. 3 těchto ZPP toto připojištění rovněž zaniká, vyplatí-li pojišťovna celou pojistnou částku (100 %) z připojištění, a to k datu této pojistné události.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2022

Příloha 1 – Přehled odpovídajících procent z pojistné částky pro zdravotní stavy zahrnuté v připojištění závažných zdravotních následků (tarify ZZNA-P1R a ZZNA-K1R)

	Odpovídající procento plnění z pojistné částky		
Ztráta sluchu a slepota	• Slepota na jedno oko: 25 %	• Silná slabozrakost: 50 % • Vážná ztráta sluchu: 50 %	• Slepota: 100 % • Hluchota: 100 %
Rizikové operace	• Koronární bypass: 25 %	• Nezhoubný nitrolební nádor: 50 % • Operace srdeční chlopně: 50 % • Operace aorty: 50 %	• Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřeně či kompozitní tkáně: 100 %
Následky selhávání orgánů	• Trvalá kolostomie: 25 % • Trvalá ileostomie: 25 % • Trvalá urostomie: 25 %	• Trvalá tracheostomie: 50 %	• Konečné stádium onemocnění ledvin: 100 %
Ochrnutí a amputace končetin	• Amputace jedné končetiny: 25 % • Ochrnutí jedné končetiny: 25 %	• Amputace dvou končetin: 50 % • Ochrnutí dvou končetin: 50 %	• Amputace tří nebo čtyř končetin: 100 % • Ochrnutí tří nebo čtyř končetin: 100 %
Omezení mobility	• Ztráta schopnosti řídit automobil: 25 %	• Ztráta schopnosti používat ruce: 50 % • Ztráta schopnosti používat nohy: 50 %	• Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti: 100 %

Přesné definice jednotlivých závažných zdravotních následků včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v Příloze 2.

Příloha 2 – Definice zdravotních stavů pro připojištění závažných zdravotních následků (tarify ZZNA-P1R, ZZNA-K1R)

Ztráta sluchu a slepota

Slepota na jedno oko – 25 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost – 50 % pojistné částky

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oka musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu – pojistné plnění 50 %

Jednoznačná diagnóza trvalé, nevratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou otorinolaryngologie (ORL) a doložena průměrnou sluchovou ztrátou, sluchovým prahem 70–90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepota – pojistné plnění 100 %

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota – pojistné plnění 100 %

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou, sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Koronární Bypass – pojistné plnění 25 %

Operativní řešení zúžení nebo ucpaní jedné nebo více koronárních tepen transplantací bypassu. Zahrnuty jsou srdeční operace s plnou sternotomií (tj. s vertikálním rozříznutím hrudní kosti) i miniinvasivní operační výkony (částečná sternotomie nebo torakotomie). Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky koronární angiografie.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není angioplastika ani cévní výztuha (stent).

Nezhoubný nitrolební nádor – pojistné plnění 50 %

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku umístěného v lebeční klenbě a vznikajícího v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů. Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- kompletní nebo částečné chirurgické odstranění,
- stereotaktická radiochirurgie,
- zevní radioterapie.

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku,
- nádory podvěsku mozkového.

Operace srdeční chlopně – pojistné plnění 50 %

Podstoupení operace vedoucí k náhradě nebo nápravě jedné nebo více srdečních chlopní. Operací srdeční chlopně se rozumí tyto výkony:

- náhrada nebo náprava srdeční chlopně při plné sternotomii (vertikální rozříznutí hrudní kosti), částečné sternotomii nebo torakotomii;
- Rossova operace;
- katetrová valvuloplastika;
- katetrová náhrada srdeční chlopně (TAVI – Transcatheter aortic valve implantation).

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

Implementace mitrálního klipu – zavedení cévky do místa nedovírání mitrální chlopně.

Následky selhávání orgánů

Trvalá kolostomie – pojistné plnění 25 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomií se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střešní obsah (stolicí) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně.

Kolostomie musí být plánována jako trvalá kolostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena po dobu minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena lékařem, který kolostomii provedl – specialistou v oboru gastroenterologie a/ nebo viscerální chirurgie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá kolostomie odborným lékařem – gastroenterologem a/ nebo viscerálním chirurgem.

Pojistnou událostí není kolostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru gastroenterologie a/ nebo viscerální chirurgie o trvalé kolostomii.

Trvalá ileostomie – pojistné plnění 25 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomií se rozumí umělé vyústění konce tenkého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střešní obsah (stolicí) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně.

Ileostomie musí být plánována jako trvalá ileostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena po dobu minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena lékařem, který ileostomii provedl – specialistou v oboru gastroenterologie a/ nebo viscerální chirurgie.

Operace aorty – pojistné plnění 50 %

Podstoupení operace vedoucí k léčení zúžení, ucpaní, rozšíření (aneurysma) nebo disekce aorty. Zahrnuty pod touto definicí jsou i miniinvasivní výkony jako endovaskulární oprava.

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- operace jakýchkoli větví hrudní nebo břišní aorty (včetně aortofemorálního nebo aortoiliackého bypassu);
- operace aorty v souvislosti s dědičným postižením pojivové tkáně (např. Marfanův syndrom, Ehlersův – Danlosův syndrom).

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřeně a kompozitní tkáně – pojistné plnění 100 %

Podstoupení transplantace nebo zařazení na čekací listinu na transplantaci jednoho nebo více z níže vyjmenovaných:

- srdce,
- ledviny,
- játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce),
- plíce (včetně přijetí plicního laloku od živého dárce nebo transplantace jedné plíce),
- kostní dřeň (alogenní či autologní transplantace hematopoetických kmenových buněk při kritickém útlumu krvetvorby z jakékoliv příčiny),
- tenké střevo,
- slinivka břišní.

Částečná nebo úplná transplantace obličeje, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je den, kdy je pojištěný zařazen na oficiální čekací listinu na transplantaci spravovanou Koordinačním střediskem transplantací (KST). Operace musí být provedena na území České republiky, případně zařazení na čekací listinu na transplantaci se musí týkat plánované operace v České republice. Případné odchylky od předchozí věty (transplantace v zahraničí) musí být předem písemně odsouhlaseny pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže);
- transplantace jiných buněk (včetně ostrůvkových buněk a kmenových buněk jiných než hematopoetických).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzená trvalá ileostomie odborným lékařem – gastroenterologem a/ nebo viscerálním chirurgem.

Pojistnou událostí není ileostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru gastroenterologie a/ nebo viscerální chirurgie o trvalé ileostomii.

Trvalá urostomie – pojistné plnění 25 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit trvalou urostomii spojující močovou s oddělenou částí tenkého střeva tak, že k odvodu moči dochází prostřednictvím vývodu (stoma) skrze břišní stěnu. Vývodem je moč odváděna do sběrného sáčku připevněného k břišní stěně.

Urostomie musí být plánována jako trvalá urostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé urostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem, který urostomii provedl – specialistou v oboru urologie a/ nebo chirurgem.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá urostomie odborným lékařem – urologem a/ nebo chirurgem.

Pojistnou událostí není urostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru urologie a/ nebo chirurgie o trvalé urostomii.

Trvalá tracheostomie – pojistné plnění 50 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny nebo vytvoření otvoru průdušnice, a to za účelem umožnit pojištěnému dýchání bez využití nosu nebo úst.

Tracheostomie musí být plánována jako trvalá tracheostomie, tj. s předpokladem, že bude zavedena po dobu minimálně 12 měsíců. Potřeba trvalé potvrzena musí být potvrzena lékařem, který tracheostomii provedl – specialistou v oboru ORL a/ nebo viscerální chirurgie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena trvalá tracheostomie odborným lékařem – ORL specialistou a/ nebo viscerálním chirurgem.

Pojistnou událostí není tracheostomie plánovaná jako reverzibilní či dočasná, dokud není rozhodnuto specialistou v oboru ORL a/ nebo viscerální chirurgie o trvalé tracheostomii.

Ochrnutí a amputace**Amputace jedné končetiny – pojistné plnění 25 %**

Definitivní diagnóza kompletního snesení jedné končetiny nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí jedné končetiny – pojistné plnění 25 %

Trvalá a úplná paralýza jakékoli končetiny v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku škodné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace dvou končetin – pojistné plnění 50 %

Definitivní diagnóza kompletního snesení jakýchkoli dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí dvou končetin – pojistné plnění 50 %

Trvalá a úplná paralýza jakýchkoli dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Omezení mobility**Ztráta schopnosti řídit automobil – pojistné plnění 25 %**

Za ztrátu schopnosti řídit automobil se považuje trvalá a úplná ztráta zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo v důsledku úrazu nebo onemocnění, ke kterému došlo v době trvání připojištění. Nemoc, vada nebo stav vylučující uvedenou zdravotní způsobilost musí být jednoznačné, objektivně zjištělné a měřitelné všeobecně uznávanými lékařskými metodami. Konkrétní příčiny ztráty schopnosti řídit automobil, které jsou pro uznání pojistné události považovány za jednoznačné, jsou uvedeny v tabulce „Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil“. Došlo-li ke ztrátě schopnosti řídit automobil z důvodu, který není uveden v této tabulce, posuzuje zdravotní způsobilost pojištěného pojišťovna, přičemž jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, účinnou k datu účinnosti těchto ZPP (dále jen „příslušný právní předpis“).

Ztráta schopnosti řídit automobil se prokazuje lékařským posudkem potvrzujícím zdravotní důvody ztráty způsobilosti včetně lékařské dokumentace dokládající konkrétní diagnózu, která ztrátu této schopnosti způsobila. V případě, že pojištěný byl držitelem řídicího oprávnění, pak se ztráta schopnosti řídit automobil dokládá také rozhodnutím správního orgánu o odnětí řídicího oprávnění.

Pojišťovna je oprávněna přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivit zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řídicího oprávnění.

Konečné stádium onemocnění ledvin – pojistné plnění 100 %

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace tří nebo čtyř končetin – pojistné plnění 100 %

Definitivní diagnóza kompletního snesení minimálně tří končetin, nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin – pojistné plnění 100 %

Trvalá a úplná paralýza minimálně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Datem pojistné události je datum vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty způsobilosti řídit automobil, pokud jsou splněny a doloženy také všechny ostatní podmínky vyplývající z definice pojistné události.

Pojistnou událostí není:

- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku užití nebo užívání alkoholu nebo jiných návykových či psychotropních látek nebo léčiv;
- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku jakékoli psychiatrické diagnózy či poruchy chování či jakékoli příčiny duševního charakteru;
- ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovně-právní činnosti;
- stav, kdy pojištěný je „zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla s podmínkou“ ve smyslu příslušného právního předpisu (podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby);
- ztráta schopnosti řídit automobil v případech, kdy pojištěný nevyužil všech dostupných a všeobecně lékařsky uznávaných možností pro odstranění zdravotního problému (např. podstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil;
- ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmkoli subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačně měřitelné diagnózy.

Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil

Zrak	
1	Binokulární zraková ostrost menší než 0,5 při použití obou očí, a to i za použití korektivních čoček (příčímž nitrooční čočky se nepovažují za korektivní čočky).
2	Zraková ostrost menší než 0,5 při úplné funkční ztrátě zraku na druhém oku nebo v případě používání pouze jednoho oka, například v případě diplopie, a to i za použití korektivních čoček.
3	Úplná funkční ztráta zraku na jednom oku nebo při používání pouze jednoho oka, pokud tento stav trvá méně než 6 měsíců.
4	Rozsah horizontálního zorného pole obou očí menší než 120 stupňů, monokulární rozsah menší než 50 stupňů na levou a pravou stranu, rozsah vertikálního zorného pole menší než 20 stupňů směrem nahoru a dolů.
5	Změny v centrálním zorném poli do 20 stupňů.
6	Nesnášenlivost korektivních čoček, pokud jsou k dosažení zrakové ostrosti nezbytné.
Svalová a kosterní soustava a pojivová tkáň	
7	Nemoci, vady nebo stavy, které snižují pohyblivost a funkční schopnost řídit motorové vozidlo, přičemž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
8	Nemoci, vady nebo stavy, pokud lze předpokládat při dalším vývoji funkční neschopnost ovlivňující bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, přičemž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
Oběhová soustava	
9	Vážné srdeční arytmie (poruchy srdečního rytmu).
10	Stenokardie během klidu nebo psychologického zatížení (vzrušení).
11	Srdeční selhávání ve funkční třídě IV. NYHA klasifikace bez indikace k transplantaci srdce.
12	Těžké formy chronické obstrukční plicní nemoci s globální respirační nedostatečností.
Diabetes mellitus	
13	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie, kterou pojištěný nezavinil porušením léčby a k jejímuž zvládnutí je třeba pomoci další osoby.
14	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie, a to bez varovných příznaků nebo s příznaky, které si pojištěný neuvědomuje.
15	Stav do 12 měsíců po první hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby.
16	Diabetes mellitus doprovázený orgánovými komplikacemi.
Nervová soustava	
17	Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců; epilepsii se rozumí dva nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u posuzované osoby v odstupu nejvýše 5 let.
18	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců.
19	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 6 měsíců.
20	Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je pravděpodobné.
21	Záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například nekompenzovaná narkolepsie nebo kataplexie.

Poznámka: Uvedený výčet objektivních příčin ztráty schopnosti řídit automobil není konečný. Jestliže dojde ke ztrátě schopnosti řídit automobil z jiných než v této tabulce vymezených příčin, je posouzení dané škodné události (zdravotní způsobilosti pojištěného a příčiny, která musí být jednoznačná, objektivní a měřitelná) zcela v kompetenci pojišťovny. Přičemž ta jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, účinnou k datu účinnosti těchto ZPP.

Ztráta schopnosti používat ruce – pojistné plnění 50 %

Za ztrátu schopnosti používat ruce se považuje trvalá ztráta této schopnosti, která je charakterizována těmito dvěma podmínkami:

- pojištěný není schopen zvednout ani jednu svou paži do úrovně ramen a současně
- pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 5 kg ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou rukou.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců, nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti používat nohy – pojistné plnění 50 %

Za ztrátu schopnosti používat nohy se považuje stav, kdy pojištěný ztratí trvale schopnost užívání nohou v případě, že není schopen bez cizí pomoci:

- ujit alespoň 200 metrů po rovném terénu, nebo
- vyjít alespoň 5 schodů nahoru a současně sejít alespoň 5 schodů dolů.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců, nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti – pojistné plnění 100 %

Pojištěný ztratí trvale schopnost pohybu v domácnosti a k zajištění základních životních potřeb je nutná asistence jiné osoby.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy pojištěný zvládá samostatný pohyb v domácnosti i bez asistence jiné osoby, např. v uzpůsobených podmínkách za pomoci berlí nebo invalidního vozíku.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Připojištění ZO PLUS pro ženy (tarif ZOPZ-P2R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Pojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10 odst. 3

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy onemocnění uvedeného v Příloze 1 těchto ZPP u pojištěné osoby nebo jejího narozeného dítěte.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. Připojištění ZO PLUS pro ženy lze sjednat pouze současně s připojištěním závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1R) nebo rozšířeným připojištěním závažných onemocnění ZO4 (tarif ZOR4-P1R) – dále též „řídící připojištění“. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna **pojistné plnění ve výši 20 % z platné pojistné částky pro řídící připojištění (tarif ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R)**.
2. Dojde-li k výplatě pojistného plnění podle odst. 1 tohoto článku, zaniká toto připojištění k datu pojistné události.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. **Maximální pojistné plnění činí 20 % z pojistné částky pro připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R).**
2. Dojde-li v době trvání tohoto připojištění k souběhu více diagnóz a zdravotních komplikací uvedených v Příloze 1 těchto ZPP, plní pojišťovna pouze za jednu diagnózu.
3. Součet plnění z řídícího připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R) a připojištění ZO PLUS pro ženy nesmí překročit 100 % pojistné částky řídícího připojištění, ke kterému bylo připojištění ZO PLUS pro ženy sjednáno.

Článek 4

Jaký dopad může mít výplata pojistného plnění

Pokud pojišťovna vyplácí pojistné plnění z připojištění ZO PLUS pro ženy, snižuje se o hodnotu této výplaty pojistná částka z řídícího připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R).

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění zanikne dnem zániku řídícího připojištění připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1R nebo ZOR4-P1R).
2. Ve smyslu čl. 2 odst. 2 toto připojištění rovněž zaniká k datu první nahlášené pojistné události.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 2. 2023.

Příloha 1: Definice onemocnění připojištění ZO PLUS pro ženy – vymezení pojistné události

1. Vrozené vady

Za pojistnou událost se považují vrozené vady narozeného dítěte vymezené níže v písm. a) až h) této přílohy k ZPP:

- a) Anální a rektální neprůchodnost** (anorektální atrezie)
Vrozená absence nebo abnormální zúžení anorektálního otevření, které vyžaduje korektivní operace (buď anoprotální plastiku, nebo kolostomii).
- b) Vrozená srdeční vada** (Falotova tetralogie)
Vrozená srdeční vada, která je definována přítomností 4 typických malformací, jakými jsou defekt komorového septa, zúžení plicnice – infundibulární či valvulární, dextropozice aorty a zvětšení pravé komory srdeční. Falotova tetralogie je zahrnuta také k další srdeční anomálii (např. Falotova pentalogie). Diagnóza musí být stanovena buď pomocí echokardiografie, nebo srdeční katetrizace.
- c) Rozštěp rtu, rozštěp patra, rozštěp rtu a patra**
Vrozené deformity, které se mohou objevit izolovaně nebo v kombinaci. Rozštěp rtu je narušení horního rtu omezené buď na ret samotný (neúplný), nebo narušení zahrnující nosní septum (kompletní).
Rozštěp patra je narušení, kde obě strany patra nebyly spojeny. Jde buď o postižení pouze měkkých tkání (neúplný), nebo měkkých a tvrdých tkání patra (kompletní). Korekční operace je pro takovou diagnózu lékařem stanovena jako nezbytná ve všech případech a měla by být indikována během prvních 3 měsíců života. Pojistné krytí se vztahuje na rozštěp rtu, rozštěp patra nebo kombinaci. Za diagnózu rozštěpu rtu nebo rozštěpu patra se nepovažuje, resp. jsou vyloučeny z pojistného krytí, tzv. mikroformy nebo mezery či štěrby, které nevyžadují korekční operace.
- d) Downův syndrom** (trisomie 21. chromozomu)
Chromozomální porucha způsobená přítomností trisomie 21. chromozomu. Jedinci s trisomií 21. chromozomu musí mít fyzikální vlastnosti definující nemoc klinicky: epikantické kožní řasy, svalová hypotonie, palmární rýha, vyčnívající jazyk atd.
K těmto charakteristickým vlastnostem patří mentální retardace mírného až středního rozsahu a zpomalený psychomotorický vývoj.
- e) Neprůchodnost jícnu** (atrésie jícnu)
Atrésie jícnu je vrozená malformace, v níž u jícnu není patrné propojení se žaludkem a končí ve slepém vaku. Vrozené malformace (atrésie jícnu a tracheo-oesofageální píštěl) se často objevují v kombinaci (cca 90 %), mohou způsobit vážnou

podvýživu a plicní komplikace (zápal plic) u novorozence. Nápravná operace je nutná ve všech případech.

- f) Píštěl v průdušnici** (tracheo-oesofageální píštěl)
Tracheo-oesofageální píštěl je abnormální spojení mezi jícnem a průdušnicí (průdušnicí). Obě vrozené malformace (atrésie jícnu a tracheo-oesofageální píštěl) se často objevují v kombinaci (cca 90 %), mohou způsobit vážnou podvýživu a plicní komplikace (zápal plic) u novorozence. Nápravná operace je nutná ve všech případech.
- g) Rozštěp páteře**
Vrozené malformace, při níž obratlová těla páteře zcela neuzavírají oblast míchy. Pokud jsou mícha a míšní pleny – meninges v normální poloze a nevycházejí přes malou trhlínu v páteři, považuje se taková diagnóza za „skrytou“, resp. jedná se o rozštěp páteře uzavřený (spina bifida occulta), který je obvykle bez příznaků. Pokud míšní pleny samostatně nebo společně s míchou vyčnívají, jedná se o rozštěp páteře otevřený (spina bifida aperta). Pokud jen míšní pleny vyčnívají (meningokéla), může být takové onemocnění bez přítomnosti neurologických poruch. Avšak v případě, že mícha vyčnívá (meningomyelokéla), dochází k celému spektru vážných neurologických deficitů. Korekční operace je nezbytná ve všech případech spina bifida aperta. Vyloučena z tohoto připojištění je spina bifida occulta.
- h) Koňská noha** (Pes Equinovarus)
Vrozená vada, u níž jsou jedna nebo obě nohy zkroutené směrem k druhé noze. Ve srovnání s ostatními, menšími deformitami nohou u novorozence jsou všechny spoje, šlachy a vazy na nohou ovlivněny. Léčí se buď operací, nebo nechirurgickou (konzervativní) manipulací. Pojistná ochrana se vztahuje na obě formy ošetření, avšak nechirurgické manipulace musí být detailně zdokumentovány odborným lékařem. Vyloučeny z tohoto připojištění jsou menší deformace nohou (např. metatarsus adductus), a dále takové diagnózy, které se vyřeší spontánně nebo pomocí jednoduchých cvičení.

Datem pojistné události je den, ve kterém byla stanovena příslušná diagnóza příslušným odborným lékařem – porodníkem nebo pediatrem.

2. Onemocnění v těhotenství

Za pojistnou událost se považují onemocnění v těhotenství vymezená níže v písm. a) až d) této části přílohy k ZPP:

- a) **Zhoubný nádor v děloze** (choriokarcinom nebo mola hydatidosa)
Maligní (často metastazující) gestační trofoblastická nemoc. Toto onemocnění musí být verifikováno histologicky z odebrané biopsie.
- b) **Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC)**
Porucha aktivace koagulační kaskády vedoucí k vyčerpání srážecích faktorů v krvi. Hlavními příznaky jsou krvácení, obvykle z více míst, nebo vznik trombózy (např. hluboká žilní trombóza, selhání ledvin). Porucha vyžaduje okamžitou substituční terapii, jakou je buď transfuze krve, destičkových koncentrátů, čerstvé mražené plazmy nebo antitrombinu III. DIC musí být diagnostikována porodníkem jako komplikace způsobená těhotenstvím.
- c) **Mimoděložní těhotenství**
Mimoděložní těhotenství je stav, při kterém dojde k implantaci oplozeného vajíčka mimo děložní dutinu, jako například do děložního čípku, vaječníku, vejcovodu, břišní a pánevní dutiny. Mimoděložní těhotenství musí být diagnostikováno porodníkem a musí být ukončeno laparotomií nebo laparoskopickou chirurgií.

d) Těžké komplikace v těhotenství (Preeklampsie)

Komplikace v těhotenství, které mohou způsobit vysoký krevní tlak, proteinurii, nadměrnou tělesnou hmotnost, otoky a poruchy srážlivosti krve. Pro účely pojistné ochrany musí být splněno stanovení diagnózy těžké preeklampsie, která vyžaduje z důvodu ohrožení zdraví matky a dítěte hospitalizaci v porodnici, přičemž ovlivňuje vývoj plodu a způsobí poruchu funkce placenty. Diagnóza těžké preeklampsie musí být určena porodníkem a současně musí splňovat alespoň 3 z následujících kritérií:

- systolický krevní tlak > 160 mm Hg,
- diastolický krevní tlak > 110 mm Hg,
- proteinurie (> 5 g bílkovin/24 h),
- zvýšení kreatininu,
- edém,
- oligurie,
- záchvaty,
- intrauterinní smrt dítěte,
- HELLP syndrom.

Datem pojistné události je den, ve kterém byla stanovena příslušná diagnóza (vyjmenovaná v písm. a až d) příslušným odborným lékařem – porodníkem nebo gynekologem.

Připojištění závažných onemocnění dětí (tarif JZON-P2R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Pojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění, příp. zdravotních komplikací specifikovaných v Příloze 2 těchto ZPP (dále jen „závažné onemocnění“). Den pojistné události je pro každý ze závažných zdravotních následků specifikovaných v Příloze 2. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události podle čl. 1 odst. 1 těchto ZPP vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky (uvedeného v přílohách těchto ZPP) platné k datu pojistné události, které odpovídá diagnóze v rozsahu podle Přílohy 2.
2. Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojišťovna vyplátí celou aktuální pojistnou částku (100 %), připojištění závažných onemocnění dětí zaniká k datu této pojistné události.
3. Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplátí-li pojišťovna částečné pojistné plnění ve výši 12,5 %, 25 % nebo 50 % ve smyslu Přílohy 2 těchto ZPP (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, pak toto připojištění **nezaniká, ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného plnění.**
4. Pokud nastane diagnóza rakoviny opakovaně a jedná se o sekundární rakovinu, která vznikla na stejném orgánu, pojišťovna vyplátí pojistné plnění z aktuální pojistné částky pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah rakoviny (tzn. rozsah, kterému odpovídá vyšší procento pojistné částky dle příloh těchto ZPP, než které bylo vyplaceno při předchozí pojistné události).

5. Pokud nastane diagnóza rakoviny opakovaně a jedná se o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí (za níž pojišťovna vyplátí částečné pojistné plnění), bude pojistné plnění vyplaceno i v případě, že rozsah této opakované rakoviny je stejný nebo nižší než rakovina předchozí.

6. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných onemocnění podle těchto ZPP, pak pojišťovna vyplátí pojistné plnění odpovídající součtu procent stanovených pro jednotlivé diagnózy z aktuální pojistné částky, maximálně však 100 %.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Hodnota celkového pojistného plnění z připojištění závažných onemocnění dětí nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného tarifu.

Článek 4

Co může způsobit snížení pojistné částky

Pokud je vyplaceno částečné pojistné plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 3, snižuje se automaticky pojistná částka o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.

Článek 5

Co nelze měnit po částečném pojistném plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2 odst. 3 (12,5 % nebo 25 % nebo 50 %), není možné provádět v rámci tohoto připojištění navýšení pojistné částky ze strany pojistníka.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zanikne kromě způsobů uvedených ve VPP také výplatou 100 % pojistné částky, jak je popsáno v čl. 2 odst. 2 těchto ZPP.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Příloha 1 – Přehled odpovídajících procent z pojistné částky pro jednotlivá závažná onemocnění zahrnutá v připojištění závažných onemocnění dětí (tarif JZON-P2R)

Charakter onemocnění	Odpovídající procento pojistného plnění z pojistné částky podle rozsahu		
	Rakovina velmi mírného rozsahu 12,5 %	Rakovina mírného rozsahu 25 %	Rakovina středního a vážného rozsahu 100 %
Poškození zraku a sluchu	Úplná slepota na 1 oko Silná slabozrakost Vážná ztráta sluchu 50 %		Úplná slepota Úplná hluchota 100 %
Rizikové operace	Nezhoubný nádor mozku 50 %		Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě či kompozitní tkáně 100 %
Ochrnutí a amputace končetin	Ztráta 1 nebo 2 končetin 50 %		Ztráta 3 nebo 4 končetin 100 %
	Ochrnutí 1 nebo 2 končetin 50 %		Ochrnutí 3 nebo 4 končetin 100 %
Neurologická onemocnění	Zánět mozku a mozkových membrán: Meningitida Encefalitida 100 %		
	Závažná epilepsie 100 %		
	Kóma 100 %		
Další onemocnění a zdravotní následky	Diabetes mellitus I. typu 100 %		
	Závažné astma 100 %		
	Náhrada kloubu (protézou) 100 %		
	Konečné stádium onemocnění ledvin 100 %		
Následky vážných úrazů	Vážné popáleniny 100 %		
	Vážné zranění hlavy 100 %		

Poznámka: Závažná onemocnění jmenovaná v této tabulce jsou definována v Příloze 2 těchto ZPP.

Příloha 2 – Definice závažných onemocnění pro připojištění závažných onemocnění dětí (tarif JZON-P2R)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invaze do tkáně.

Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná pre-maligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (velmi mírný, mírný, příp. střední rozsah).

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován následovně:

Rakovina velmi mírného rozsahu – 12,5 % pojistné částky

- rakovina in situ – všech lokací kromě kůže;
- melanom in situ – pokud nepostačuje chirurgická léčba a je nutná radioterapie nebo chemoterapie;
- rané stádium rakoviny štítné žlázy klasifikované jako T1N0M0 (menší než 1 cm v průměru) v TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže).

Rakovina mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

- polycythemia rubra vera;
- esenciální trombocytemie;
- mikroinvasivní karcinom prsu (histologicky klasifikovaný jako T1mic);

- mikroinvasivní karcinom děložního čípku (histologicky klasifikovaný jako stupeň IA1);
- rakovina prostaty histologicky klasifikovaná dle Gleason skóre méně než 6 nebo dle TNM klasifikace T1N0M0; (viz vysvětlení v rámečku níže);
- maligní melanom stupně IA (T1aN0M0);
- chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- papilární mikrokarcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;
- kožní lymfom léčený chemoterapií nebo radiací.

Rakovina středního rozsahu – 100 % pojistné částky

- jakýkoliv druh rakoviny, který je klasifikovaný v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako T1, bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a bez vzdálených metastáz (M0), nebo který odpovídá stádiu I v ekvivalentní klasifikaci. Vymezení rakoviny středního rozsahu uvedené v předchozí větě platí, pokud daná diagnóza není výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu dle těchto ZPP, nebo pokud není výslovně vyloučena;
- myelodysplastický syndrom;
- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom – stádium IA v Cotswolds-modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

- všechny druhy rakoviny klasifikované v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako fáze T2, T3 a T4 nebo jako stádium II, III nebo IV v ekvivalentní klasifikaci;
- všechny druhy rakoviny klasifikované jako T1 v klinické TNM klasifikaci, při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1);
- jakákoli leukémie, není-li výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu;
- jakýkoli lymfom, není-li výslovně uveden v rámci definice rakoviny středního rozsahu anebo není-li výslovně vyloučen z plnění;
- všechny rakoviny prostaty histologicky klasifikované dle Gleason skóre 6 a více nebo podle TNM klasifikace ve stádiu vývoje přinejmenším T2N0M0;
- gastrointestinální stromální tumor (GIST) stádium III a IV podle AJCC Cancer Staging Manual (7. vydání, 2010).

Datem pojistné události rakoviny jakéhokoli rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění.

Rakovinou není:

- monoklonální gamapatie nejasného významu (benigní monoklonální gamapatie);
- jakýkoli nádor histologicky klasifikovaný jako premaligní, neinvazivní (včetně tzv. lobulární neoplasie prsu, dysplasie děložního čípku CIN-1, CIN-2, CIN-3), není-li výslovně uvedeno, že je takový nádor zahrnut v pojištění;
- žaludeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) *Helicobacter*;
- bazocelulární karcinom a spinocelulární karcinom kůže;
- melanom in situ a kožní lymfom, které jsou léčeny pouze chirurgicky.

TNM klasifikace zhoubných novotvarů slouží k popisu rozsahu nádorů a stádía onemocnění. Tři písmena – TNM – označují vždy jejich rozsah v místě primárního nádoru (T), v oblasti spádových mizních uzlin (N) a v místech metastatického postižení (M).

- T:** znak za „T“ vyjadřuje velikost nádoru a jeho vztah k okolním strukturám (čím vyšší číslice, tím větší rozsah nádoru, někdy je použito podrobnější členění, např. T1a, T1b apod.; Tis = nádor in situ).
- N:** číslice za „N“ vyjadřuje přítomnost (N1) či nepřítomnost (N0) metastáz v mizních uzlinách.
- M:** číslice za „M“ vyjadřuje přítomnost (M1) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz.



Co je dobré vědět:

Ne pro všechny typy rakovin se TNM klasifikace používá, protože ne všechny vytvářejí novotvary (např. rakovina krve). Proto v definicích uvádíme ekvivalentní klasifikaci podle stádií I až IV nebo jiné typy všeobecně používané klasifikace.

Poškození zraku a sluchu

Slepota na jedno oko – 50 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost – 50 % pojistné částky

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostroť 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oka musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Pro uznání pojistné události silné slabozrakosti je nezbytné, aby dítě bylo schopno aktivně spolupracovat při nezbytných testech vedoucích k posouzení zrakové ostrosti, příp. rozsahu zorného pole.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu – 50 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza trvalé, nevratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 70–90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepota – 100 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem a doložena objektivními testy (např. VER, VEP).

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota – 100 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem. U dětí mladších 3 let nebo dětí, u kterých nemůže být uskutečněno vyšetření tónovým audiogramem, musí být diagnóza doložena objektivní audiometrií (např. vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene).

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Nezhoubný nádor mozku – 50 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku, umístěného v lebeční klenbě a vznikajícího v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů. Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- kompletní nebo částečné chirurgické odstranění,
- stereotaktická radiochirurgie,
- zevní radioterapie.

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku,
- nádory podvěsku mozkového.

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřeň a kompozitní tkáň – pojistné plnění 100 %

Podstoupení transplantace nebo zařazení na čekací listinu na transplantaci jednoho nebo více z níže vyjmenovaných:

- srdce,
- ledviny,
- játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce),
- plíce (včetně přijetí plicního laloku od živého dárce nebo transplantace jedné plíce),
- kostní dřeň (alogenní či autologní transplantace hematopoetických kmenových buněk při kritickém útlumu krvetvorby z jakéhokoli příčiny),
- tenké střevo,
- slinivka břišní.

Částečná nebo úplná transplantace obličeje, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je den, kdy je pojištěný zařazen na oficiální čekací listinu na transplantaci spravovanou Koordinačním střediskem transplantací (KST). Operace musí být provedena na území České republiky, případně zařazení na čekací listinu na transplantaci se musí týkat plánované operace v České republice. Případné odchylky od předchozí věty (transplantace v zahraničí) musí být předem písemně odsouhlaseny pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže);
- transplantace jiných buněk (včetně ostrůvkových buněk a kmenových buněk jiných než hematopoetických).

Ochrnutí a amputace

Amputace jedné nebo dvou končetin – 50 % pojistné částky

Definitivní diagnóza kompletního snesení jedné nebo dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí jedné nebo dvou končetin – 50 % pojistné částky

Trvalá a úplná paralýza jedné nebo dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů. Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace tří nebo čtyř končetin – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza kompletního snesení minimálně tří končetin, a to nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin – 100 % pojistné částky

Trvalá a úplná paralýza nejméně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů. Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Neurologická onemocnění

Zánět mozku a mozkových membrán – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza meningitidy nebo encefalitidy potvrzené příslušným odborným lékařem, která vede k trvalému neurologickému deficitu, který přetrvává alespoň 3 měsíce od data diagnózy.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Závažná epilepsie – 100 % pojistné částky

Epilepsie diagnostikovaná neurologem potvrzená vyšetřením elektroencefalografie (EEG), případně s použitím dalších vhodných vyšetření jako jsou magnetická rezonance (MRI) či pozitronová emisní tomografie (PET), přičemž se jedná o epilepsii vedoucí ke generalizovaným záchvatům nebo k vážným epileptickým syndromům (např. Dravetové syndrom, Kozhevnikov-Rasmussenův syndrom, Lennox-Gastautův syndrom, Westův syndrom, migrující fokální epilepsie u kojenců) trvající nejméně 6 měsíců i přes adekvátní léčbu antiepileptiky či neurochirurgickou léčbu.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem – neurologem.

Kóma – 100 % pojistné částky

Kómátem se rozumí definitivní diagnóza stavu bezvědomí bez reakce na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, která:

- odpovídá skóre 8 nebo méně na Glasgowské stupnici (závažná porucha) trvající po dobu nejméně 96 hodin a současně
- vyžaduje použití systémů podpory života a vede k trvalému neurologickému deficitu, který musí být vyhodnocen nejméně 30 dní po propuknutí kómatu. Neurologickým deficitem se rozumí symptomy nebo disfunkce v nervovém systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření. Jedná se o symptomy jako znečitlivění, přecitlivělost (hyperestezie), ochrnutí, lokální slabost, porucha řeči (dysartrie), ztráta řeči (afázie), porucha polykání (dysfagie), poškození zraku, problémy s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, otupělost, demence, delirium, kóma. Za neurologický deficit se nepokládá abnormalita viditelná zobrazovacími metodami bez jednoznačně souvisejících klinických symptomů, dále výskyt neurologických příznaků bez symptomatických abnormalit (např. hyperreflexie, tj. zvýšení reflexů, bez dalších symptomů), symptomy na psychologickém či psychiatrickém podkladě.

Diagnóza musí být potvrzena specialistou a neurologický deficit musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně šesti měsíců. Vyloučeny z tohoto připojištění jsou kóma sekundární a jakýkoli stav kómatu, ke kterému dojde v důsledku požití alkoholu nebo zneužívání návykových látek.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Další onemocnění a zdravotní následky

Diabetes mellitus I. typu – 100 % pojistné částky

Chronická porucha metabolismu sacharidů, tuků a proteinů vedoucí k celkovému a nevratnému deficitu inzulínu. Definitivní diagnóza s nutností následné léčby inzulinem musí být stanovena pediatrem.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Závažné astma – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza těžkého přetrvávajícího astmatu, která vedla k nejméně dvěma přijetím v nemocnici během posledních 12 měsíců, přičemž při těchto hospitalizacích byly i přes aplikaci odpovídající léčby dokumentovány hodnoty předpokládané hodnoty ukazatele FEV1 (objem vzduchu za vteřinu usilovného výdechu) 60 % a méně.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Náhrada kloubu – 100 % pojistné částky

Podstoupení operace, při které je nefunkční kloub plně nahrazen protézou. Operace musí být odborným lékařem určena jako medicínsky nezbytná a podložena zobrazovacími metodami.

Pod touto definicí nejsou zahrnuty ortopedické operační úkony či artroplastika bez použití protézy.

Datem pojistné události je den provedení uvedené operace.

Konečné stádium onemocnění ledvin – 100 % pojistné částky

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Závažné popáleniny – 100 % pojistné částky

Popáleniny třetího stupně pokrývající alespoň 20 % povrchu těla pojištěného. Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem a doložena konkrétními výsledky pomocí Lund-Browderova schématu nebo ekvivalentní medicínsky ověřenou metodou stanovení rozsahu popálenin.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Vážné poranění hlavy – 100 % pojistné částky

Těžké traumatické otevřené nebo uzavřené poškození mozkové tkáně vedoucí k vážnému a trvalému poškození, a to nejméně jednomu z následujících: sluchový deficit, záchvaty, intelektuální deficit, kognitivní deficit, deficit řeči, vizuální deficit, psychiatrický deficit, motorický deficit. Jednoznačná diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Konkrétní výsledky testů musí být poskytnuty za účelem prokázání závažné a trvalé povahy poškození, které dále musí být dokumentováno po dobu nejméně šesti měsíců.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně LTC – doživotní renta (tarif LTCD-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 5
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 kalendářní rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutně pro samostatné zvládnutí základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- mobilita,
- orientace,
- kommunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládnout základní životní potřeby samostatně se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy o sociálních službách ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP.

Dlouhodobá péče III. stupně

Dlouhodobou péčí III. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti III (těžká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládnout samostatně 7 nebo 8 základních životních potřeb.

Dlouhodobá péče IV. stupně

Dlouhodobou péčí IV. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti IV (úplná závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládnout samostatně 9 nebo 10 základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně je vznik dlouhodobé péče III. nebo IV. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmů uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
- Datemark vzniku pojistné události je den, kdy příslušný orgán veřejné správy vydal rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně („dále jen příspěvek na péči“) podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení.

Článek 3

Jak se určí a vyplácí pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění **ve výši sjednané pojistné částky za každý započatý měsíc, ve kterém pojištěný splňuje podmínky pro příslušný sjednaný stupeň dlouhodobé péče. Poprvé bude pojistná částka vyplacena za měsíc, ve kterém nastal den pojistné události.**
- Pojistné plnění podle odstavce 1 tohoto článku se vyplácí **do data úmrtí pojištěného, a to bez ohledu na případnou změnu stupně dlouhodobé péče** (v rozsahu III. a IV. stupně) během tohoto období. Pojišťovna má právo ověřit trvání nároku na výplatu pojistného plnění.
- Případný přechodný zánik nároku na příspěvek na péči, který byl přiznán příslušným orgánem veřejné správy po dobu hospitalizace pojištěného, není důvodem k přerušení výplaty pojistného plnění.
- Pojišťovna má **právo kdykoli během výplaty pojistného plnění zkontrolovat, zda je pojistné plnění používáno v souladu se zájmy pojištěného**, tedy na úhradu nákladů souvisejících s poskytováním sociální péče pojištěnému, a to včetně příspěvku pro pečující osobu a včetně případné úhrady zdravotních výrobků a služeb.
- Zjistí-li pojišťovna, že pojistné plnění není používáno na úhradu nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit do doby, do které bude oprávněná osoba schopna prokázat, že pojistné plnění je použito na úhradu nákladů na péči o pojištěného a ve prospěch pojištěného.

Článek 4

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

- Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti samostatně zvládnout základní životní potřeby, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti samostatně zvládnout základní životní potřeby provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař. Datemark pojistné události je v takovém případě den, kdy pojišťovna potvrdí nárok na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče.
- Zachování rozsahu pojistné ochrany i v případě změny příslušných právních předpisů podle předchozího odstavce může mít dopad do daňových aspektů smlouvy, zejména může způsobit ztrátu daňového zvýhodnění.
- Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl upraven rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného za krytá rizika s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zaniká také k datu pojistné události z připojištění. Pojistné plnění se v takovém případě nadále vyplácí v pravidelných měsíčních splátkách i po zániku příslušného připojištění, ze kterého pojistná událost nastala.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 2. 2024.

Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně LTC (tarif LTC1-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je pojištěním nemoci ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 5
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 kalendářní rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutné pro samostatné zvládnutí základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládat základní životní potřeby samostatně se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy o sociálních službách ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP.

Dlouhodobá péče I. stupně

Dlouhodobou péčí I. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti I (lehká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat samostatně 3 nebo 4 základní životní potřeby.

Dlouhodobá péče II. stupně

Dlouhodobou péčí II. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti II (středně těžká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat samostatně 5 nebo 6 základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně je vznik dlouhodobé péče I. nebo II. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmů uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
2. Datem vzniku pojistné události je den, kdy příslušný orgán veřejné správy vydal rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči I. nebo II. stupně (dále jen „příspěvek na péči“) podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení.

Článek 3

Jak se určí a vyplácí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění **ve výši pojistné částky sjednané k datu vzniku pojistné události za každý den, ve kterém pojištěný splňuje podmínky pro I. nebo II. stupeň dlouhodobé péče**, a to až do maximální doby výplaty stanovené v následujícím odstavci. Pojistné plnění je vypláceno postupně v pravidelných měsíčních splátkách.
2. **Maximální doba výplaty pojistného plnění z připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně je 730 dní, a to bez ohledu na případnou změnu stupně dlouhodobé péče** (z I. stupně na II. stupeň nebo obráceně).
3. Případný přechodný zánik přiznaného nároku na příspěvek na péči I. nebo II. stupně po dobu hospitalizace pojištěného není důvodem k přerušení výplaty pojistného plnění. Důvodem k ukončení výplaty pojistného plnění naopak je smrt pojištěného, zánik nároku na příspěvek na péči I. nebo II. stupně nebo vznik nároku na příspěvek na péči vyššího stupně.
4. Pojišťovna má **právo kdykoli během výplaty pojistného plnění zkontrolovat, zda je pojistné plnění používáno v souladu se zájmy pojištěného**, tedy na úhradu nákladů souvisejících s poskytováním sociální péče pojištěnému, a to včetně příspěvku pro pečující osobu a včetně případné úhrady zdravotních výrobků a služeb.
5. Zjistí-li pojišťovna, že pojistné plnění není používáno na úhradu nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit do doby, do které bude oprávněná osoba schopna prokázat, že pojistné plnění je použito na úhradu nákladů na péči o pojištěného a ve prospěch pojištěného.

Článek 4

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

1. Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař. Datem pojistné události je v takovém případě den, kdy pojišťovna potvrdí nárok na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče.
2. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl upraven rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného za krytá rizika s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojistník může vypovědět toto připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedené v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
2. Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně zaniká k datu pojistné události z připojištění. Pojistné plnění se v takovém případě nadále vyplácí v pravidelných měsíčních splátkách až do dosažení maximální doby výplaty nebo do dne, kdy je výplata pojistného plnění ukončena z důvodu zániku nároku na příspěvek na péči I. nebo II. stupně, vzniku nároku na příspěvek na péči vyššího stupně nebo z důvodu smrti pojištěného.
3. Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně zaniká také ke dni zániku připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně LTC – doživotní renta (tarif LTC0-P1R) sjednaného v téže pojistné smlouvě pro téhož pojištěného.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 3. 2025.

Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně LTC (tarif LTC4-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 5
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 kalendářní rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutné pro samostatné zvládnutí základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládnout základní životní potřeby samostatně se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy o sociálních službách ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP.

Dlouhodobá péče III. stupně

Dlouhodobou péčí III. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti III (těžká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládnout samostatně 7 nebo 8 základních životních potřeb.

Dlouhodobá péče IV. stupně

Dlouhodobou péčí IV. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti IV (úplná závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládnout samostatně 9 nebo 10 základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně je vznik dlouhodobé péče III. nebo IV. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmů uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
2. Datem vzniku pojistné události je den, kdy byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči III. nebo IV. stupně („dále jen příspěvek na péči“) příslušným orgánem veřejné správy podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení.
3. Pojišťovna má právo kdykoli během výplaty pojistného plnění zkontrolovat, zda je pojistné plnění používáno v souladu se zájmy pojištěného, tedy na úhradu nákladů souvisejících s poskytováním sociální péče pojištěnému, a to včetně příspěvku pro pečující osobu a včetně případné úhrady zdravotních výrobků a služeb.
4. Zjistí-li pojišťovna, že pojistné plnění není používáno na úhradu nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit do doby, do které bude oprávněná osoba schopna prokázat, že pojistné plnění je použito na úhradu nákladů na péči o pojištěného a ve prospěch pojištěného.

Článek 3

Jak se určí a vyplácí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění **ve výši sjednané pojistné částky za každý započatý měsíc, ve kterém pojištěný splňuje podmínky pro příslušný sjednaný stupeň dlouhodobé péče, nejdříve však za měsíc, ve kterém příslušný orgán veřejné správy vydal rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči.**
2. Pojistné plnění podle odstavce 1 tohoto článku se vyplácí **do data úmrtí pojištěného, nejdéle však po dobu 10 let** ode dne vzniku pojistné události, a to **bez ohledu na případnou změnu stupně dlouhodobé péče** během tohoto deseti-letého období. Pojišťovna má právo ověřit trvání nároku na výplatu pojistného plnění.
3. Pojištěný může před zahájením výplaty pojistného plnění požádat o prodloužení maximální doby výplaty až na 20 let se současným úměrným snížením výše pojistného plnění za každý měsíc. Na prodloužení maximální doby výplaty ve smyslu tohoto odstavce nemá pojištěný právní nárok. Pojišťovna v případě, že tuto žádost akceptuje, sníží pojistné plnění podle následujícího vzorce:
Snížené měsíční plnění = Sjednané měsíční plnění * 10 / PMDV, kde hodnota „PMDV“ označuje prodlouženou maximální dobu výplaty plnění v celých letech (11–20 let). Vypočtená hodnota měsíčního plnění se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
4. Případný přechodný zánik nároku na příspěvek na péči, který byl přiznán příslušným orgánem veřejné správy po dobu hospitalizace pojištěného, není důvodem k přerušení výplaty pojistného plnění.

Článek 4

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti samostatně zvládnout základní životní potřeby, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti samostatně zvládnout základní životní potřeby provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař. Datem pojistné události je v takovém případě den, kdy pojišťovna potvrdí nárok na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl upraven rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného za krytá rizika s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zaniká také k datu pojistné události z připojištění. Pojistné plnění se v takovém případě nadále vyplácí v pravidelných měsíčních splátkách i po zániku příslušného připojištění, ze kterého pojistná událost nastala.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění smrti následkem úrazu (tarif SMUR-P1R)

Připojištění trvalých následků úrazu od 1 % (tarif TN01-P1R)

Připojištění trvalých následků úrazu od 10 % (tarif TN10-P1R)

Připojištění trvalých následků úrazu od 1 % PREMIUM (tarif TNX1-P1R)

Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1 % (tarif JT01-P1R)

Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 10 % (tarif JT10-P1R)

Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1 % PREMIUM (tarif JTX1-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen VPP), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí úrazem – čl. 6
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Trvalé následky: Prokazatelné, lékařem diagnostikované omezení tělesných či duševních funkcí, které je způsobeno úrazem a které je po doléčení označeno příslušným lékařem za trvalý stav nebo jde o stav trvající nejméně po jednom kalendářním roce od data úrazu (více viz čl. 3 odst. 3 těchto ZPP). Rozsah trvalých následků se určuje na základě oceňovací tabulky trvalých následků úrazu, která tvoří Přílohu 3 těchto ZPP (dále jen „oceňovací tabulka TN“) a která stanovuje pro každý trvalý následek procento poškození.

Procento poškození: Příslušné procento, nejvýše však 100 %, jež ohodnocuje rozsah trvalých následků úrazu a které je dáno oceňovací tabulkou TN. Jestliže je v oceňovací tabulce pro daný následek úrazu určeno procentní rozmezí, určí pojišťovna procento poškození ve spolupráci s jí určeným odborníkem nebo zdravotníkem zařízením podle závažnosti následku úrazu.

Progresivní plnění: Způsob určení pojistného plnění v procentech z pojistné částky v případech, kdy úraz zanechá procento poškození nejméně 26 % (resp. nejméně 13 % pro připojištění označené v názvu slovem PREMIUM, tj. tarify TNX1-P1R, JTX1-P1R). Výše progresivního plnění pro jednotlivá procenta poškození je uvedena v Příloze 1, resp. 2 těchto ZPP podle sjednaného typu připojištění.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění smrti následkem úrazu je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku způsobí smrt pojištěného.
2. Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku zanechá trvalé následky odpovídající nejméně procentnímu poškození uvedenému v názvu sjednaného připojištění, tj. 1 % nebo 10 %.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě pojistné události z připojištění smrti následkem úrazu vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události.
2. V případě pojistné události trvalých následků úrazu vyplácí pojišťovna pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz oceňovací tabulku TN) z pojistné částky sjednaného připojištění platné k datu pojistné události, přičemž zohlední případné progresivní plnění podle Přílohy 1, příp. Přílohy 2 těchto ZPP v závislosti na sjednaném tarifu.

3. Výše pojistného plnění může být stanovena a vyplacena až po ustálení trvalých následků. Pokud však ani po uplynutí jednoho roku od data úrazu není možné jednoznačně určit rozsah trvalých následků, protože nejsou ustáleny, vyplácí pojišťovna přiměřenou zálohu podle jejich očekávaného rozsahu po ustálení a ukončení léčby. Následně má pojišťovna i pojištěný (zejm. pokud dojde ke zhoršení rozsahu trvalých následků) právo nechat stupeň poškození jednou ročně přezkoumat a v případě zhoršení rozsahu doplatit rozdíl mezi již vyplaceným pojistným plněním a nově vyměřeným pojistným plněním stanoveným na základě přezkoumání těchto trvalých následků. Právo nechat stupeň poškození přezkoumat a nově vyměřit zaniká uplynutím doby čtyř let ode dne vzniku úrazu.
4. Pokud dojde ke vzniku trvalého následku, který není uveden v oceňovací tabulce TN a současně splňuje kritéria pojistné události včetně minimálního procenta poškození, určí pojišťovna ve spolupráci s jí určeným odborným lékařem výši pojistného plnění analogicky, tj. podle trvalého následku, který je v oceňovací tabulce TN uveden a který je mu svou povahou nejbližší. Není-li možné určit výši pojistného plnění ani analogicky, určí ji pojišťovna ve spolupráci s odborným lékařem.

Článek 4

Jaká jsou maxima a limity pojistného plnění

1. Pokud jediný úraz zanechá pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, stanoví pojišťovna pojistné plnění jako součet procent poškození za všechny vzniklé trvalé následky, a to až do maximální výše 100 %. Výplatou pojistného plnění podle předchozí věty připojištění zaniká.
2. Pokud jediný úraz zanechá více trvalých následků na téže části těla – orgánu, údu, končetině nebo jejich části, hodnotí se tyto trvalé následky součtem procent poškození za každý z nich, přičemž maximálně budou v úhrnu hodnoceny procentem poškození uvedeným v oceňovací tabulce TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, údu, končetiny nebo jejich části.
3. Pokud dojde k pojistné události vzniku trvalých následků na části těla nebo orgánu, jehož funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se procento poškození s přihlédnutím k předchozímu funkčnímu poškození následovně: od procenta poškození posuzovaného trvalého následku se odečte procento poškození, které úrazu předcházelo. Pro určení obou procentních hodnot se použije oceňovací tabulka TN, příp. se použije postup popsáný v odst. 4 článku 3.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojistník může vypovědět tato připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění trvalých následků úrazu uvedená v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění smrti následkem úrazu, a to po celou dobu trvání smlouvy, resp. po celou dobu trvání připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
2. Připojištění zaniknou ve smyslu čl. 4 odst. 1 těchto ZPP výplatou pojistného plnění za trvalé následky, které odpovídají procentnímu poškození 100 % z jedné pojistné události podle oceňovací tabulky TN.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Příloha 1: Tabulka progresivního plnění pro připojištění trvalých následků úrazu (TN01-P1R, TN10-P1R) a připojištění trvalých následků úrazu dítěte (JT01-P1R, JT10-P1R)

procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky
1 %	1 %	35 %	55 %	69 %	195 %
2 %	2 %	36 %	58 %	70 %	200 %
3 %	3 %	37 %	61 %	71 %	205 %
4 %	4 %	38 %	64 %	72 %	210 %
5 %	5 %	39 %	67 %	73 %	215 %
6 %	6 %	40 %	70 %	74 %	220 %
7 %	7 %	41 %	73 %	75 %	225 %
8 %	8 %	42 %	76 %	76 %	236 %
9 %	9 %	43 %	79 %	77 %	247 %
10 %	10 %	44 %	82 %	78 %	258 %
11 %	11 %	45 %	85 %	79 %	269 %
12 %	12 %	46 %	88 %	80 %	280 %
13 %	13 %	47 %	91 %	81 %	291 %
14 %	14 %	48 %	94 %	82 %	302 %
15 %	15 %	49 %	97 %	83 %	313 %
16 %	16 %	50 %	100 %	84 %	324 %
17 %	17 %	51 %	105 %	85 %	335 %
18 %	18 %	52 %	110 %	86 %	346 %
19 %	19 %	53 %	115 %	87 %	357 %
20 %	20 %	54 %	120 %	88 %	368 %
21 %	21 %	55 %	125 %	89 %	379 %
22 %	22 %	56 %	130 %	90 %	390 %
23 %	23 %	57 %	135 %	91 %	401 %
24 %	24 %	58 %	140 %	92 %	412 %
25 %	25 %	59 %	145 %	93 %	423 %
26 %	28 %	60 %	150 %	94 %	434 %
27 %	31 %	61 %	155 %	95 %	445 %
28 %	34 %	62 %	160 %	96 %	458 %
29 %	37 %	63 %	165 %	97 %	467 %
30 %	40 %	64 %	170 %	98 %	479 %
31 %	43 %	65 %	175 %	99 %	489 %
32 %	46 %	66 %	180 %	100 %	500 %
33 %	49 %	67 %	185 %		
34 %	52 %	68 %	190 %		

Příloha 2: Tabulka progresivního plnění pro připojištění trvalých následků úrazu „PREMIUM“ (TNX1-P1R, JTX1-P1R)

procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky
1 %	1 %	35 %	103 %	69 %	457 %
2 %	2 %	36 %	110 %	70 %	471 %
3 %	3 %	37 %	117 %	71 %	486 %
4 %	4 %	38 %	124 %	72 %	501 %
5 %	5 %	39 %	131 %	73 %	516 %
6 %	6 %	40 %	139 %	74 %	531 %
7 %	7 %	41 %	147 %	75 %	547 %
8 %	8 %	42 %	155 %	76 %	562 %
9 %	9 %	43 %	163 %	77 %	578 %
10 %	10 %	44 %	172 %	78 %	598 %
11 %	11 %	45 %	180 %	79 %	611 %
12 %	12 %	46 %	189 %	80 %	628 %
13 %	14 %	47 %	198 %	81 %	644 %
14 %	16 %	48 %	208 %	82 %	661 %
15 %	18 %	49 %	217 %	83 %	679 %
16 %	20 %	50 %	227 %	84 %	696 %
17 %	22 %	51 %	237 %	85 %	714 %
18 %	25 %	52 %	248 %	86 %	732 %
19 %	27 %	53 %	258 %	87 %	750 %
20 %	30 %	54 %	269 %	88 %	769 %
21 %	34 %	55 %	280 %	89 %	787 %
22 %	37 %	56 %	291 %	90 %	806 %
23 %	41 %	57 %	302 %	91 %	825 %
24 %	45 %	58 %	314 %	92 %	845 %
25 %	49 %	59 %	326 %	93 %	865 %
26 %	54 %	60 %	338 %	94 %	885 %
27 %	58 %	61 %	350 %	95 %	905 %
28 %	63 %	62 %	363 %	96 %	925 %
29 %	68 %	63 %	376 %	97 %	945 %
30 %	73 %	64 %	389 %	98 %	966 %
31 %	79 %	65 %	402 %	99 %	987 %
32 %	85 %	66 %	415 %	100 %	1 000 %
33 %	91 %	67 %	429 %		
34 %	97 %	68 %	443 %		

**Příloha 3: Oceňovací tabulka trvalých následků úrazu („oceňovací tabulka TN“)
pro připojištění trvalých následků (TN01-P1R, TN10-P1R, TNX1-P1R, TN01-C1R) a trvalých následků
úrazu dítěte (JT01-P1R, JT10-P1R, JTX1-P1R, JT01-C1R)**

Název diagnózy		procento poškození
1) Úrazy hlavy a smyslových orgánů		
1	Deformace nosu s funkční poruchou průchodnosti	1–10
2	Chronický atrofický zánět sliznice nosní po poleptání nebo popálení	1–10
3	Chronický hnisavý poúrazový zánět vedlejších dutin nosních	10
4	Chronický hnisavý zánět středního ucha prokázaný jako přímý následek úrazu: s tvorbou cholesteatomu	20
5	Chronický hnisavý zánět středního ucha prokázaný jako přímý následek úrazu: slizniční	10
6	Chybné postavení řas operativně nekorigovatelné na jednom oku	5
7	Chybné postavení řas operativně nekorigovatelné na obou očích	10
8	Lehké objektivní příznaky nebo lékařským pozorováním zjištěné subjektivní potíže bez objektivního nálezu po těžkých zraněních hlavy	20
9	Mozková píštěl po poranění spodiny lebni (likvororea)	15
10	Nahluchlost jednostranná středního stupně	1–5
11	Nahluchlost jednostranná těžkého stupně	6–12
12	Nahluchlost oboustranná lehkého stupně	1–10
13	Nahluchlost oboustranná středního stupně	11–20
14	Nahluchlost oboustranná těžkého stupně	21–35
15	Omezení hybnosti dolní čelisti (s pootevřením do 1 cm)	5
16	Perforace nosní přepážky	5
17	Porucha labyrintu jednostranná podle stupně	10–20
18	Porucha labyrintu oboustranná podle stupně	30–50
19	Porušení průchodnosti slzných cest na jednom oku	5
20	Porušení průchodnosti slzných cest na obou očích	10
21	Posttraumatický lagoftalmus operativně nekorigovatelný jednostranný	10
22	Posttraumatický lagoftalmus operativně nekorigovatelný oboustranný	16
23	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami lehkého stupně	1–10
24	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami středního stupně	11–20
25	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami těžkého stupně	21–35
26	Ptóza horního víčka operativně nekorigovatelná jednostranná	15
27	Ptóza horního víčka operativně nekorigovatelná oboustranná	60
28	Snížení zrakové ostrosti či ztráta zraku jednoho oka – hodnocení podle pomocné tabulky poškození zraku viz níže	viz tabulku poškození zraku níže
29	Snížení zrakové ostrosti či ztráta zraku obou očí – hodnocení podle pomocné tabulky poškození zraku viz níže	viz tabulku poškození zraku níže
30	Stavy po poranění jazyka s defektem tkáně nebo jizevnatými deformacemi (jen pokud se již nehodnotí ztráta hlasu)	15
31	Subjektivní potíže těžkých zraněních jiných částí těla bez objektivního nálezu zjištěné lékařským pozorováním	1–15
32	Traumatická porucha akomodace jednostranná	5
33	Traumatická porucha akomodace oboustranná	8
34	Traumatická porucha lícního nervu	1–15
35	Traumatická porucha okohybných nervů nebo porucha rovnováhy okohybných svalů	1–25

Název diagnózy		procento poškození
36	Traumatické poškození trojklaného nervu podle stupně: a) poškození jedné větve	5
37	Traumatické poškození trojklaného nervu podle stupně: b) poškození dvou větví	10
38	Traumatické poškození trojklaného nervu podle stupně: c) poškození tří větví	15
39	Trvalá poúrazová perforace bubínku bez zjevné sekundární infekce	5
40	Úplná nehybnost dolní čelisti	25
41	Úplná ztráta zraku jednoho oka	50
42	Úplná ztráta zraku obou očí	100
43	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu přes 5 cm ² do 10 cm ²	15
44	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu do 2 cm ²	5
45	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu přes 2 cm ² do 5 cm ²	10
46	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu nad 10 cm ²	16–25
47	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy lehkého stupně	20
48	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy středního stupně	50
49	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy těžkého stupně	100
50	Ztráta celého jazyka	40
51	Ztráta celého nosu bez zúžení	20
52	Ztráta celého nosu se zúžením	25
53	Ztráta čelisti	60
54	Ztráta čichu	1–10
55	Ztráta čočky na jednom oku, včetně poruchy akomodace	5–15
56	Ztráta hrotu nosu	8
57	Ztráta chuti dle rozsahu	1–10
58	Ztráta jednoho boltce	10
59	Ztráta obou boltců	20
60	Ztráta sluchu jednoho ucha	35
61	Ztráta sluchu obou uší	60
62	Ztráta více než poloviny jazyka	10
Jizvy v obličejové části hlavy		
63	Defekty rtů	5
64	Podélné jizvy nad 4 cm	1,5
65	Podélné jizvy od 1 cm do 4 cm	0,5 (plnění ve výši 0,5 % je poskytnuto nad rámec ZPP připojištění, u nichž je v názvu obsaženo od 1 %)
66	Podélné keloidní jizvy nad 4 cm	4
67	Podélné keloidní jizvy od 2 cm do 4 cm	1,5
2) Poškození chrupu (způsobené úrazem)		
68	Ztráta jednoho trvalého zubu (nejméně 50 % celého zubu, tj. včetně kořene)	1

Název diagnózy		procento poškození
69	Ztráta každého dalšího trvalého zubu (nejméně 50 % celého zubu, tj. včetně kořene)	1
3) Úrazy krku		
70	Stav po tracheotomii s trvale zavedenou kanylou (nelze současně oceňovat se zúžením hrtanu a afonií)	50
71	Stav po úrazu průdušnice nebo hrtanu s trvale zavedenou kanylou	50
72	Ztížení mluvy následkem poškození ústrojí mluvy nebo porucha hlasu při nedomykavosti hlasivek	20
73	Ztráta hlasu (afonie)	25
74	Ztráta mluvy následkem poškození ústrojí mluvy	30
75	Zúžení hrtanu nebo průdušnice lehkého stupně	1–15
76	Zúžení hrtanu nebo průdušnice středního stupně	16–30
77	Zúžení hrtanu nebo průdušnice těžkého stupně	50–80
4) Úrazy hrudníku, plic, srdce nebo jícnu		
78	Jiné následky poranění plic podle stupně a rozsahu, jednostranně (spiometrické vyšetření)	20–40
79	Jiné následky poranění plic podle stupně a rozsahu, oboustranně (spiometrické vyšetření)	25–100
80	Omezení funkce plic od 10 %	5
81	Omezení funkce plic od 25 %	15
82	Omezení funkce plic od 50 %	25
83	Omezení funkce plic od 75 %	40
84	Omezení hybnosti hrudníku a srůstů plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spiometrické vyšetření) lehkého stupně	1–10
85	Omezení hybnosti hrudníku a srůstů plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spiometrické vyšetření) středního stupně	11–20
86	Omezení hybnosti hrudníku a srůstů plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spiometrické vyšetření) těžkého stupně	21–30
87	Píštěl jícnu	30
88	Porucha srdeční (pouze po přímém poranění, klinicky ověřené, podle stupně poranění, vyš. EKG)	10–100
89	Poúrazové zúžení jícnu lehkého stupně	1–10
90	Poúrazové zúžení jícnu středního stupně	11–30
91	Poúrazové zúžení jícnu těžkého stupně	31–60
92	Ztráta jedné plíce	35
93	Ztráta jednoho celého prsu (u žen)	15
94	Ztráta obou celých prsů (u žen)	30
5) Úrazy břicha, trávicích orgánů, močových cest a pohlavních orgánů		
95	Hydrokéla	5
96	Nedomykavost řitních svěračů částečná	20
97	Nedomykavost řitních svěračů úplná	60
98	Píštěl močového měchýře nebo močové roury	50
99	Porušení břišní stěny provázené porušením břišního lisu	10–25
100	Poškození funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy výživy	25–100
101	Poúrazové deformity ženských pohlavních orgánů	10–50
102	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce) lehkého stupně	1–10
103	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce) středního stupně	11–20
104	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce) těžkého stupně	21–50

Název diagnózy		procento poškození
105	Poúrazové následky poranění močových cest (kromě ledvin), zejména zúžení močové trubice	25
106	Poúrazové následky poškození orgánů trávicí soustavy kromě slinivky břišní po ukončení léčby	1–15
107	Poúrazové následky poškození slinivky	20
108	Poúrazové zúžení konečníku nebo řiti lehkého stupně	1–10
109	Poúrazové zúžení konečníku nebo řiti středního stupně	11–20
110	Poúrazové zúžení konečníku nebo řiti těžkého stupně	21–60
111	Sterkorální píštěl podle sídla a rozsahu reakce v okolí	30–60
112	Ztráta části jater (dle rozsahu)	1–40
113	Ztráta části sleziny podle stupně poruchy funkce	1–15
114	Ztráta dělohy	5–40
115	Ztráta jedné ledviny	25
116	Ztráta jednoho vaječníku	1–10
117	Ztráta jednoho varlete	10
118	Ztráta obou ledvin	100
119	Ztráta obou vaječníků	10–35
120	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence (ověřeno phalloplethysmografií)	20–35
121	Ztráta penisu nebo závažné deformity	10–40
122	Ztráta sleziny	20
6) Úrazy páteře a míchy		
123	Omezení hybnosti páteře lehkého stupně	5–10
124	Omezení hybnosti páteře středního stupně	11–25
125	Omezení hybnosti páteře těžkého stupně	26–55
126	Poúrazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů s trvalými objektivními příznaky lehkého stupně	10–25
127	Poúrazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů s trvalými objektivními příznaky středního stupně	26–40
128	Poúrazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů s trvalými objektivními příznaky těžkého stupně	41–100
7) Úrazy pánve		
129	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u mužů	15–65
130	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen	15–65
8) Úrazy horních končetin		
U položek ve skupině 8 až 15 se výrazem „vpravo“ rozumí postižení dominantní horní končetiny, výrazem „vlevo“ postižení nedominantní horní končetiny.		
131	Chronický zánět kostní dřeně jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu vlevo	25
132	Chronický zánět kostní dřeně jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu vpravo	30
133	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární vlevo	4
134	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární vpravo	5
135	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulárního kloubu vlevo (Tossy II a III)	4
136	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulárního kloubu vpravo (Tossy II a III)	5
137	Omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplné nad 135 st.) vlevo	4

Název diagnózy		procento poškození
138	Omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplné nad 135 st.) vpravo	5
139	Omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.) vlevo	8
140	Omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.) vpravo	10
141	Omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.) vlevo	15
142	Omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.) vpravo	18
143	Pakloub kosti pažní vlevo	35
144	Pakloub kosti pažní vpravo	40
145	Recidivující posttraumatická luxace ramenního kloubu vlevo (více jak 3x lékařem reponované, luxace RTG ověřena)	12
146	Recidivující posttraumatická luxace ramenního kloubu vpravo (více jak 3x lékařem reponované, luxace RTG ověřena)	15
147	Trvalé následky po přetržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu vlevo	2
148	Trvalé následky po přetržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu vpravo	3
149	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jím blízká) vlevo	30
150	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jím blízká) vpravo	35
151	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50 st. flexe 40–45 st., vnitřní rotace 20 st.) vlevo	25
152	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50 st. flexe 40–45 st., vnitřní rotace 20 st.) vpravo	30
153	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem vlevo	60
154	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem vpravo	70
9) Poškození oblasti loketního kloubu a předloktí		
155	Chronický zánět kostní dřeně kosti předloktí vlevo (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	22
156	Chronický zánět kostní dřeně kosti předloktí vpravo (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	27
157	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo – lehkého stupně	5
158	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo – středního stupně	10
159	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo – těžkého stupně	15
160	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo – lehkého stupně	6
161	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo – středního stupně	12
162	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo – těžkého stupně	18
163	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vlevo – lehkého stupně	2
164	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vlevo – středního stupně	8
165	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vlevo – těžkého stupně	16
166	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vpravo – lehkého stupně	5
167	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vpravo – středního stupně	10
168	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vpravo – těžkého stupně	20

Název diagnózy		procento poškození
169	Pakloub kosti loketní vlevo	15
170	Pakloub kosti loketní vpravo	20
171	Pakloub kosti vřetenní vlevo	25
172	Pakloub kosti vřetenní vpravo	30
173	Pakloub obou kostí předloktí vlevo	30
174	Pakloub obou kostí předloktí vpravo	40
175	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních s nemožností přivracení nebo odvrácení předloktí v nepříznivém postavení (v maximální pronaci nebo supinaci) vlevo	16
176	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních s nemožností přivracení nebo odvrácení předloktí v nepříznivém postavení (v maximální pronaci nebo supinaci) vpravo	20
177	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí postavení jím blízká) vlevo	25
178	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jím blízká) vpravo	30
179	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení (úhel ohnutí 90–95 st.) vlevo	16
180	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení (úhel ohnutí 90–95 st.) vpravo	20
181	Viklavý loketní kloub vlevo	15
182	Viklavý loketní kloub vpravo	20
183	Ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu vlevo	50
184	Ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu vpravo	60
10) Ztráta nebo poškození ruky		
185	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo – lehkého stupně	5
186	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo – středního stupně	10
187	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo – těžkého stupně	17
188	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo – lehkého stupně	6
189	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo – středního stupně	18
190	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo – těžkého stupně	20
191	Pakloub člunkové kosti vlevo	13
192	Pakloub člunkové kosti vpravo	15
193	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním dlaňovém ohnutí) vlevo	25
194	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním dlaňovém ohnutí) vpravo	30
195	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním hřbetním ohnutí) vlevo	25
196	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním hřbetním ohnutí) vpravo	30
197	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení (postavení 20–40 st. hřbetního ohnutí) vlevo	17
198	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení (postavení 20–40 st. hřbetního ohnutí) vpravo	20
199	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – lehkého stupně	8
200	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – středního stupně	10
201	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – těžkého stupně	15
202	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – lehkého stupně	10
203	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – středního stupně	15

Název diagnózy		procento poškození
204	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – těžkého stupně	20
205	Ztráta prstů ruky mimo palec včetně záprstních kostí vlevo	38
206	Ztráta prstů ruky mimo palec včetně záprstních kostí vpravo	45
207	Ztráta ruky v zápěstí vlevo	55
208	Ztráta ruky v zápěstí vpravo	60
209	Ztráta všech prstů ruky, případně včetně záprstních kostí vlevo	42
210	Ztráta všech prstů ruky, případně včetně záprstních kostí vpravo	50
11) Poškození palce na ruce		
211	Omezení hybnosti karpometakarpálního kloubu palce podle stupně vlevo	1–7
212	Omezení hybnosti karpometakarpálního kloubu palce podle stupně vpravo	1–9
213	Trvalé následky po špatně zhojené Bennetově zlomenině s trvajícím subluxací, kromě plnění za poruchu funkce vlevo	2
214	Trvalé následky po špatně zhojené Bennetově zlomenině s trvajícím subluxací, kromě plnění za poruchu funkce vpravo	3
215	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v nepříznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce) vlevo	1–7
216	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v nepříznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce) vpravo	1–9
217	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice) vpravo	1–6
218	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice) vlevo	1–5
219	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí) vlevo	7
220	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí) vpravo	8
221	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi) vlevo	6
222	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi) vpravo	7
223	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí) vlevo	6
224	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí) vpravo	6
225	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení vlevo	21
226	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení vpravo	25
227	Úplná ztuhlost základního kloubu palce vlevo	5
228	Úplná ztuhlost základního kloubu palce vpravo	6
229	Ztráta apexu vpravo i vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	1
230	Ztráta koncového článku palce vlevo	7
231	Ztráta koncového článku palce vpravo	9
232	Ztráta obou článků palce vlevo	15
233	Ztráta obou článků palce vpravo	18
234	Ztráta palce se záprstní kostí vlevo	21
235	Ztráta palce se záprstní kostí vpravo	25

Název diagnózy		procento poškození
12) Porucha úchopové funkce palce		
Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu		
236	lehkého stupně vlevo	1,5
237	lehkého stupně vpravo	2
238	středního stupně vlevo	3
239	středního stupně vpravo	4
240	těžkého stupně vlevo	5
241	těžkého stupně vpravo	6
Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlankového kloubu		
242	lehkého stupně vlevo	1
243	lehkého stupně vpravo	2
244	středního stupně vlevo	3
245	středního stupně vpravo	4
246	těžkého stupně vlevo	5
247	těžkého stupně vpravo	6
Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu		
248	lehkého stupně vlevo	1
249	lehkého stupně vpravo	2
250	středního stupně vlevo	5
251	středního stupně vpravo	6
252	těžkého stupně vlevo	7
253	těžkého stupně vpravo	9
13) Poškození ukazováku		
254	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlankových kloubů ukazováku vlevo, při neporušené úchopové funkci	1
255	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlankových kloubů ukazováku vpravo, při neporušené úchopové funkci	2
256	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce vlevo	2
257	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce vpravo	3
258	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí 1–3 cm vlevo	3
259	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí 1–3 cm vpravo	4
260	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 3–4 cm vlevo	10
261	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 3–4 cm vpravo	12
262	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 4 cm vlevo	12
263	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 4 cm vpravo	15
264	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení vlevo	10

Název diagnózy		procento poškození
265	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení vpravo	12
266	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním ohnutí vlevo	12
267	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním ohnutí vpravo	15
268	Ztráta apexu vpravo i vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	1
269	Ztráta dvou článků ukazováku vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	7
270	Ztráta dvou článků ukazováku vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	8
271	Ztráta koncového článku ukazováku vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	3
272	Ztráta koncového článku ukazováku vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	4
273	Ztráta ukazováku se záprstní kostí vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	13
274	Ztráta ukazováku se záprstní kostí vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	15
275	Ztráta všech tří článků ukazováku vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	10
276	Ztráta všech tří článků ukazováku vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	12
14) Poškození prostředníku, prsteníku a malíku		
277	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánekových kloubů při neporušené úchopové funkce prstů vlevo	1
278	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánekových kloubů při neporušené úchopové funkce prstů vpravo	1,5
279	Nemožnost úplného natažení jednoho základního kloubu prstu s poruchou abdukce vlevo	1
280	Nemožnost úplného natažení jednoho základního kloubu prstu s poruchou abdukce vpravo	2
281	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 3 cm vlevo	2
282	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 3 cm vpravo	3
283	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 3 až 4 cm vlevo	5
284	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 3 až 4 cm vpravo	6
285	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm vlevo	6
286	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm vpravo	8
287	Úplná ztuhlost všech 3 kloubů jednoho prstu v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránicím funkcí sousedních prstů) vlevo	7
288	Úplná ztuhlost všech 3 kloubů jednoho prstu v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránicím funkcí sousedních prstů) vpravo	9
289	Ztráta 2 článků prstu se zachovalou funkcí základního kloubu vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	5
290	Ztráta 2 článků prstu se zachovalou funkcí základního kloubu vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	6
291	Ztráta apexu jednoho z prstů vpravo i vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	1
292	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	9
293	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	10
294	Ztráta koncového článku jednoho z uvedených prstů vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	2,5
295	Ztráta koncového článku jednoho z uvedených prstů vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	3

Název diagnózy		procento poškození
296	Ztráta všech 3 článků nebo 2 čl. se ztuhlostí základního kloubu vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	7
297	Ztráta všech 3 článků nebo 2 čl. se ztuhlostí základního kloubu vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	9
15) Traumatické poruchy nervů horních končetin		
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické		
298	Traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohýbače karpu a části hlubokého ohýbače prstů vlevo	1–25
299	Traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohýbače karpu a části hlubokého ohýbače prstů vpravo	1–30
300	Traumatická porucha distální části středního nervu, postižení hlavně thenarového svalstva vlevo	12
301	Traumatická porucha distální části středního nervu, postižení hlavně thenarového svalstva vpravo	15
302	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů vlevo	1–33
303	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů vpravo	1–40
304	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů vlevo	1–37
305	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů vpravo	1–45
306	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů vlevo	1–25
307	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů vpravo	1–30
308	Traumatická porucha nervu axilárního vlevo	1–25
309	Traumatická porucha nervu axilárního vpravo	1–30
310	Traumatická porucha nervu muskulokutánního vlevo	1–20
311	Traumatická porucha nervu muskulokutánního vpravo	1–30
312	Traumatická porucha nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu vlevo	1–27
313	Traumatická porucha nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu vpravo	1–35
314	Traumatická porucha všech tří nervů, popřípadě i celé pleteně pažní vlevo	10–60
315	Traumatická porucha všech tří nervů, popřípadě i celé pleteně pažní vpravo	10–70
U položek ve skupině 8 až 15 se výrazem „vpravo“ rozumí postižení dominantní horní končetiny, výrazem „vlevo“ postižení nedominantní horní končetiny.		
16) Úrazy dolních končetin		
316	Endoprotéza kyčelního kloubu mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu	30
317	Chronický zánět kostní dřeně kosti stehenní jen po otevřených zlomeninách nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	25
318	Luxace kyčle	20
319	Paklob stehenní kosti nebo nekroza hlavičky	40
320	Pouřazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené) s úchytkou osovou nebo rotační, za každých celých 5 st. úchytky (prokázané rtg)	5
321	Úchytky přes 45 st. se hodnotí jako ztráta končetiny	60
322	Zkrácení jedné dolní končetiny od 1 do 2 cm – absolutní zkratek	1–3
323	Zkrácení jedné dolní končetiny nad 2 do 4 cm – absolutní zkratek	4–10
324	Zkrácení jedné dolní končetiny nad 4 do 6 cm – absolutní zkratek	11–15
325	Zkrácení jedné dolní končetiny nad 6 cm – absolutní zkratek	16–20

Název diagnózy		procento poškození
326	Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo v oblasti mezi kyčelním a kolenním kloubem	60
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické		
327	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu lehkého stupně	1–10
328	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu středního stupně	11–20
329	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu těžkého stupně	21–30
330	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v nepříznivém postavení (úplné přitažení nebo odtažení, natažení nebo ohnutí a postavení těmto blízka)	40
331	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v příznivém postavení (lehké odtažení a základní postavení nebo nepatrné ohnutí)	30
17) Poškození kolena		
332	Endoprotéza v oblasti kolenního kloubu (mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu)	15
333	Luxace kolena	20
334	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu lehkého stupně, ne však po totální endoprotéze kolenního kloubu (TEP)	1–8
335	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu středního stupně	10–13
336	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu těžkého stupně	16–25
337	Trvalé následky po operativním vynětí jednoho menisku (podle rozsahu odstraněné části – min. 1/3 menisku, průkaz operačním nálezem, nutné omezení hybnosti)	1–5
338	Trvalé následky po operativním vynětí obou menisků (podle rozsahu odstraněných částí – min. 1/3 menisků, průkaz operačním nálezem, nutné omezení hybnosti)	1–10
339	Trvalé následky po vynětí česky včetně atrofie stehenních a lýtkových svalů	15–25
340	Úplná ztuhlost kolena v příznivém postavení (úhel ohnutí 15 st. až 20 st.)	25
341	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti jednoho postranního vazů	1–5
342	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti předního a zadního zkříženého vazů	16–25
343	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti předního nebo zadního zkříženého vazů	6–12
344	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – ohnutí nad 30 st.	45
345	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – úplné natažení nebo ohnutí nad úhel 20 st.	30
18) Poškození bérce		
346	Chronický zánět kostní dřene kosti bérce jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	25
347	Pakloub kosti holenní nebo obou kostí bérce	40
348	Pouřazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomenin v osové nebo rotační úchyly (úchyly musí být prokázány na RTG), za každých celých 5 st.	5
349	Úchyly přes 45 st. (hodnotí se jako ztráta bérce)	50
350	Ztráta dolní končetiny v bérce se zachovalým kolenem	45
351	Ztráta dolní končetiny v bérce se ztuhlým kolenním kloubem	50
19) Poškození v oblasti hlezenního kloubu		
352	Chronický zánět kostní dřene v oblasti tarzálních a metatarzálních kostí, jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	20
353	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu lehkého stupně	1–5
354	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu středního stupně	7–12

Název diagnózy		procento poškození
355	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu těžkého stupně	13–20
356	Omezení pronace a supinace nohy	1–12
357	Plochá nebo vybočená noha následkem úrazu a jiné pouřazové deformity v oblasti hlezna a nohy	1–25
358	Úplná ztráta pronace a supinace nohy	15
359	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v nepříznivém postavení (dorzální flexe nebo větší plantární flexe nad 20 st.)	30
360	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v pravoúhlém postavení	25
361	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v příznivém postavení (plantární flexe od 5 st. do 20 st.)	20
362	Viklavost hlezenního kloubu (nutný průkaz na RTG nebo USG)	1–20
363	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu s artrodézou hlezna	30
364	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu s pahýlem v plantární flexi	40
365	Ztráta chodidla v Lisfrancově kloubu nebo pod ním	25
366	Ztráta nohy v hlezenním kloubu nebo pod ním	40
20) Poškození v oblasti nohy		
367	Omezení pohyblivosti mezičlánekového kloubu palce nohy	1–3
368	Omezení pohyblivosti základního kloubu palce nohy	1–7
369	Porucha funkce kteréhokoliv jiného prstu nohy než palce, za každý prst	1
370	Pouřazová atrofie svalstva dolních končetin při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu, na bérce	1–3
371	Pouřazová atrofie svalstva dolních končetin při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu, na stehně	1–5
372	Pouřazové oběhové a trofické poruchy na obou dolních končetinách	1–30
373	Pouřazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	1–15
374	Úplná ztuhlost mezičlánekového kloubu palce nohy	3
375	Úplná ztuhlost obou kloubů palce nohy	10
376	Úplná ztuhlost základního kloubu palce nohy	7
377	Ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku), za každý prst	2
378	Ztráta koncového článku palce nohy	3
379	Ztráta malíku nohy se zánětlivou kostí nebo s její částí	10
380	Ztráta obou článků palce nohy	10
381	Ztráta obou článků palce nohy se záprstní kostí nebo s její částí	15
382	Ztráta všech prstů nohy	15
21) Traumatické poruchy nervů dolní končetiny		
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické.		
383	Traumatická porucha distální části nervu holenního s postižením funkce prstů	1–5
384	Traumatická porucha hluboké větve nervu lýtkového	1–20
385	Traumatická porucha kmene nervu holenního s postižením všech inervovaných svalů	1–35
386	Traumatická porucha kmene nervu lýtkového s postižením všech inervovaných svalů	1–30
387	Traumatická porucha nervu obturatorního	1–20
388	Traumatická porucha nervu sedacího	5–50
389	Traumatická porucha nervu stehenního	1–30
390	Traumatická porucha povrchní větve nervu lýtkového	1–10

Název diagnózy		procento poškození
22) Ostatní druhy poranění		
391	Duševní poruchy způsobené úrazem	neplní se
392	Nahluchlost jednostranná lehkého stupně	neplní se
393	Poúrazové bolesti bez funkčního poškození	neplní se
394	Rozsáhlé plošné jizvy nad 15 % povrchu těla	11–40
395	Rozsáhlé plošné jizvy od 0,5 do 15 % povrchu těla	1–10
396	Ztráta vitality zubu	neplní se
397	Ztráta zubu pokud je menší než 50 % celého trvalého zubu (včetně kořene)	neplní se
398	Ztráta, odlomení a poškození mléčných zubů a umělých zubních náhrad	neplní se

Tabulka poškození zraku – doplněk Přílohy 3

Procento poškození při snížení zrakové ostrosti (doplnění pro diagnózy č. 28 a 29)									
Vizus	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60
6/6	0 %	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	25 %
6/9	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	28 %
6/12	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	31 %
6/15	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	35 %
6/18	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	39 %
6/24	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	44 %
6/36	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %
6/60	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %	55 %
3/60	25 %	28 %	31 %	35 %	39 %	44 %	49 %	55 %	65 %

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů (tarif DOU3-P1R)

Připojištění denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů (tarif JDO3-P1R)

Připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE (tarif DOUP-P1R)

Připojištění denního odškodného úrazu dítěte PROGRESE (tarif JDOP-P1R)

Připojištění denního odškodného vybraných úrazů (tarif DO60-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí úrazem – čl. 6
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Hrubý příjem – vymezení pojmu (čl. 2)

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí v případě tarifů DOU3-P1R, DOUP-P1R, JDO3-P1R a JDOP-P1R je úraz ve smyslu VPP, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který je uveden v oceňovací tabulce pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů obsažené v Příloze 2 těchto ZPP (dále „oceňovací tabulka DO“) jako úraz, za který náleží pojistné plnění.
- Pojistnou událostí v případě tarifů DOU3-P1R, DOUP-P1R, JDO3-P1R a JDOP-P1R je také úraz, který není v oceňovací tabulce DO uveden, pokud doba léčení tohoto úrazu byla delší než 21 dní. Pojišťovna nebo jí pověřený lékař určí v takovém případě výši pojistného plnění analogicky podle úrazu, který je v oceňovací tabulce DO uveden a který je mu svou povahou nejbližší.
- Pojistnou událostí v případě připojištění denního odškodného vybraných úrazů (tarif DO60-P1R) je úraz, který je uveden v oceňovací tabulce denního odškodného vybraných úrazů obsažené v Příloze 3 těchto ZPP (dále „oceňovací tabulka DO60“).

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

- Pojišťovna vyplácí pojistné plnění, které odpovídá součinu sjednané pojistné částky a počtu dní určeného pro příslušný úraz v oceňovací tabulce DO nebo DO60. Oceňovací tabulka DO60 je určena výhradně pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů (tarif DO60-P1R).
- V případě, že je na smlouvě sjednáno také připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE, příp. denního odškodného úrazu dítěte PROGRESE, násobí se počet dní určený pro příslušný úraz podle oceňovací tabulky DO podle předchozího odstavce ještě koeficientem progresse podle následující tabulky.

Počet dní uvedený v oceňovací tabulce DO:	Koeficient progresse
do 89 dnů	1
90 až 169 dnů	2
170 a více dnů	3



Příklad:

Pojištěný má sjednáno připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů a včetně PROGRESE. Při pádu si vážně zlomil hlezenní kost a v souvislosti s touto úplnou zlomeninou musí být operován. Za tento úraz bude pojišťovnou přiznáno odškodnění za 300 dní (150 krát 2 → počet dní podle oceňovací tabulky DO krát koeficient progresse).

Výše pojistného plnění se v tom případě určí jako sjednaná pojistná částka krát počet dní podle oceňovací tabulky DO krát koeficient progresse. Tento odstavec se netýká připojištění denního odškodného vybraných úrazů (tarif DO60-P1R), k němuž se progresse nesjednává.

- Pojišťovna poskytuje pojistné plnění bez zbytečného odkladu po ukončení šetření pojistné události. Pokud je doložena úrazová diagnóza přímo uvedená v oceňovací tabulce DO nebo DO60 – podle sjednaného tarifu (tj. pojišťovna má k dispozici veškeré potřebné informace pro její doložení), je možné toto šetření ukončit bezprostředně po jejím doložení.
- Pokud je v případě tarifů DOU3-P1R, DOUP-P1R, JDO3-P1R a JDOP-P1R doložena diagnóza, která v oceňovací tabulce DO není uvedena, pojišťovna ukončí šetření až po ukončení léčení daného úrazu.
- V případě, že pojišťovna poskytla pojistné plnění a v průběhu léčení úrazu došlo ke změně úrazové diagnózy na jinou, za kterou by podle oceňovací tabulky DO, případně DO60, náleželo vyšší pojistné plnění než již vyplacené, vyplácí pojišťovna po doložení této skutečnosti (změně diagnózy) doplatek pojistného plnění odpovídající rozdílu počtu dnů z konečné diagnózy a již proplacených dnů pro původní úrazovou diagnózu.
- Pokud by jeden úraz (úrazový děj) způsobil více úrazových diagnóz podle oceňovací tabulky DO nebo DO60, považuje se za jednu pojistnou událost a pojišťovna vyplácí pojistné plnění za vzniklou úrazovou diagnózu, které odpovídá nejvyšší počet dnů podle příslušné oceňovací tabulky.
- Utrpí-li pojištěný další úraz během doby, za kterou mu náleží denní odškodné ještě za předchozí úraz, a je-li tento nový úraz rovněž pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP, vyplácí pojišťovna pojistné plnění za každý z těchto úrazů s tím, že za dny, po které se denní odškodné za oba úrazy překrývá, je pojistné plnění poskytováno pouze jednou.



Příklad:

Pojištěný si pohmoždí ruku, za což bude pojišťovnou podle oceňovací tabulky DO přiznáno odškodnění za 8 dní. Šestý den od pohmoždění se však oparí, což odpovídá odškodnění za 15 dní. Dostane odškodnění celkem za 20 dní – 5 za první úraz, 15 za druhý. (Tři dny, kdy trvaly oba úrazy, se započítávají pouze pro druhý z úrazů.)

- Pojišťovna má v odůvodněných případech právo poskytnout pojistné plnění z tarifů DOU3-P1R a JDO3-P1R i nad rámec oceňovacích tabulek DO, a to zejména v případě doložených komplikací (např. trombóza, nutnost reoperace, pomalé hojení z důvodu zánětu) či v případě závažných polytraumat apod.
- Doklad o úrazové diagnóze vystavený lékařem, který je současně pojištěným nebo je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu zákona, nestačí k doložení úrazu. Úrazová diagnóza musí být doložena jiným ošetřujícím lékařem než uvedeným ve větě první tohoto odstavce.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

- Výše sjednané pojistné částky nesmí přesáhnout maximální pojistnou částku uvedenou v Příloze 1 těchto pojistných podmínek, která stanovuje maximální výši pojistné částky v závislosti na hrubém měsíčním příjmu pojištěného. **Pokud by sjednaná pojistná částka neodpovídala hrubému měsíčnímu příjmu pojištěného určenému v dané příloze, je pojišťovna oprávněna výši pojistného plnění přiměřeně snížit podle skutečného hrubého příjmu pojištěného.**
- Maximální pojistné plnění za jednu pojistnou událost může být poskytnuto za 365 dní podle oceňovací tabulky DO nebo DO60.

Článek 4

Jaký je možný důvod zániku připojištění

- Pojistník může vypovědět tuto připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedená v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění.

Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.

- Připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE zaniká také zánikem denního odškodného úrazu od 3 dnů, ke kterému bylo sjednáno. Připojištění denního odškodného úrazu dítěte PROGRESE zaniká také zánikem denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů, ke kterému bylo sjednáno.

Článek 5

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Příloha 1: Limity pojistných částek pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů a pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů v závislosti na hrubém příjmu pojištěného

K datu počátku tohoto připojištění musí hrubý příjem pojištěného odpovídat sjednané pojistné částce, resp. limitům uvedeným v této příloze.

Pro pojistnou částku maximálně (v Kč)	Minimální hrubý měsíční příjem (v Kč)
600	Nezkoumá se
700	60 000
800	65 000
900	70 000
1000	75 000
1100	80 000
1200	85 000
1300	90 000
1400	95 000
1500	100 000
1600	105 000
1700	110 000
1800	115 000
1900	120 000
2000	125 000

Pojmem „hrubý měsíční příjem“ se rozumí příjmy ze zaměstnání nebo podnikání ve smyslu VPP, čl. 2 (případně jiné příjmy jako např. důchody z veřejného sociálního systému se do hrubého měsíčního příjmu nezapočítávají).

Pojmem „pojistná částka“ se v této příloze rozumí i případný součet pojistných částek tarifů DOU3-P1R a DO60-P1R.

Upozornění:

Snížil-li se v průběhu trvání připojištění pojištěnému průměrný měsíční hrubý příjem o více než 30 %, je pojištěný povinen tuto skutečnost oznámit pojišťovně, aby mohla být upravena sjednaná pojistná částka v závislosti na aktuálním hrubém příjmu. Uvedená povinnost neplatí, pokud je pojistná částka 600 Kč nebo nižší.

Příloha 2: Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Obecné principy a pojmy pro oceňovací tabulku DO:

Ranou chirurgicky ošetřenou se rozumí ošetření otevřené rány pomocí lepidla, leukostehů nebo tzv. mašliček, revize, excize rány, případně vyneřádění rozmožděné tkáně – tj. ošetření odborným lékařem chirurgického oboru nebo pediatrem (kromě šití – viz níže).

Ranou ošetřenou šitím se rozumí chirurgické spojení rány (za použití stehů) provedené odborným lékařem chirurgického oboru, případně také pediatrem nebo jiným lékařem s příslušnou specializací opravňující k šití.

Pohmožděním těžšího stupně se rozumí pohmoždění, které vykazuje příznaky nejméně ve formě hematomu nebo které je léčeno pevnou fixací (ortéza, dlahy, sádry; nikoli však např. obinadlo nebo zinkoklihoový obvaz).

Zobrazovací metodou se rozumí diagnostická zobrazovací metoda, jakou je rentgenové vyšetření (RTG), ultrazvukové vyšetření (sonografie), magnetická rezonance (MR, MRI), počítačová tomografie (CT), elektromyografie (EMG), elektroencefalografie (EEG), elektrokardiografie (EKG), artroskopie (ASK) apod.

Zlomeninou bez posunutí úlomků se rozumí zlomenina bez nutnosti repositionace lékařem, hodnocená lékařem jako zlomenina bez dislokace nebo s minimální dislokací.

Komplikovanou léčbou se rozumí, dojde-li po úrazu k místnímu hnisání rány (zánětu), tj. sekundárnímu zhojení.

Nekomplikovanou léčbou se rozumí, dojde-li po úrazu ke zhojení rány bez vzniku zánětu, tj. primárnímu zhojení.

Refrakturou se rozumí opakovaná zlomenina ve stejném místě vzniklá v době do 6 měsíců od vzniku předchozí zlomeniny; **v případě refraktury se vyplácí 50 % pojistného plnění** pro daný typ zlomeniny.

V případě neúplné zlomeniny (infrakce, fisura), která není v oceňovací tabulce výslovně uvedena jako samostatná položka, **se vyplácí 50 % pojistného plnění** pro daný typ zlomeniny.

Úrazy vzniklé působením vlastní tělesné síly musejí splňovat všechny části definice úrazu podle VPP čl. 6, zejména princip nahodilosti. To znamená, že i v těchto případech je významným hlediskem okolnost úrazu – zda vznikl neočekávaně a náhle, nezávisle na vůli pojištěného (např. pád, špatné došlápnutí). Mezi tyto úrazy nelze řadit projevy degenerativních změn, které se mohou projevit rovněž náhle, avšak při standardních činnostech (např. běh, chůze, házení míčem), a proto nemohou být zahrnuty v připojištění úrazu. Pro zahrnutí těchto zdravotních komplikací do pojistné ochrany je vhodné sjednat připojištění nemoci, zejména připojištění pracovní neschopnosti nebo hospitalizace.



Co je úrazem způsobeným vlastní tělesnou silou:

- podvrtnutí kotníku po pádu
- natržení svalu ruky po zakopnutí a následném pádu na ni
- vykloubení ramene při pádu na lyžích

Co není úrazem:

- podvrtnutí kotníku při chůzi po rovném povrchu (chodníku)
- natržení vazů při běžném vstávání z podřepu při práci na zahradě
- vykloubení ramene při běžném zapínání pásů v autě

Léčby úrazů musí probíhat vždy u odborného lékaře, není-li u konkrétní diagnózy výslovně uvedeno jinak.

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

	Název diagnózy	Počet dní
	Úrazy v oblasti hlavy a smyslových orgánů	
1	Částečná luxace čočky bez komplikací	35
2	Částečná luxace čočky komplikovaná, vyžadující chirurgické ošetření	70
3	Hluboká rána rohovky bez proděravění komplikovaná šedým zákalem poúrazovým nebo nitroočním zánětem	56
4	Krvácení do sklivce a sítnice bez komplikací	112
5	Krvácení do sklivce a sítnice komplikované	126
6	Otřes sítnice	14
7	Otřes ušního labyrintu	30
8	Perforující poranění spojivky v přechodné řase s krvácením (bez poranění bělímy)	14
9	Podvrtnutí nebo částečné či neúplné vykloubení čelistního kloubu	14
10	Pohmoždění boltce s krevním výronem	7
11	Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku diagnostikované odborným lékařem	10
12	Pohmoždění obličeje diagnostikované odborným lékařem	10
13	Pohmoždění oka ošetřené odborným lékařem	7
14	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory bez komplikací	49
15	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory komplikované	70
16	Pohmoždění oka s natržením duhovky bez komplikací	35
17	Pohmoždění oka s natržením duhovky s komplikací	70
18	Poleptání nebo popálení spojivky I. stupně	10
19	Poleptání nebo popálení spojivky II. stupně	21
20	Poleptání nebo popálení spojivky III. stupně	70
21	Popálení nebo poleptání rohovkového epitelu	14
22	Popálení nebo poleptání rohovkového parenchymu	180
23	Poranění bubínku bez zlomení lebních kostí a druhotné infekce	14
24	Poranění bubínku bez zlomení lebních kostí a s druhotnou infekcí léčené konzervativně	30
25	Poranění bubínku bez zlomení lebních kostí a s druhotnou infekcí léčené operativně	56
26	Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí oka	49
27	Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí obou očí	365
28	Poranění okohybného aparátu s diplopií	70
29	Povrchní oděrka rohovky bez proděravění a bez komplikací	14
30	Hluboká rána rohovky bez proděravění a bez komplikací	30
31	Rána pronikající do očníce bez komplikací	30
32	Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očníci	42
33	Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očníci	70
34	Rána rohovky nebo bělímy s proděravěním léčená chirurgicky bez komplikací	50
35	Rána rohovky nebo bělímy s proděravěním léčená chirurgicky s komplikací	70
36	Rána rohovky nebo bělímy s proděravěním léčená konzervativně bez komplikací	35
37	Rána rohovky nebo bělímy s proděravěním léčená konzervativně s komplikací	56
38	Rána spojivky chirurgicky ošetřená	14
39	Rána ušního boltce s druhotnou aseptickou perichondritidou	22

	Název diagnózy	Počet dní
40	Rohovkový vřed poúrazový	70
41	Sdružené zlomeniny Le Fort I.	84
42	Sdružené zlomeniny Le Fort II.	112
43	Sdružené zlomeniny Le Fort III.	275
44	Skalpce hlavy s kožním defektem částečná	28
45	Skalpce hlavy s kožním defektem úplná	60
46	Tržná nebo řezná rána víčka chirurgicky ošetřená	10
47	Tržná nebo řezná rána víčka přerušující slzné cesty	35
48	Úrazové postižení zrakového nervu a chiasmatu	120
49	Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho a více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	40
50	Luxace čočky bez komplikací	84
51	Luxace čočky komplikovaná, vyžadující chirurgické ošetření	105
52	Vymknutí dolní čelisti (i oboustranné)	21
53	Zánět slzného váčku následkem úrazu léčený konzervativně	10
54	Zánět slzného váčku následkem úrazu léčený operativně	36
55	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou	42
56	Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené konzervativně	21
57	Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené operativně	49
58	Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	35
59	Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	42
60	Zlomenina dolní nebo horní čelisti neúplná	27
61	Zlomenina dolní čelisti úplná bez posunu úlomků	49
62	Zlomenina dolní čelisti úplná s posunem úlomků a/nebo operovaná	77
63	Zlomenina horní čelisti úplná bez posunu úlomků	60
64	Zlomenina horní čelisti úplná s posunem úlomků a/nebo operovaná	90
65	Zlomenina klenby lební bez vpáčení úlomků	53
66	Zlomenina klenby lební s vpáčením úlomků	115
67	Zlomenina kosti čelní, temenní, týlní nebo spánkové bez vpáčení úlomků	40
68	Zlomenina kosti čelní, temenní, týlní nebo spánkové s vpáčením úlomků	80
69	Zlomenina kosti lící léčená konzervativně	42
70	Zlomenina kosti lící léčená operativně	70
71	Zlomenina okraje očníce	60
72	Zlomenina přepážky a/nebo kostí nosních neúplná	8
73	Zlomenina přepážky a/nebo kostí nosních úplná bez posunu úlomků	21
74	Zlomenina přepážky a/nebo kostí nosních úplná s posunem úlomků a/nebo operovaná	28
75	Zlomenina spodiny lební bez komplikací	90
76	Zlomenina spodiny lební s komplikacemi	150
77	Ztráta nebo nutná extrakce jednoho až šesti trvalých zubů následkem působení zevního násilí (ne skousnutí) – ztrátou se zde rozumí ztráta nejméně poloviny klinické korunky zubu	20
78	Ztráta nebo nutná extrakce sedmi a více trvalých zubů následkem působení zevního násilí (ne skousnutí) – ztrátou se zde rozumí ztráta nejméně poloviny klinické korunky zubu	40

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Název diagnózy	Počet dní
79 Ztráta nebo nutná extrakce jednoho či více celých mléčných zubů následkem působení zevního násilí (nikoliv skousnutí) do 5 let věku dítěte	14
80 Přímé poranění oka s následným odchlípením sítnice potvrzené lékařem (jednoznačně vzniklé úrazem)	91
81 Popálení kůže víčka 2B nebo 3. stupně jednoho oka	21
82 Popálení kůže víčka 2B nebo 3. stupně obou očí	35
Úrazy krku	
83 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	112
84 Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	120
85 Poškození hlasivek následkem nadýchání se dráždivých par nebo následkem úrazu	20
86 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	120
87 Pohmoždění hrtanu	35
Úrazy hrudníku a břicha	
88 Pohmoždění hrudníku těžšího stupně a/nebo infrakce žebra či žeber	16
88b Pohmoždění hrudníku lehčího stupně, pokud bylo doloženo zprávou od odborného lékaře, tj. ortopeda, chirurga, traumatologa, rehabilitačního lékaře	6
89 Pohmoždění stěny břišní těžšího stupně	14
90 Poškození srdce úrazem klinicky prokázané	90
91 Poškození srdce těžšího rozsahu úrazem klinicky prokázané	365
92 Poúrazové krvácení do hrudníku léčené konzervativně	63
93 Poúrazové krvácení do hrudníku léčené operativně	98
94 Poúrazový mediastinální a podkožní emfysem	98
95 Spontánní pneumotorax	neplní se
96 Poúrazový pneumotorax otevřený nebo ventilový	98
97 Poúrazový pneumotorax zavřený	84
98 Rána pronikající do dutiny břišní	35
99 Roztržení bránice	112
100 Roztržení jater léčené konzervativně	63
101 Roztržení jater léčené operativně	126
102 Roztržení nebo přetržení tenkého či tlustého střeva bez resekce nebo s resekci	84
103 Roztržení okruží (mesenteria) bez resekce	56
104 Roztržení okruží (mesenteria) s resekci střeva	70
105 Roztržení plic	100
106 Zhmoždění sleziny	35
107 Roztržení sleziny léčené konzervativně	63
108 Roztržení sleziny léčené operativně	126
109 Roztržení slinivky břišní léčené konzervativně	105
110 Roztržení slinivky břišní léčené operativně	126
111 Úrazové proděravění dvanáctníku	90
112 Úrazové proděravění žaludku	90
113 Vyražená (dvířková) zlomenina dvou až čtyř žeber	70
114 Vyražená (dvířková) zlomenina kosti hrudní	98
115 Vyražená (dvířková) zlomenina pěti a více žeber	98
116 Zlomenina jednoho žebra rentgenologicky prokázaná	21
117 Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané – dvou až pěti	35
118 Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané – šesti a více	63
119 Zlomenina kosti hrudní neúplná	21
120 Zlomenina kosti hrudní úplná bez posunutí úlomků	35
121 Zlomenina kosti hrudní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	70
Úrazy ústrojí urogenitálního	
122 Pohmoždění ledviny s hematurií	30
123 Pohmoždění zevních pohlavních orgánů těžšího stupně	30
124 Pohmoždění zevních pohlavních orgánů těžšího stupně s poúrazovým zánětem těchto orgánů	60

Název diagnózy	Počet dní
125 Roztržení močové trubice	60
126 Roztržení močového měchýře	60
127 Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené konzervativně	63
128 Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené operativně	84
Úrazy páteře	
129 Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla do jedné třetiny	90
130 Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla o více jak jednu třetinu	130
131 Podvrtnutí krční, hrudní, bederní nebo sakrální páteře	21
132 Pohmoždění páteře těžšího stupně (krční, hrudní, bederní, sakrální a kostrče)	21
132b Pohmoždění páteře lehčího stupně (krční, hrudní, bederní, sakrální a kostrče), pokud bylo doloženo zprávou od odborného lékaře – ortopeda, chirurga, traumatologa nebo rehabilitačního lékaře	10
133 Roztržitelná zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního	260
134 Subluxace krční páteře (posun obratlů prokázán RTG)	140
135 Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současně zlomenině těla obratle	160
136 Vymknutí atlantookcipitální bez poškození míchy nebo jejich kořenů	169
137 Vymknutí kostrče bez poškození míchy nebo jejich kořenů	49
138 Vymknutí krční, hrudní nebo bederní páteře bez poškození míchy nebo jejich kořenů	169
139 Zlomenina jednoho příčného výběžku	28
140 Zlomenina kloubního výběžku	56
141 Zlomenina oblouku obratle	84
142 Zlomenina trnového výběžku	35
143 Zlomenina více příčných výběžků	72
144 Zlomenina zubu čepovce (densepistrophei)	169
Úrazy pánve	
145 Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací bez posunutí úlomků	50
146 Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací s posunutím úlomků	100
147 Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná s rozstupem spony stydké	150
148 Odlomení hrbolu kosti sedací	49
149 Odlomení předního trnu nebo hrbolku kosti kyčelní	49
150 Podvrtnutí v kloubu křížokyčelním	35
151 Pohmoždění pánve těžšího stupně	14
152 Rozstup spony stydké	60
153 Vymknutí kloubu křížokyčelního	90
154 Zlomenina acetabula s centrální luxací kosti stehenní	150
155 Zlomenina kosti křížové	63
156 Zlomenina kosti stydké a kyčelní	169
157 Zlomenina kosti stydké s luxací křížokyčelní	169
158 Zlomenina kostrče	49
159 Zlomenina lopaty kosti kyčelní léčená konzervativně	42
160 Zlomenina lopaty kosti kyčelní léčená operativně	84
161 Zlomenina lopaty kosti kyčelní léčená operativně – otevřená	126
162 Zlomenina acetabula	70
Úrazy horní končetiny	
163 Amputace částí více prstů ruky	70
164 Amputace jednoho předloktí	170
165 Amputace obou předloktí	190
166 Amputace obou rukou	200
167 Amputace paže	232
168 Amputace prstu ruky nebo jeho kostěné části	56

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Název diagnózy	Počet dní
169 Amputace jedné ruky nebo všech prstů	154
170 Amputace více prstů ruky	120
171 Epifyzeolýza dolního konce kosti vřetenní	35
172 Epifyzeolýza dolního konce kosti vřetenní s posunutím úlomků	63
173 Amputace (exartikulace) v ramenním kloubu	260
174 Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennettova) léčená konzervativně	42
175 Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennettova) léčená operativně	84
176 Luxační zlomenina předloktí (Monteggia, Galeazzi) léčená konzervativně	147
177 Luxační zlomenina předloktí (Monteggia, Galeazzi) léčená operativně	168
178 Natržení jiného svalu ruky léčené konzervativně (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením vlastní tělesné síly	15
179 Natržení jiného svalu ruky léčené konzervativně (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením zevní síly	30
180 Natržení jiného svalu ruky léčené operativně	35
181 Natržení svalu nadhřebenového (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) působením vlastní tělesné síly	14
182 Natržení svalu nadhřebenového (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) působením zevní síly	28
183 Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstech nebo na ruce u několika prstů (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	49
184 Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu prokázané zobrazovací metodou	21
185 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) neúplná	43
186 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) úplná bez posunutí úlomků	72
187 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) úplná s posunutím úlomků	91
188 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) úplná otevřená nebo operovaná	144
189 Odtržení dorsální aponeurosy prstu	35
190 Podvrtnutí nebo částečné či neúplné vykloubení kloubů mezi klíčkem a lopatkou, klíčkem a hrudní kostí, ramenního, loketního, zápěstí a prstů vzniklé působením vlastní tělesné síly	8
191 Podvrtnutí nebo částečné či neúplné vykloubení kloubů mezi klíčkem a lopatkou, klíčkem a hrudní kostí, ramenního, loketního, zápěstí a prstů vzniklé působením zevní síly	16
192 Pohmoždění horní končetiny nebo jejích částí těžšího stupně a natažení svalů těžšího stupně vzniklé působením vlastní tělesné síly	4
193 Pohmoždění horní končetiny nebo jejích částí těžšího stupně a natažení svalů těžšího stupně vzniklé působením zevní síly	8
194 Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčeného konzervativně (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	42
195 Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčeného operativně	70
196 Úplné přerušení jedné nebo dvou šlach ohýbačů nebo natahovačů prstu a ruky v zápěstí (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	92
197 Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů na prstech nebo na ruce u několika prstů (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	77
198 Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů na prstech nebo na ruce u jednoho prstu (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	63
199 Úplné přerušení více než dvou šlach ohýbačů nebo natahovačů prstu a ruky v zápěstí (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	113
200 Úplné přetržení svalu nadhřebenového nebo jiné škody rotátorové manžety prokázané zobrazovací metodou	70

Název diagnózy	Počet dní
201 Přetržení vazů ramenního kloubu či léze glenoidálního labra následkem úrazu léčené operativně	42
202 Vymknutí článků jednoho prstu ruky léčené repozicí lékařem	22
203 Vymknutí článků několika prstů ruky léčené repozicí lékařem	28
204 Vymknutí jedné kosti záprstní léčené repozicí lékařem	35
205 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní léčené konzervativně	21
206 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou léčené konzervativně	21
207 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní nebo klíčkem a lopatkou léčené operativně	56
208 Vymknutí kosti pažní (ramene) objektivně prokázané zobrazovacími metodami a léčené repozicí lékařem konzervativně	30
209 Vymknutí kosti pažní (ramene) objektivně prokázané zobrazovacími metodami léčené operativně	70
210 Vymknutí lokte léčené operativně	84
211 Vymknutí lokte léčené repozicí lékařem konzervativně	49
212 Vymknutí několika kostí záprstních léčené repozicí lékařem	56
213 Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární) léčené repozicí lékařem konzervativně	70
214 Vymknutí zápěstí (kosti lunární a luxace perilunární) léčené operativně	126
215 Zlomenina bodcovitého výběžku kosti loketní	35
216 Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní bez posunutí úlomků	33
217 Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	56
218 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní neúplná	33
219 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	56
220 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků (např. Collesova, Smithova zlomenina)	84
221 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní otevřená nebo operovaná	112
222 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená konzervativně	35
223 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená operativně	77
224 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku úplná bez posunutí úlomků	42
225 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku úplná s posunutím úlomků	84
226 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku zaklíněná	49
227 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku luxační operativně léčená	112
228 Zlomenina horního konce kosti pažní, roztržitá zlomenina hlavičky	130
229 Zlomenina horního konce kosti pažní, velkého hrbolu bez posunutí úlomků	42
230 Zlomenina horního konce kosti pažní, velkého hrbolu s posunutím úlomků a/nebo operovaná	84
231 Zlomenina jedné kosti záprstní neúplná	21
232 Zlomenina jedné kosti záprstní úplná bez posunutí úlomků	35
233 Zlomenina jedné kosti záprstní úplná s posunutím úlomků	42
234 Zlomenina jedné kosti záprstní otevřená nebo operovaná	70
235 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu ruky neúplná	13
236 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu ruky úplná bez posunutí úlomků	21
237 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu ruky úplná s posunutím úlomků	35
238 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku jednoho prstu otevřená nebo operovaná	42

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Název diagnózy	Počet dní
239 Zlomenina jiné nebo několika kostí zápěstních neúplná	29
240 Zlomenina jiné kosti zápěstní úplná	49
241 Zlomenina několika kostí zápěstních úplná a/nebo operovaná	70
242 Zlomenina klíčku neúplná	21
243 Zlomenina klíčku úplná bez posunutí úlomků	28
244 Zlomenina klíčku úplná s posunutím úlomků	35
245 Zlomenina klíčku úplná operovaná	63
246 Zlomenina klíčku úplná operovaná otevřená	70
247 Zlomenina kosti čunkové komplikovaná nekrózou	169
248 Zlomenina kosti čunkové neúplná	38
249 Zlomenina kosti čunkové úplná	63
250 Zlomenina kosti čunkové operovaná	126
251 Zlomenina kosti pažní nad kondyly neúplná	35
252 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná bez posunutí úlomků	49
253 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná s posunutím úlomků	70
254 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná otevřená nebo operovaná	120
255 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní neúplná	21
256 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní úplná s posunutím úlomků do kloubu a/nebo operovaná nebo otevřená	81
257 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	35
258 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní úplná s posunutím úlomků do výše šterbiny kloubu	70
259 Zlomenina nadpažku lopatky	28
260 Zlomenina obou kostí předloktí neúplná	38
261 Zlomenina obou kostí předloktí úplná bez posunutí úlomků	63
262 Zlomenina obou kostí předloktí úplná s posunutím úlomků a/nebo otevřená nebo operovaná	126
263 Zlomenina okovce kosti loketní léčená konzervativně	35
264 Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně	49
265 Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně otevřená	70
266 Zlomenina těla kosti loketní neúplná	50
267 Zlomenina těla kosti loketní úplná bez posunutí úlomků	84
268 Zlomenina těla kosti loketní úplná s posunutím úlomků	105
269 Zlomenina těla kosti loketní úplná otevřená nebo operovaná	168
270 Zlomenina těla kosti pažní neúplná vzniklá po uzavření růstových plotének	35
271 Zlomenina těla kosti pažní neúplná vzniklá před uzavřením růstových plotének	24
272 Zlomenina těla kosti pažní úplná bez posunutí úlomků vzniklá po uzavření růstových plotének	84
273 Zlomenina těla kosti pažní úplná bez posunutí úlomků vzniklá před uzavřením růstových plotének	40
274 Zlomenina těla kosti pažní úplná s posunutím úlomků	112
275 Zlomenina těla kosti pažní úplná otevřená nebo operovaná	168
276 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní neúplná	36
277 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	60
278 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků	81
279 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná otevřená nebo operovaná	120
280 Zlomenina těla nebo krčku lopatky	49
281 Zlomenina více kostí zápěstních neúplná	28
282 Zlomenina více kostí zápěstních úplná bez posunutí úlomků	42
283 Zlomenina více kostí zápěstních úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	84
284 Zlomenina výběžku korunového kosti loketní	49
285 Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní neúplná	35

Název diagnózy	Počet dní
286 Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	35
287 Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	70
288 Zlomenina zobákovitého výběžku lopatky	35
289 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky neúplné	29
290 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky úplné bez posunutí úlomků	35
291 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky úplné s posunutím úlomků	49
292 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky otevřené nebo operované	98
293 Zlomeniny více článků jednoho prstu ruky neúplné	17
294 Zlomeniny více článků jednoho prstu ruky úplné bez posunutí úlomků	28
295 Zlomenina několika článků jednoho prstu ruky úplná s posunutím	35
296 Zlomeniny více článků jednoho prstu ruky otevřené nebo operované	56
Úrazy dolní končetiny	
297 Amputace bérce	252
298 Amputace nohy	182
299 Amputace obou bérců	365
300 Amputace obou nohou	260
301 Amputace palce nohy nebo jeho kostěné části	63
302 Amputace prstů nohy mimo palec nebo jejich kostěné části	35
303 Exartikulace kyčelního kloubu nebo amputace stehna	365
304 Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazy kolenního s prokázaným krevním výronem v kloubu	38
305 Natržení zkříženého vazy kolenního kloubu s prokázaným krevním výronem	38
306 Natržení většího svalu nebo šlachy na noze léčené operativně	49
307 Natržení většího svalu nebo šlachy na noze léčené konzervativně (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením vlastní tělesné síly	20
308 Natržení většího svalu nebo šlachy na noze léčené konzervativně (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením zevní síly	40
309 Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazy kloubu hlezenního	35
310 Natržení, přetržení Achillovy šlachy za přítomnosti degenerativních změn, bez nichž by daný úraz nezpůsobil natržení či přerušení této šlachy	30
311 Natržení, přetržení Achillovy šlachy vzniklé výhradně úrazovým dějem (bez přítomnosti degenerativních změn) léčené konzervativně	56
312 Natržení, přetržení Achillovy šlachy vzniklé výhradně úrazovým dějem (bez přítomnosti degenerativních změn) léčené operativně	70
313 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu neúplná	36
314 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu úplná bez posunutí úlomků	60
315 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	120
316 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů neúplná	48
317 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů úplná bez posunutí úlomků	80
318 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů úplná s posunutím úlomků nebo epifyzeolýzou a/nebo operovaná	160
319 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) neúplná	76
320 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) úplná bez posunutí úlomků	126
321 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) s posunutím úlomků léčená konzervativně	182
322 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) úplná s posunutím úlomků léčená operativně nebo otevřená	252
323 Odlomení base páté kůstky zánártní	63

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Název diagnózy	Počet dní
324 Odlovení drsnatiny kosti holenní léčené konzervativně nebo operativně	56
325 Odlovení epikondylu kosti stehenní léčené konzervativně	84
326 Odlovení epikondylu kosti stehenní léčené operativně	112
327 Odlovení zadní hrany kosti holenní neúplné	38
328 Odlovení zadní hrany kosti holenní úplné bez posunutí úlomků	63
329 Odlovení zadní hrany kosti holenní úplné s posunutím úlomků a/nebo operované	80
330 Podvrtnutí hlezenního, Chopartova nebo Lisfrancova kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením vlastní tělesné síly	3
331 Podvrtnutí hlezenního, Chopartova nebo Lisfrancova kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly	6
332 Podvrtnutí hlezenního, Chopartova nebo Lisfrancova kloubu s léčbou pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením vlastní tělesné síly	5
333 Podvrtnutí hlezenního, Chopartova nebo Lisfrancova kloubu s léčbou pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly	14
334 Těžké podvrtnutí (těžká distorze) nebo částečné či neúplné vykloubení (subluxace) hlezenního kloubu léčená sádrou nebo termoplastovou nesnímatelnou fixací	28
335 Podvrtnutí kloubu prstů nohy nebo zánártních kůstek vzniklé působením vlastní tělesné síly	5
336 Podvrtnutí kloubu prstů nohy nebo zánártních kůstek vzniklé působením zevní síly	10
337 Podvrtnutí kolenního kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením vlastní tělesné síly	6
338 Podvrtnutí kolenního kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly	11
339 Podvrtnutí kyčelního kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením vlastní tělesné síly	18
340 Podvrtnutí kyčelního kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly	21
341 Podvrtnutí kyčelního kloubu s pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly	36
342 Podvrtnutí kyčelního kloubu s pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením vlastní tělesné síly	18
343 Podvrtnutí kolenního kloubu s pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly	29
344 Podvrtnutí kolenního kloubu s pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením vlastní tělesné síly	14
345 Pohmoždění dolní končetiny nebo jejích částí těžšího stupně a natažení svalů těžšího stupně vzniklé působením vlastní tělesné síly	4
346 Pohmoždění dolní končetiny nebo jejích částí těžšího stupně a natažení svalů těžšího stupně vzniklé působením zevní síly	8
347 Pohmoždění jednoho nebo více prstů nohy léčené náplastovou fixací	3
348 Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené konzervativně	36
349 Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené operativně	52
350 Přetržení nebo úplné odtržení vnitřního nebo zevního postranního vazu kolenního kloubu s objektivním průkazem čerstvého poranění	56
351 Přetržení nebo úplné odtržení zkříženého vazu kolenního kloubu s objektivním průkazem čerstvého poranění	70
352 Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazu kloubu hlezenního	42
353 Přetržení, protětí nebo jiné poranění většího svalu nebo šlachy na noze léčené konzervativně nebo operativně (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	56
354 Zlomenina pylonu tibie léčená konzervativně	100
355 Zlomenina pylonu tibie léčená operativně	120
356 Zlomenina pylonu tibie léčená zevním fixátorem	161

Název diagnózy	Počet dní
357 Roztržitelná zlomenina nehtového výběžku palce nohy	28
358 Supramalleolární zlomenina kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně popř. se zlomeninou vnitřního kotníku a s odlomením zadní hrany kosti holenní léčená konzervativně nebo operativně	140
359 Supramalleolární zlomenina kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně popř. se zlomeninou vnitřního kotníku léčená konzervativně nebo operativně	126
360 Traumatická epifyzeolýza distálního konce stehenní kosti s posunutím úlomků	182
361 Traumatická epifyzeolýza hlavičky kosti stehenní s nebo bez posunutí úlomků	169
362 Traumatická epifyzeolýza hlavičky kosti stehenní s nekrózou	365
363 Vymknutí česky léčené operativně	70
364 Vymknutí česky léčené repozicí lékařem konzervativně	49
365 Vymknutí hlezenní kosti léčené konzervativně	56
366 Vymknutí hlezenní kosti otevřená nebo léčená operativně	84
367 Vymknutí nártních kostí jedné nebo více (dolní kloub zánártní, Chopartův kloub) léčené konzervativně	35
368 Vymknutí nártních kostí jedné nebo více (dolní kloub zánártní, Chopartův kloub) léčené operativně	70
369 Vymknutí stehenní kosti (v kyčli) léčené operativně	100
370 Vymknutí stehenní kosti (v kyčli) léčené repozicí lékařem konzervativně	90
371 Vymknutí bérce v kolenním kloubu léčené konzervativně s nutnou hospitalizací (min. 24 hod) či léčené operativně	90
372 Vymknutí základních nebo mezičlánekových kloubů prstů nohy	14
373 Vymknutí zánártních kostí, jedné nebo více (Lisfrancův kloub) léčené konzervativně	35
374 Vymknutí zánártních kostí, jedné nebo více (Lisfrancův kloub) léčené operativně	60
375 Zlomenina česky neúplná	34
376 Zlomenina česky úplná bez posunutí úlomků	56
377 Zlomenina česky úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	77
378 Zlomenina česky otevřená nebo léčená operativně	112
379 Odlovení části článku palce nohy či neúplná zlomenina článku palce nohy	16
380 Zlomenina článku palce nohy úplná bez posunutí úlomků	27
381 Zlomenina článku palce nohy úplná s posunutím úlomků	42
382 Zlomenina článku palce nohy otevřená nebo operovaná	53
383 Odlovení kůstek zánártních (metatarzy) palce nebo malíku bez posunutí či s posunutím	42
384 Odlovení kůstek zánártních palce nebo malíku operované	56
385 Odlovení kůstek zánártních palce nebo malíku operované (otevřené)	70
386 Odlovení kůstek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku bez posunutí úlomků nebo s posunutím	42
387 Odlovení kůstek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku operované	56
388 Zlomenina kůstek zánártních (metatarzy) více prstů bez posunutí úlomků nebo s posunutím	49
389 Zlomenina kůstek zánártních (metatarzy) více prstů operovaná	77
390 Zlomenina kůstek zánártních (metatarzy) více prstů operovaná (otevřená)	84
391 Zlomenina jedné kosti klínové nohy neúplná	19
392 Zlomenina jedné kosti klínové nohy úplná bez posunutí úlomků	32
393 Zlomenina jedné kosti klínové nohy úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	63
394 Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce nohy neúplná	8

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Název diagnózy	Počet dní
395 Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce nohy úplná bez posunutí úloleků	16
396 Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce nohy úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná nebo otevřená	28
397 Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní úplná bez posunutí úloleků	75
398 Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	150
399 Zlomenina kosti člunkové nohy úplná bez posunutí úloleků	63
400 Zlomenina kosti člunkové nohy komplikovaná nektrózou	365
401 Zlomenina kosti člunkové nohy luxační	140
402 Zlomenina kosti člunkové nohy neúplná	38
403 Zlomenina kosti člunkové nohy úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	126
404 Zlomenina kosti hlezenní komplikovaná nektrózou	365
405 Zlomenina kosti hlezenní neúplná	45
406 Zlomenina kosti hlezenní úplná bez posunutí úloleků	75
407 Zlomenina kosti hlezenní úplná s posunutím úloleků léčená konzervativně	98
408 Zlomenina kosti hlezenní úplná s posunutím úloleků léčená operativně	150
409 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce neúplná	66
410 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce úplná bez posunutí úloleků	110
411 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce, úplná s posunutím úloleků	182
412 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce otevřená nebo operovaná	220
413 Zlomenina kosti krychlové na noze neúplná	34
414 Zlomenina kosti krychlové na noze úplná bez posunutí úloleků	56
415 Zlomenina kosti krychlové na noze úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	77
416 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) neúplná či epifyzeolýza	29
417 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) úplná	49
418 Zlomenina kosti patní bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	112
419 Zlomenina kosti patní bez postižení těla kosti patní	56
420 Zlomenina kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu)	169
421 Zlomenina kosti stehenní nad kondyly neúplná	63
422 Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná bez posunutí úloleků	105
423 Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná s posunutím úloleků a/nebo otevřená nebo operovaná	210
424 Zlomenina těla kosti stehenní neúplná vzniklá po uzavření růstových plotének	76
425 Zlomenina těla kosti stehenní neúplná vzniklá před uzavřením růstových plotének	30
426 Zlomenina těla kosti stehenní úplná bez posunutí úloleků vzniklá po uzavření růstových plotének	126
427 Zlomenina těla kosti stehenní úplná bez posunutí úloleků vzniklá před uzavřením růstových plotének	60
428 Zlomenina kosti stehenní úplná s posunutím úloleků léčená konzervativně	210
429 Zlomenina kosti stehenní otevřená nebo operovaná	252
430 Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná	64
431 Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná léčená konzervativně	100
432 Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná léčená operačně	165

Název diagnózy	Počet dní
433 Zlomenina krčku kosti stehenní komplikovaná nektrózou hlavice nebo léčená endoprotézou	365
434 Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	182
435 Odlomení malého trochanteru	49
436 Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená konzervativně	105
437 Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená operativně	140
438 Zlomenina obou kotníků neúplná	50
439 Zlomenina obou kotníků se subluxací kosti hlezenní léčená konzervativně nebo operativně	126
440 Zlomenina obou kotníků úplná bez posunutí úloleků	84
441 Zlomenina obou kotníků úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	112
442 Zlomenina pertrochanterická neúplná	46
443 Zlomenina pertrochanterická úplná bez posunutí úloleků	77
444 Zlomenina pertrochanterická úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	154
445 Zlomenina subtrochanterická neúplná	100
446 Zlomenina subtrochanterická úplná bez posunutí nebo s posunutím úloleků léčená konzervativně	140
447 Zlomenina subtrochanterická úplná s posunutím úloleků léčená operativně nebo otevřená	200
448 Zlomenina trimalleolární úplná bez posunutí úloleků	80
449 Zlomenina trimalleolární úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	160
450 Odlomení velkého trochanteru	56
451 Zlomenina více kostí klínových nohy neúplná	38
452 Zlomenina více kostí klínových nohy úplná bez posunutí úloleků	63
453 Zlomenina více kostí klínových nohy úplná s posunutím úloleků a/nebo operovaná	126
454 Zlomenina vnitřního kotníku neúplná	35
455 Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenní léčená konzervativně	98
456 Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenní léčená operativně	140
457 Zlomenina vnitřního kotníku úplná bez posunutí úloleků	45
458 Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úloleků léčená konzervativně	77
459 Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úloleků otevřená nebo léčená operativně	90
460 Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	28
461 Zlomenina zevního kotníku neúplná	35
462 Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenní zevně léčená konzervativně	91
463 Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenní zevně léčená operativně	112
464 Zlomenina zevního kotníku úplná bez posunutí úloleků	42
465 Zlomenina zevního kotníku úplná s posunutím úloleků léčená konzervativně	70
466 Zlomenina zevního kotníku úplná s posunutím úloleků otevřená nebo operovaná	84
467 Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy neúplné	21
468 Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy úplné bez posunutí úloleků	22
469 Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy úplné s posunutím úloleků a/nebo operované nebo otevřené	44
Úrazy nervového systému	
470 Krvácení do míchy	365
471 Intracerebrální krvácení (krvácení do mozku)	365
472 Krvácení mezi pleny mozkové (subdurální, epidurální či subarachnoidální krvácení)	100
473 Krvácení nitrolební a do kanálu páteřního	365
474 Ořes mozku lehkého stupně (prvního) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	21

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů („oceňovací tabulka DO“)

Název diagnózy	Počet dní
475 Otřes mozku středního stupně (druhého) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	35
476 Otřes mozku těžkého stupně (třetího) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	90
477 Pohmoždění míchy	182
478 Pohmoždění mozku	188
479 Pohmoždění periferního nervu s krátkodobou obrnou	35
480 Poranění periferního nervu s porušením vodivých vláken (podmínkou je pozitivní EMG)	90
481 Přerušení periferního nervu (podmínkou je pozitivní EMG)	180
482 Rozdrcení míchy	365
483 Rozdrcení mozkové tkáně	365
484 Otřes míchy	90
Traumatický šok	
485 Lehký traumatický šok (jen hospitalizované případy)	21
486 Traumatický šok střední (jen hospitalizované případy)	40
487 Traumatický šok těžký (jen hospitalizované případy)	90
Popáleniny, poleptání, omrzliny	
488 Popálenina druhého stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu do 2 % povrchu těla (kromě postižení UV zářením)	15
489 Popálenina druhého stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 2 % do 3 % povrchu těla (kromě postižení UV zářením)	21
490 Popálenina prvního stupně nad 2 % povrchu těla (kromě postižení UV zářením)	5
491 Popálenina třetího nebo druhého hlubokého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu do 5 cm ²	21
492 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 20 % a do 30 % povrchu těla	84
493 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 3 % a do 5 % povrchu těla	30
494 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 30 % a do 40 % povrchu těla	134
495 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 40 % a do 50 % povrchu těla	225
496 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 50 % povrchu těla	365
497 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 5 % do 10 % povrchu těla	40
498 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 10 % do 20 % povrchu těla	50
499 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 25 cm ² do 50 cm ²	35
500 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 3 % a do 5 % povrchu těla	70

Název diagnózy	Počet dní
501 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 5 % a do 10 % povrchu těla	91
502 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 5 cm ² do 25 cm ²	28
503 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 50 cm ² do 3 % povrchu těla	42
504 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 10 % a do 15 % povrchu těla	133
505 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 15 % a do 20 % povrchu těla	154
506 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 20 % a do 30 % povrchu těla	182
507 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 30 % a do 40 % povrchu těla	240
508 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 40 % povrchu těla	365
Ostatní druhy poranění	
509 Cizí tělísko chirurgicky odstraněné nebo neodstraněné s komplikovanou léčbou (nutnou podmínkou je chirurgická léčba)	21
510 Cizí tělísko chirurgicky odstraněné nebo neodstraněné s nekomplikovanou léčbou (nutnou podmínkou je chirurgická léčba)	5
511 Hluboká exkoriace či abraze těžšího stupně či rozsahu většího než 20 cm ² chirurgicky ošetřená, popř. u nezletilých i pediatrem	3
512 Otrava plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů (podmínka plnění je hospitalizace)	14
513 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení lehké	14
514 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení střední	35
515 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení těžké	84
516 Rána chirurgicky ošetřená nebo rána ošetřena šitím s komplikacemi a sekundárním hojením, nebo plošná abraze měkkých částí prstu	21
517 Rána chirurgicky ošetřená nekomplikovaná (i ztráta nehtové ploténky), zhojená primárně	5
518 Rána ošetřená šitím (sutura) nekomplikovaná, zhojena primárně	10
519 Úštknutí jedovatým hadem a dalšími jedovatými živočichy (podmínka plnění je hospitalizace)	21

Příloha 3: Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Obecné principy a pojmy pro oceňovací tabulku DO60:

Zobrazovací metodou se rozumí diagnostická zobrazovací metoda, jakou je rentgenové vyšetření (RTG), ultrazvukové vyšetření (sonografie), magnetická rezonance (MR, MRI), počítačová tomografie (CT), elektromyografie (EMG), elektroencefalografie (EEG), elektrokardiografie (EKG), artroskopie (ASK) apod.

Zlomeninou bez posunutí úlomků se rozumí zlomenina bez nutnosti repozice lékařem, hodnocená lékařem jako zlomenina bez dislokace nebo s minimální dislokací.

Komplikovanou léčbou se rozumí, dojde-li po úrazu k místnímu hnisání rány (zánětu), tj. sekundárnímu zhojení.

Nekomplikovanou léčbou se rozumí, dojde-li po úrazu ke zhojení rány bez vzniku zánětů, tj. primárnímu zhojení.

Refrakturou se rozumí opakovaná zlomenina ve stejném místě vzniklá v době do 6 měsíců od vzniku předchozí zlomeniny; v případě refraktury se vyplácí 50 % pojistného plnění pro daný typ zlomeniny.

V případě neúplné zlomeniny (infrakce, fisura), která není v oceňovací tabulce výslovně uvedena jako samostatná položka, **se vyplácí 50 % pojistného plnění** pro daný typ zlomeniny.

Mezi úrazy nelze řadit projevy degenerativních změn, které se mohou projevit rovněž náhle, avšak při standardních činnostech (např. běh, chůze, házení míčem), a proto nemohou být zahrnuty v připojištění úrazu. Pro zahrnutí těchto zdravotních komplikací do pojistné ochrany je vhodné sjednat připojištění nemoci, zejména připojištění pracovní neschopnosti nebo hospitalizace.

Léčby úrazů musí probíhat vždy u odborného lékaře, není-li u konkrétní diagnózy výslovně uvedeno jinak.

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Název diagnózy	Počet dní
Úrazy v oblasti hlavy a smyslových orgánů	
1 Částečná luxace čočky bez komplikací	35
2 Částečná luxace čočky komplikovaná, vyžadující chirurgické ošetření	70
3 Pohmoždění oka s natržením duhovky léčené operativně	70
4 Poleptání nebo popálení spojivky III. stupně	70
5 Popálení nebo poleptání rohovkového parenchymu	180
6 Poranění bubínku bez zlomení lebních kostí a s druhotnou infekcí léčené operativně	56
7 Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí oka	49
8 Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí obou očí	365
9 Poranění okohybného aparátu s diplopií	70
10 Rána pronikající do očníce bez komplikací	30
11 Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očníci	42
12 Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očníci	70
13 Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená chirurgicky	50
14 Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená konzervativně	56
15 Sdružené zlomeniny Le Fort I.	84
16 Sdružené zlomeniny Le Fort II.	112
17 Sdružené zlomeniny Le Fort III.	275
18 Skalpace hlavy s kožním defektem částečná	28
19 Skalpace hlavy s kožním defektem úplná	60
20 Tržná nebo řezná rána víčka přerušující slzné cesty	35
21 Luxace čočky bez komplikací	84
22 Luxace čočky komplikovaná, vyžadující chirurgické ošetření	105
23 Zánět slzného váčku následkem úrazu léčený operativně	36
24 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené konzervativně	21
25 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené operativně	49
26 Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	35
27 Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	42
28 Zlomenina dolní nebo horní čelisti neúplná	27
29 Zlomenina dolní čelisti úplná bez posunu úlomků	49
30 Zlomenina dolní čelisti úplná s posunem úlomků a/nebo operovaná	77

Název diagnózy	Počet dní
31 Zlomenina horní čelisti úplná bez posunu úlomků	60
32 Zlomenina horní čelisti úplná s posunem úlomků a/nebo operovaná	90
33 Zlomenina klenby lebni bez vpáčení úlomků	53
34 Zlomenina klenby lebni s vpáčením úlomků	115
35 Zlomenina kosti čelní, temenní, týlní nebo spánkové bez vpáčení úlomků	40
36 Zlomenina kosti čelní, temenní, týlní nebo spánkové s vpáčením úlomků	80
37 Zlomenina kosti lícní léčená konzervativně	42
38 Zlomenina kosti lícní léčená operativně	70
39 Zlomenina okraje očníce	60
40 Zlomenina přepážky a/nebo kostí nosních neúplná nebo úplná bez posunu úlomků	10
41 Zlomenina přepážky a/nebo kostí nosních úplná s posunem úlomků a/nebo operovaná	28
42 Zlomenina spodiny lebni bez komplikací	90
43 Zlomenina spodiny lebni s komplikacemi	150
44 Popálení kůže víčka 2B nebo 3. stupně obou očí	35
Úrazy krku	
45 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	112
46 Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	120
47 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	120
Úrazy hrudníku a břicha	
48 Poškození srdce úrazem klinicky prokázané	150
49 Poúrazové krvácení do hrudníku léčené operativně	98
50 Poúrazový pneumotorax otevřený nebo ventilový	98
51 Poúrazový pneumotorax zavřený	84
52 Rána pronikající do dutiny břišní	35
53 Roztržení bránice	112
54 Roztržení jater léčené konzervativně	63
55 Roztržení jater léčené operativně	126
56 Roztržení nebo přetržení tenkého či tlustého střeva bez resekce nebo s resekci	84
57 Roztržení okruží (mesenteria) bez resekce	56
58 Roztržení okruží (mesenteria) s resekci střeva	70
59 Roztržení plic	100
60 Roztržení sleziny léčené konzervativně	63
61 Roztržení sleziny léčené operativně	126

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Název diagnózy	Počet dní
62 Roztržení slinivky břišní léčené konzervativně	105
63 Roztržení slinivky břišní léčené operativně	126
64 Úrazové proděravění dvanáctníku	90
65 Úrazové proděravění žaludku	90
66 Vyražená (dvířková) zlomenina dvou až čtyř žeber	70
67 Vyražená (dvířková) zlomenina kosti hrudní	98
68 Vyražená (dvířková) zlomenina pěti a více žeber	98
69 Zlomenina jednoho žebra rentgenologicky prokázaná	10
70 Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané – dvou až pěti	35
71 Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané – šesti a více	63
72 Zlomenina kosti hrudní neúplná	10
73 Zlomenina kosti hrudní úplná bez posunutí úlomků	35
74 Zlomenina kosti hrudní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	70
Úrazy ústrojí urogenitálního	
75 Roztržení močové trubice	60
76 Roztržení močového měchýře	60
77 Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčení konzervativně	63
78 Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené operativně	84
Úrazy páteře	
79 Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla do jedné třetiny	14
80 Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla o více jak jednu třetinu	130
81 Roztříštěná zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního	260
82 Subluxace krční páteře (posun obratlů prokázán RTG)	140
83 Vymknutí (luxace) atlantookcipitální bez poškození míchy nebo jejích kořenů	169
84 Vymknutí (luxace) kostěrcu bez poškození míchy nebo jejích kořenů	49
85 Vymknutí (luxace) krční, hrudní nebo bederní páteře bez poškození míchy nebo jejích kořenů	169
86 Zlomenina jednoho příčného výběžku	28
87 Zlomenina kloubního výběžku	56
88 Zlomenina oblouku obratle	84
89 Zlomenina trnového výběžku	35
90 Zlomenina více příčných výběžků	72
91 Zlomenina zubu čepovce (densepistrophe)	169
Úrazy pánve	
92 Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací bez posunutí úlomků	50
93 Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací s posunutím úlomků	100
94 Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná s rozestupem spony stydké	150
95 Odlomení hrbolu kosti sedací	49
96 Odlomení předního trnu nebo hrbolku kosti kyčelní	49
97 Rozestup spony stydké	60
98 Vymknutí kloubu křížokyčelního	90
99 Zlomenina acetabula s centrální luxací kosti stehenní	150
100 Zlomenina kosti křížové	63
101 Zlomenina kosti stydké a kyčelní	169
102 Zlomenina kosti stydké s luxací křížokyčelní	169

Název diagnózy	Počet dní
103 Zlomenina kostěrcu	49
104 Zlomenina lopaty kosti kyčelní léčená konzervativně	42
105 Zlomenina lopaty kosti kyčelní léčená operativně	84
106 Zlomenina lopaty kosti kyčelní léčená operativně – otevřená	126
107 Zlomenina acetabula	70
Úrazy horní končetiny	
108 Pouřazová amputace částí více prstů ruky	70
109 Pouřazová amputace jednoho předloktí	170
110 Pouřazová amputace obou předloktí	190
111 Pouřazová amputace obou rukou	200
112 Pouřazová amputace paže	232
113 Pouřazová amputace prstu ruky nebo jeho kostěné části	56
114 Pouřazová amputace jedné ruky nebo všech prstů	154
115 Pouřazová amputace více prstů ruky	120
116 Pouřazová amputace (exartikulace) v ramenním kloubu	260
117 Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennettova) léčená konzervativně	42
118 Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennettova) léčená operativně	84
119 Luxační zlomenina předloktí (Monteggia, Galeazzi) léčená konzervativně	147
120 Luxační zlomenina předloktí (Monteggia, Galeazzi) léčená operativně	168
121 Natržení jiného svalu ruky léčené operativně	35
122 Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstech nebo na ruce u několika prstů (diagnózy prokázané zobrazovací metodou) léčené operativně	49
123 Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu léčené operativně	10
124 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo klady kosti pažní) neúplná	43
125 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo klady kosti pažní) úplná bez posunutí úlomků	72
126 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo klady kosti pažní) úplná s posunutím úlomků	91
127 Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo klady kosti pažní) úplná otevřená nebo operovaná	144
128 Održení dorsální aponeurosy prstu	35
129 Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčeného operativně	70
130 Úplné přerušení jedné nebo dvou šlach ohýbačů nebo natahovačů prstu a ruky v zápěstí (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	92
131 Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů na prstech nebo na ruce u několika prstů (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	77
132 Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů na prstech nebo na ruce u jednoho prstu (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	63
133 Úplné přerušení více než dvou šlach ohýbačů nebo natahovačů prstu a ruky v zápěstí (diagnózy prokázané zobrazovací metodou)	112
134 Vymknutí článků několika prstů ruky léčené operativně	28
135 Vymknutí jedné kosti záprstní léčené operativně	35
136 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní nebo klíčkem a lopatkou léčené operativně	56

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Název diagnózy	Počet dní
137 Vymknutí kosti pažní (ramene) objektivně prokázané zobrazovacími metodami léčené operativně	70
138 Vymknutí lokte léčené operativně	84
139 Vymknutí několika kostí zápěstních léčené operativně	56
140 Vymknutí zápěstí (kosti lunární a luxace perilunární) léčené repozicí lékarem operativně	126
141 Zlomenina bodcovitého výběžku kosti loketní	35
142 Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní bez posunutí úlomků	33
143 Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	56
144 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní neúplná	33
145 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	56
146 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků (např. Collesova, Smithova zlomenina) a/nebo otevřená nebo operovaná	84
147 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní otevřená nebo operovaná	112
148 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená konzervativně	35
149 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená operativně	77
150 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku úplná bez posunutí úlomků	42
151 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku úplná s posunutím úlomků	84
152 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku zaklíněná	49
153 Zlomenina horního konce kosti pažní, chirurgického krčku luxační operativně léčená	112
154 Zlomenina horního konce kosti pažní, roztržštěná zlomenina hlavičky	130
155 Zlomenina horního konce kosti pažní, velkého hrbolu úplná bez posunutí úlomků	42
156 Zlomenina horního konce kosti pažní, velkého hrbolu úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	84
157 Zlomenina jedné kosti zápěstní neúplná	10
158 Zlomenina jedné kosti zápěstní úplná bez posunutí úlomků	35
159 Zlomenina jedné kosti zápěstní úplná s posunutím úlomků	42
160 Zlomenina jedné kosti zápěstní otevřená nebo operovaná	70
161 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu ruky neúplná nebo úplná bez posunutí úlomků	10
162 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu ruky úplná s posunutím úlomků	35
163 Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku jednoho prstu otevřená nebo operovaná	42
164 Zlomenina jiné nebo několika kostí zápěstních neúplná	29
165 Zlomenina jiné kosti zápěstní úplná	49
166 Zlomenina několika kostí zápěstních úplná a/nebo operovaná	70
167 Zlomenina klíčku neúplná	10
168 Zlomenina klíčku úplná bez posunutí úlomků	28
169 Zlomenina klíčku úplná s posunutím úlomků	35
170 Zlomenina klíčku úplná operovaná	63
171 Zlomenina klíčku úplná operovaná otevřená	70
172 Zlomenina kosti člukové komplikovaná nektrózou	169
173 Zlomenina kosti člukové neúplná	38
174 Zlomenina kosti člukové úplná	63
175 Zlomenina kosti člukové operovaná	126
176 Zlomenina kosti pažní nad kondyly neúplná	35

Název diagnózy	Počet dní
177 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná bez posunutí úlomků	49
178 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná s posunutím úlomků	70
179 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná otevřená nebo operovaná	120
180 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní neúplná	10
181 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní úplná s posunutím úlomků do kloubu a/nebo operovaná nebo otevřená	81
182 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	35
183 Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní úplná s posunutím úlomků do výše štěrbiny kloubu	70
184 Zlomenina nadpažky lopatky	28
185 Zlomenina obou kostí předloktí neúplná	38
186 Zlomenina obou kostí předloktí úplná bez posunutí úlomků	63
187 Zlomenina obou kostí předloktí úplná s posunutím úlomků a/nebo otevřená nebo operovaná	126
188 Zlomenina okovce kosti loketní léčená konzervativně	35
189 Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně	49
190 Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně otevřená	70
191 Zlomenina těla kosti loketní neúplná	50
192 Zlomenina těla kosti loketní úplná bez posunutí úlomků	84
193 Zlomenina těla kosti loketní úplná s posunutím úlomků	105
194 Zlomenina těla kosti loketní úplná otevřená nebo operovaná	168
195 Zlomenina těla kosti pažní neúplná vzniklá po uzavření růstových plotének	35
196 Zlomenina těla kosti pažní úplná bez posunutí úlomků vzniklá po uzavření růstových plotének	84
197 Zlomenina těla kosti pažní úplná s posunutím úlomků	112
198 Zlomenina těla kosti pažní úplná otevřená nebo operovaná	168
199 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní neúplná	36
200 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	60
201 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků	81
202 Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná otevřená nebo operovaná	120
203 Zlomenina těla nebo krčku lopatky	49
204 Zlomenina více kostí zápěstních neúplná	28
205 Zlomenina více kostí zápěstních úplná bez posunutí úlomků	42
206 Zlomenina více kostí zápěstních úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	84
207 Zlomenina výběžku korunového kosti loketní	49
208 Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní neúplná	10
209 Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	35
210 Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	70
211 Zlomenina zobákovitého výběžku lopatky	35
212 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky neúplné	29
213 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky úplné bez posunutí úlomků	35
214 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky úplné s posunutím úlomků	49
215 Zlomeniny článků dvou nebo více prstů ruky otevřené nebo operované	98

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Název diagnózy	Počet dní
216 Zlomeniny více článků jednoho prstu ruky neúplné	10
217 Zlomeniny více článků jednoho prstu ruky úplné bez posunutí úlomků	28
218 Zlomenina několika článků jednoho prstu ruky úplná s posunutím	35
219 Zlomeniny více článků jednoho prstu ruky otevřené nebo operované	56
Úrazy dolní končetiny	
220 Poúrazová amputace bérce	252
221 Poúrazová amputace nohy	170
222 Poúrazová amputace obou bérců	365
223 Poúrazová amputace obou nohou	260
224 Poúrazová amputace palce nohy nebo jeho kostěné části	63
225 Poúrazové amputace prstů nohy mimo palce nebo jejich kostěné části	35
226 Exartikulace kyčelního kloubu nebo amputace stehna	365
227 Natržení většího svalu nebo šlachy na noze léčené operativně	49
228 Poúrazové úplné přetržení Achillovy šlachy vzniklé výhradně úrazovým dějem (bez přítomnosti degenerativních změn)	56
229 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu neúplná	36
230 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu úplná bez posunutí úlomků	60
231 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	120
232 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů neúplná	48
233 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů úplná bez posunutí úlomků	80
234 Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů úplná s posunutím úlomků nebo epifyzeolýzou a/nebo operovaná	160
235 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) neúplná	76
236 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) úplná bez posunutí úlomků	126
237 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) s posunutím léčená konzervativně	182
238 Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) úplná s posunutím úlomků léčená operativně nebo otevřená	252
239 Odlomení base páté kůstky zánártní	63
240 Odlomení drsnatiny kosti holenní léčené konzervativně nebo operativně	56
241 Odlomení epikondylu kosti stehenní léčené konzervativně	84
242 Odlomení epikondylu kosti stehenní léčené operativně	112
243 Odlomení zadní hrany kosti holenní neúplné	38
244 Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné bez posunutí úlomků	63
245 Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné s posunutím úlomků a/nebo operované	80
246 Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené operativně	50
247 Přetržení nebo úplné odtržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kolenního kloubu s objektivním průkazem čerstvého poranění - léčené operativně	56
248 Přetržení nebo úplné odtržení zkříženého vazů kolenního kloubu s objektivním průkazem čerstvého poranění - léčené operativně	70

Název diagnózy	Počet dní
249 Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenního léčené operativně	42
250 Přetržení, protěti nebo jiné poranění většího svalu nebo šlachy na noze léčené operativně (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	56
251 Zlomenina pylonu tibie léčená konzervativně	100
252 Zlomenina pylonu tibie léčená operativně	120
253 Zlomenina pylonu tibie léčená zevním fixátorem	161
254 Roztržštěná zlomenina nehtového výběžku palce nohy	28
255 Supramalleolární zlomenina kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně popř. se zlomeninou vnitřního kotníku a s odlomením zadní hrany kosti holenní léčená konzervativně nebo operativně	140
256 Supramalleolární zlomenina kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně popř. se zlomeninou vnitřního kotníku léčená konzervativně nebo operativně	126
257 Vymknutí česky léčené operativně	70
258 Vymknutí hlezenní kosti otevřené nebo léčené operativně	84
259 Vymknutí nártních kostí jedné nebo více (dolní kloub zánártní, Chopartův kloub) léčené operativně	70
260 Vymknutí stehenní kosti (v kyčli) léčené operativně	100
261 Vymknutí stehenní kosti (v kyčli) léčené repozicí lékařem konzervativně	90
262 Vymknutí bérce v kolenním kloubu léčené konzervativně s nutnou hospitalizací (min. 24 hod) či léčené operativně	90
263 Vymknutí zánártních kostí, jedné nebo více (Lisfrancův kloub) léčené operativně	60
264 Zlomenina česky neúplná	34
265 Zlomenina česky úplná bez posunutí úlomků	56
266 Zlomenina česky úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	77
267 Zlomenina česky otevřená nebo léčená operativně	112
268 Odlomení části článku palce nohy či neúplná zlomenina článku palce nohy	10
269 Zlomenina článku palce nohy úplná bez posunutí úlomků	27
270 Zlomenina článku palce nohy úplná s posunutím úlomků	42
271 Zlomenina článku palce nohy otevřená nebo operovaná	53
272 Odlomení kůstky zánártních (metatarzy) palce nebo malíku bez posunutí či s posunutím	42
273 Odlomení kústek zánártních palce nebo malíku operované	56
274 Odlomení kústek zánártních palce nebo malíku operované (otevřené)	70
275 Odlomení kústek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku bez posunutí úlomků nebo s posunutím	42
276 Odlomení kústek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku operované	56
277 Zlomenina kústek zánártních (metatarzy) více prstů bez posunutí úlomků nebo s posunutím	49
278 Zlomenina kústek zánártních (metatarzy) více prstů operovaná	77
279 Zlomenina kústek zánártních (metatarzy) více prstů operovaná (otevřená)	84
280 Zlomenina jedné kosti klínové nohy neúplná	10
281 Zlomenina jedné kosti klínové nohy úplná bez posunutí úlomků	32
282 Zlomenina jedné kosti klínové nohy úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	63
283 Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce nohy neúplná nebo úplná bez posunutí úlomků	10
284 Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce nohy úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná nebo otevřená	28

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Název diagnózy	Počet dní
285 Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní úplná bez posunutí úlomků	75
286 Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	150
287 Zlomenina kosti člunkové nohy úplná bez posunutí úlomků	63
288 Zlomenina kosti člunkové nohy komplikovaná nektrózou	365
289 Zlomenina kosti člunkové nohy luxační	140
290 Zlomenina kosti člunkové nohy neúplná	38
291 Zlomenina kosti člunkové nohy úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	126
292 Zlomenina kosti hlezenní komplikované nektrózou	365
293 Zlomenina kosti hlezenní neúplná	45
294 Zlomenina kosti hlezenní úplná bez posunutí úlomků	75
295 Zlomenina kosti hlezenní úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	98
296 Zlomenina kosti hlezenní úplná s posunutím úlomků léčená operativně	150
297 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce neúplná	66
298 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce úplná bez posunutí úlomků	110
299 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce, úplná s posunutím úlomků	182
300 Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce otevřená nebo operovaná	220
301 Zlomenina kosti krychlové na noze neúplná	34
302 Zlomenina kosti krychlové na noze úplná bez posunutí úlomků	56
303 Zlomenina kosti krychlové na noze úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	77
304 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) neúplná či epifyzeolýza	29
305 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) úplná	49
306 Zlomenina kosti patní bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	112
307 Zlomenina kosti patní bez postižení těla kosti patní	56
308 Zlomenina kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu)	169
309 Zlomenina kosti stehenní nad kondyly neúplná	63
310 Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná bez posunutí úlomků	105
311 Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná s posunutím úlomků a/nebo otevřená nebo operovaná	210
312 Zlomenina těla kosti stehenní neúplná	76
313 Zlomenina těla kosti stehenní úplná bez posunutí úlomků	126
314 Zlomenina kosti stehenní úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	210
315 Zlomenina kosti stehenní otevřená nebo operovaná	252
316 Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná	64
317 Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná léčená konzervativně	100
318 Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná léčená operačně	165
319 Zlomenina krčku kosti stehenní komplikovaná nektrózou hlavice nebo léčená endoprotézou	365
320 Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	182
321 Odlomení malého trochanteru	49

Název diagnózy	Počet dní
322 Zlomenina mezihřbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená konzervativně	105
323 Zlomenina mezihřbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená operativně	140
324 Zlomenina obou kotníků neúplná	50
325 Zlomenina obou kotníků se subluxací kosti hlezenní léčená konzervativně nebo operativně	126
326 Zlomenina obou kotníků úplná bez posunutí úlomků	84
327 Zlomenina obou kotníků úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	112
328 Zlomenina petrochanterická neúplná	46
329 Zlomenina petrochanterická úplná bez posunutí úlomků	77
330 Zlomenina petrochanterická úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	154
331 Zlomenina subtrochanterická neúplná	100
332 Zlomenina subtrochanterická úplná bez posunutí nebo s posunutím úlomků léčená konzervativně	140
333 Zlomenina subtrochanterická úplná s posunutím úlomků léčená operativně nebo otevřená	200
334 Zlomenina trimalleolární úplná bez posunutí úlomků	80
335 Zlomenina trimalleolární úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	160
336 Odlomení velkého trochanteru	56
337 Zlomenina více kostí klínových nohy neúplná	38
338 Zlomenina více kostí klínových nohy úplná bez posunutí úlomků	63
339 Zlomenina více kostí klínových nohy úplná s posunutím úlomků a/nebo operovaná	126
340 Zlomenina vnitřního kotníku neúplná	27
341 Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenní léčená konzervativně	98
342 Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenní léčená operativně	140
343 Zlomenina vnitřního kotníku úplná bez posunutí úlomků	45
344 Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	77
345 Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úlomků otevřená nebo léčená operativně	90
346 Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	28
347 Zlomenina zevního kotníku neúplná	25
348 Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenní zevně léčená konzervativně	91
349 Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenní zevně léčená operativně	112
350 Zlomenina zevního kotníku úplná bez posunutí úlomků	42
351 Zlomenina zevního kotníku úplná s posunutím úlomků	70
352 Zlomenina zevního kotníku úplná s posunutím úlomků otevřená nebo operovaná	84
353 Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy neúplné	10
354 Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy úplné bez posunutí úlomků	22
355 Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy úplné s posunutím úlomků a/nebo operované nebo otevřené	44
Úrazy nervového systému	
356 Krvácení do míchy	200
357 Intracerebrální krvácení (krvácení do mozku)	200

Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného vybraných úrazů („oceňovací tabulka DO60“)

Název diagnózy	Počet dní
358 Krvácení mezi pleny mozkové (subdurální, epidurální či subarachnoidální krvácení)	100
359 Krvácení nitrolební a do kanálu páteřního	200
360 Otřes mozku středního stupně (druhé) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	20
361 Otřes mozku těžkého stupně (třetího) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	60
362 Poranění periferního nervu s porušením vodivých vláken (podmínkou je pozitivní EMG) léčené operativně	90
363 Přerušeni periferního nervu (podmínkou je pozitivní EMG)	180
364 Rozdrcení míchy	365
365 Rozdrcení mozkové tkáně	365
Popáleniny, poleptání, omrzliny	
366 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 20 % a do 30 % povrchu těla	84
367 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 2 % a do 5 % povrchu těla	30
368 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 30 % a do 40 % povrchu těla	134
369 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 40 % a do 50 % povrchu těla	225
370 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 50 % povrchu těla	365
371 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 5 % do 10 % povrchu těla	40
372 Popáleniny, poleptání, omrzliny druhého stupně v rozsahu nad 10 % do 20 % povrchu těla	50
373 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 25 cm ² do 50 cm ²	35
374 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 3 % a do 5 % povrchu těla	70

Název diagnózy	Počet dní
375 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 5 % a do 10 % povrchu těla	91
376 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 5 cm ² do 25 cm ²	28
377 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 50 cm ² do 3 % povrchu těla	42
378 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 10 % a do 15 % povrchu těla	133
379 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 15 % a do 20 % povrchu těla	154
380 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 20 % a do 30 % povrchu těla	182
381 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 30 % a do 40 % povrchu těla	240
382 Popáleniny, poleptání, omrzliny třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 40 % povrchu těla	365
Ostatní druhy poranění	
383 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení střední (podmínka plnění je hospitalizace)	35
384 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení těžké (podmínka plnění je hospitalizace)	84
385 Uštknutí jedovatým hadem a dalšími jedovatými živočichy (podmínka plnění je hospitalizace)	10

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY (tarif SMUR-C1R)

Připojištění trvalých následků úrazu od 1% NA CESTY (tarif TN01-C1R)

Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1% NA CESTY (tarif JT01-C1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí úrazem – čl. 6
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Oceňovací tabulku pro toto připojištění naleznete:

v ZPP pro připojištění trvalých následků od 1 % (tarif TN01-P1R), v nichž tvoří Přílohu 3.

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Dopravní nehoda: Dopravní nehoda v silničním provozu, v prostředku hromadné dopravy, železniční nehoda nebo letecká nehoda dopravního letadla. Podmínkou je, že pojištěný byl přímým účastníkem takové dopravní nehody, a to bez ohledu na povahu jeho účasti (řidič, chodec, cestující v prostředku hromadné dopravy apod.). Skutečnost, že šlo o dopravní nehodu, jejímž přímým účastníkem byl pojištěný, se prokazuje protokolem o dopravní nehodě pořízeným policií nebo jiným příslušným orgánem státní správy.

Trvalé následky: Prokazatelné, lékařem diagnostikované omezení tělesných či duševních funkcí, které je způsobeno úrazem a které je po doléčení označeno příslušným lékařem za trvalý stav nebo jde o stav trvající nejméně po jednom kalendářním roce od data úrazu (více viz čl. 3 odst. 3 těchto ZPP). Rozsah trvalých následků se určuje na základě oceňovací tabulky, která tvoří Přílohu 3 Zvláštních pojistných podmínek pro připojištění trvalých následků úrazu od 1 % (tarify TN01-P1R, JT01-P1R – dále jen „oceňovací tabulka TN“) a která stanovuje pro každý trvalý následek procento poškození.

Procento poškození: Příslušné procento, nejvýše však 100 %, jež ohodnocuje rozsah trvalých následků úrazu a které je dáno oceňovací tabulkou TN. Jestliže je v oceňovací tabulce pro daný následek úrazu určeno procentní rozmezí, určí pojišťovna procento poškození ve spolupráci s jím určeným odborníkem nebo zdravotnickým zařízením podle závažnosti následku úrazu.

Progresivní plnění: Způsob určení pojistného plnění v procentech z pojistné částky v případech, kdy úraz zanechává procento poškození nejméně 26 %. Výše progresivního plnění pro jednotlivá procenta poškození je uvedena v Příloze 1 těchto ZPP.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY je úraz, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku způsobí smrt pojištěného.
2. Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu od 1 % NA CESTY a připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1 % NA CESTY je úraz, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku zanechává trvalé následky odpovídající nejméně 1 % poškození dle oceňovací tabulky TN.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě pojistné události z připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události.

2. V případě pojistné události trvalých následků úrazu od 1 % NA CESTY vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz oceňovací tabulku TN) z pojistné částky sjednaného připojištění platné k datu pojistné události, přičemž zohlední případné progresivní plnění podle Přílohy 1 těchto ZPP.
3. Výše pojistného plnění může být stanovena a vyplacena až po ustálení trvalých následků. Pokud však ani po uplynutí jednoho kalendářního roku od data úrazu není možné jednoznačně určit rozsah trvalých následků, protože nejsou ustáleny, vyplátí pojišťovna přiměřenou zálohu podle jejich očekávaného rozsahu po ustálení a ukončení léčení. Následně má pojišťovna i pojištěný (zejm. pokud dojde ke zhoršení rozsahu trvalých následků) právo nechat stupeň poškození jednou ročně přezkoumat a v případě zhoršení rozsahu doplatit rozdíl mezi již vyplaceným pojistným plněním a nově vyměřeným pojistným plněním stanoveným na základě přezkoumání těchto trvalých následků. Právo nechat stupeň poškození přezkoumat a nově vyměřit zaniká uplynutím doby čtyř let ode dne vzniku úrazu.
4. Pokud dojde ke vzniku trvalého následku, který není uveden v oceňovací tabulce TN a současně splňuje kritéria pojistné události včetně minimálního procenta poškození, určí pojišťovna ve spolupráci s jím určeným odborným lékařem výši pojistného plnění analogicky, tj. podle trvalého následku, který je v oceňovací tabulce TN uveden a který je mu svou povahou nejbližší. Není-li možné určit výši pojistného plnění ani analogicky, určí ji pojišťovna ve spolupráci s odborným lékařem.

Článek 4

Jaká jsou maxima a limity pojistného plnění

1. Pokud jediný úraz zanechá pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, stanoví pojišťovna pojistné plnění jako součet procent poškození za všechny vzniklé trvalé následky, a to až do maximální výše 100 %. Výplatu pojistného plnění podle předchozí věty připojištění zaniká.
2. Pokud jediný úraz zanechá více trvalých následků na téže části těla – orgánu, údu, končetině nebo jejich části, hodnotí se tyto trvalé následky součtem procent poškození za každý z nich, přičemž maximálně budou v úhrnu hodnoceny procentem poškození uvedeným v oceňovací tabulce TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, údu, končetiny nebo jejich části.
3. Pokud dojde k pojistné události vzniku trvalých následků na části těla nebo orgánu, jehož funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se procento poškození s přihlédnutím k předchozímu funkčnímu poškození následovně: od procenta poškození posuzovaného trvalého následku se odečte procento poškození, které úrazu předcházelo. Pro určení obou procentních hodnot se použije oceňovací tabulka TN, příp. se použije postup popsáný v článku 3 odst. 4 těchto ZPP.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojistník může vypovědět tato připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění trvalých následků úrazu uvedená v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY, a to po celou dobu trvání smlouvy, resp. po celou dobu trvání připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
2. Připojištění zaniknou ve smyslu čl. 4 odst. 1 těchto ZPP výplatu pojistného plnění za trvalé následky, které odpovídají procentnímu poškození 100 % z jedné pojistné události podle oceňovací tabulky TN.
3. Připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY zanikne také ke dni zániku připojištění smrti následkem úrazu, tedy pojistnou událostí a jinými způsoby uvedenými v příslušných ZPP připojištění smrti následkem úrazu.
4. Připojištění trvalých následků úrazu od 1 % NA CESTY zanikne také ke dni zániku připojištění trvalých následků úrazu od 1 %. Připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1 % NA CESTY zanikne také ke dni zániku připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1 %.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2022.

**Příloha 1: Tabulka progresivního plnění pro připojištění trvalých následků úrazu 1 % NA CESTY
a připojištění trvalých následků úrazu dítěte od 1 % NA CESTY**

procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky
1 %	1 %	35 %	55 %	69 %	195 %
2 %	2 %	36 %	58 %	70 %	200 %
3 %	3 %	37 %	61 %	71 %	205 %
4 %	4 %	38 %	64 %	72 %	210 %
5 %	5 %	39 %	67 %	73 %	215 %
6 %	6 %	40 %	70 %	74 %	220 %
7 %	7 %	41 %	73 %	75 %	225 %
8 %	8 %	42 %	76 %	76 %	236 %
9 %	9 %	43 %	79 %	77 %	247 %
10 %	10 %	44 %	82 %	78 %	258 %
11 %	11 %	45 %	85 %	79 %	269 %
12 %	12 %	46 %	88 %	80 %	280 %
13 %	13 %	47 %	91 %	81 %	291 %
14 %	14 %	48 %	94 %	82 %	302 %
15 %	15 %	49 %	97 %	83 %	313 %
16 %	16 %	50 %	100 %	84 %	324 %
17 %	17 %	51 %	105 %	85 %	335 %
18 %	18 %	52 %	110 %	86 %	346 %
19 %	19 %	53 %	115 %	87 %	357 %
20 %	20 %	54 %	120 %	88 %	368 %
21 %	21 %	55 %	125 %	89 %	379 %
22 %	22 %	56 %	130 %	90 %	390 %
23 %	23 %	57 %	135 %	91 %	401 %
24 %	24 %	58 %	140 %	92 %	412 %
25 %	25 %	59 %	145 %	93 %	423 %
26 %	28 %	60 %	150 %	94 %	434 %
27 %	31 %	61 %	155 %	95 %	445 %
28 %	34 %	62 %	160 %	96 %	458 %
29 %	37 %	63 %	165 %	97 %	467 %
30 %	40 %	64 %	170 %	98 %	479 %
31 %	43 %	65 %	175 %	99 %	489 %
32 %	46 %	66 %	180 %	100 %	500 %
33 %	49 %	67 %	185 %		
34 %	52 %	68 %	190 %		



Upozornění:

Oceňovací tabulku TN pro uvedená připojištění naleznete v ZPP pro připojištění trvalých následků úrazu od 1 % v Příloze 3.

Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů NA CESTY (tarif DOU3-C1R)

Připojištění denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů NA CESTY (tarif JDO3-C1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí úrazem – čl. 6
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Oceňovací tabulku pro toto připojištění naleznete:

v ZPP pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů (tarif DOU3-P1R), v nichž tvoří Přílohu 2.

Článek 1

Jakým pojímům je třeba rozumět

Dopravní nehoda: dopravní nehoda v silničním provozu, v prostředku hromadné dopravy, železniční nehoda nebo letecká nehoda dopravního letadla. Podmínkou je, že pojištěný byl přímým účastníkem takové dopravní nehody, a to bez ohledu na povahu jeho účasti (řidič, chodec, cestující v prostředku hromadné dopravy apod.). Skutečnost, že šlo o dopravní nehodu, jejímž přímým účastníkem byl pojištěný, se prokazuje protokolem o dopravní nehodě pořízeným policií nebo jiným příslušným orgánem státní správy.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí je úraz ve smyslu VPP, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě v době trvání připojištění a který je uveden v oceňovací tabulce obsažené v Příloze 2 Zvláštních pojistných podmínek pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů (tarify DOU3-P1R, JDO3-P1R; dále „oceňovací tabulka DO“) jako úraz, za který náleží pojistné plnění.
2. Pojistnou událostí je také úraz, který není v oceňovací tabulce DO uveden, pokud k němu došlo výhradně při dopravní nehodě a pokud doba léčení tohoto úrazu byla delší než 21 dní. Pojišťovna nebo jí pověřený lékař určí v takovém případě výši pojistného plnění analogicky podle úrazu, který je v oceňovací tabulce DO uveden a který je mu svou povahou nejbližší.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

1. Pojišťovna vyplácí pojistné plnění, které odpovídá součinu sjednané pojistné částky a počtu dní určeného pro příslušný úraz v oceňovací tabulce DO.
2. Pojišťovna poskytuje pojistné plnění bez zbytečného odkladu po ukončení šetření pojistné události. Pokud je doložena úrazová diagnóza přímo uvedená v oceňovací tabulce DO (tj. pojišťovna má k dispozici veškeré potřebné informace pro její doložení), je možné toto šetření ukončit bezprostředně po jejím doložení. Pokud je doložena diagnóza, která v oceňovací tabulce DO není uvedena, pojišťovna ukončí šetření až po ukončení léčení daného úrazu.
3. V případě, že pojišťovna poskytla pojistné plnění a v průběhu léčení úrazu došlo ke změně úrazové diagnózy na jinou, za kterou by podle oceňovací tabulky DO náleželo vyšší pojistné plnění než již vyplacené, vyplácí pojišťovna po doložení této skutečnosti (změně diagnózy) doplatek pojistného plnění odpovídající rozdílu počtu dnů z konečné diagnózy a již proplacených dnů pro původní úrazovou diagnózu.

4. Pokud by jeden úraz (úrazový děj) způsobil více úrazových diagnóz podle oceňovací tabulky DO, považuje se za jednu pojistnou událost a pojišťovna vyplácí pojistné plnění za vzniklou úrazovou diagnózu, které odpovídá nejvyšší počet dnů podle oceňovací tabulky DO.

5. Utrpí-li pojištěný další úraz během doby, za kterou mu náleží denní odškodné ještě za předchozí úraz, a je-li tento nový úraz rovněž pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP, vyplácí pojišťovna pojistné plnění za každý z těchto úrazů s tím, že za dny, po které se denní odškodné za oba úrazy překrývá, je pojistné plnění poskytováno pouze jednou.



Příklad:

Pojištěný si při nehodě v automobilu zlomil žebro, za což bude pojišťovnou přiznáno odškodnění za 35 dní. Třicátý den od tohoto úrazu si při dopravní nehodě pohmoždí hrudní páteř, což odpovídá odškodnění za 21 dní. Dostane odškodnění celkem za 50 dní –29 za první úraz, 21 za druhý. (Šest dnů, kdy trvaly oba úrazy, se započítává pouze pro druhý z úrazů.)

6. Doklad o úrazové diagnóze vystavený lékařem, který je současně pojištěným nebo je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu zákona, nestačí k doložení úrazu. Úrazová diagnóza musí být doložena jiným ošetřujícím lékařem než uvedeným v první větě tohoto odstavce.

Článek 4

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Maximální pojistné plnění za jednu pojistnou událost z tohoto připojištění může být poskytnuto za 365 dní.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojistník může vypovědět tato připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedená v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
2. Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů NA CESTY zanikne také ke dni zániku připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů, ke kterému bylo sjednáno. Připojištění denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů NA CESTY zanikne také ke dni zániku připojištění denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů, ke kterému bylo sjednáno.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.



Upozornění:

Oceňovací tabulku DO pro uvedená připojištění naleznete v ZPP pro připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů v Příloze 2.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění hospitalizace (tarif HOSP-P2R)

Připojištění hospitalizace dítěte (tarif JHOS-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou pojištěním nemocí.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí nemocí – čl. 7
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1, 2
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Hospitalizace

Hospitalizací se pro účely tohoto připojištění rozumí poskytnutí nemocniční lůžkové péče pojištěnému v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, anebo v souvislosti s dárčovstvím orgánu (nebo jeho části) pojištěným, popřípadě v příčinné souvislosti s těhotenstvím či porodem za splnění podmínek těchto ZPP, která nastala v době trvání připojištění a která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace se považuje za z lékařského hlediska nezbytnou, jestliže ošetření pojištěného musí být s ohledem na závažnost nebo charakter úrazu či nemoci provedeno v nemocnici na lůžku.

Nemocnice

Nemocnicí se v tomto připojištění rozumí takové zdravotnické zařízení na území České republiky, ostatních zemí Evropské unie nebo Švýcarska, Lichtenštejnska, Islandu, Norska, Velké Británie a Severního Irska, které pracuje pod stálým odborným lékařským vedením, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle aktuálně platných léčebných standardů a metod lékařské vědy, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. **Nemocnicí se nerozumí lázeňské domy, sanatoria, ozdravovny ani pečovatelské domy.** Rehabilitační centra lze považovat za nemocnici jen v případě, že nepřetržitý pobyt pojištěného v nich navazuje na primární hospitalizaci (tzn. doba mezi posledním dnem primární hospitalizace a navazujícím pobytem v rehabilitačním zařízení je max. 14 dní). Případná hospitalizace v zahraničí mimo země uvedené v první větě tohoto odstavce musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění hospitalizace je z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného v době trvání pojištění.
2. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy je hospitalizace ukončena.
3. Pojistnou událostí je rovněž hospitalizace v příčinné souvislosti s těhotenstvím anebo porodem, přičemž se za takovou hospitalizaci nepovažuje hospitalizace v souvislosti s léčením neplodnosti ani s umělým přerušením těhotenství.
4. Pojistnou událostí v případě připojištění hospitalizace (HOSP-P2R) je rovněž pobyt pojištěného v nemocnici v souvislosti s hospitalizací nezletilého dítěte, jejíž příčina byla zjištěna během trvání pojištění.
5. **Škodná událost v pojištění hospitalizace není pojistnou událostí**, jestliže jde o hospitalizaci:
 - a) která souvisí pouze s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče,
 - b) jejíž délka je kratší než 24 hodin.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

Pojišťovna vyplatí jednorázově za každý den hospitalizace (tj. počet půlnocí strávených v nemocnici) pojistné plnění ve výši pojistné částky platné k datu, kdy hospitalizace začala. Pojistné plnění nenáleží za dny, kdy se pojištěný nezdržoval v zdravotnickém zařízení.

Článek 4

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Pojišťovna vyplatí pojistné plnění **maximálně za 730 dní** z jedné hospitalizace (pojistné události). Jestliže je pojištěný hospitalizován do 6 měsíců od ukončení předchozí hospitalizace z důvodu téže diagnózy, jsou pro účely určení maximální výše pojistného plnění tyto jednotlivé hospitalizace považovány za jednu pojistnou událost.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Pojištník může vypovědět tato připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedená v těchto ZPP, a to po celou dobu trvání smlouvy, resp. po celou dobu trvání připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Připojištění pro případ ošetřování dítěte (tarif JOSE-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou pojištěním nemocí.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí nemocí – čl. 7
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1, 2
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v tomto připojištění je takový zdravotní stav pojištěného dítěte způsobený nemocí nebo úrazem, který na základě lékařského rozhodnutí vyžaduje nepřetržité ošetřování pojištěného dítěte dospělou osobou (dále jen „ošetřování dítěte“) a který trvá minimálně 29 dní. Nutnost ošetřování dítěte lékař posuzuje i s ohledem na věk pojištěného dítěte.
2. Pojišťovna má právo přezkoumat rozhodnutí ošetřujícího lékaře o nutnosti ošetřování dítěte posudkem pojišťovnou určeného lékaře.

- Opakované ošetřování dítěte z důvodu těžké nemoci nebo téhož úrazu se považuje za jednu pojistnou událost, pokud přestávka mezi jednotlivými ošetřováními dítěte nepřesáhne 6 měsíců. Nepřetržitě ošetřování dítěte, kdy v průběhu této doby dojde ke změně diagnózy nebo kdy je u pojištěného dítěte stanoveno více diagnóz současně, je rovněž považováno za jednu pojistnou událost.
- Pojistná událost začíná prvním dnem ošetřování dítěte a končí dnem, kdy je nutnost ošetřování dítěte podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře nebo lékaře stanoveného pojišťovnou ukončena. Den zahájení ošetřování dítěte je den určený ošetřujícím lékařem.
- Počátek a trvání ošetřování dítěte prokáže oprávněná osoba způsobem, který jí sdělí pojišťovna. Potvrzení o ošetřování dítěte vystavené lékařem, který je rodičem nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu zákona, nestačí k doložení nutnosti ošetřování dítěte. Potvrzení musí být vystaveno jiným ošetřujícím lékařem.
- Nad rámec podmínek vymezených v odstavcích 1 až 5 tohoto článku bude za pojistnou událost považována také diagnóza uvedená v Příloze 1 těchto ZPP, která byla u pojištěného dítěte lékařsky doložena během trvání připojištění. V tomto případě jde o pojistnou událost bez ohledu na dobu léčeni a ošetřování dítěte pro danou diagnózu.

Článek 2 Jak se určí pojistné plnění

- Pojišťovna v případě pojistné události vymezené v odstavcích 1 až 5 předchozího článku vyplácí pojistné plnění za každý kalendářní den ošetřování dítěte počínaje 29. dnem ošetřování dítěte (za prvních 28 dní pojistné plnění nenáleží), a to ve výši pojistné částky (denní dávky) platné ke dni zahájení pojistného plnění.
- Pojišťovna vyplácí pojistné plnění odpovídající částce popsané v předchozím odstavci jednorázově po ukončení ošetřování dítěte. Trvá-li ošetřování dítěte déle než 6 týdnů, může pojišťovna vyplácet pojištěnému, resp. jeho zákonnému zástupci, na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- V případě pojistné události vymezené v odstavci 6 předchozího článku vyplácí pojišťovna pojistnou částku (denní dávku) jednorázově, za fixní počet dnů uvedený pro příslušnou diagnózu v Příloze 1 těchto ZPP.

Článek 3 Jaká jsou maxima a limity pojistného plnění

- Maximální doba výplaty pojistné částky ve smyslu čl. 1 odst. 1 až 5 je stanovena na 365 dní za jednu pojistnou událost.
- Dojde-li k výplatě pojistného plnění podle Přílohy 1 těchto ZPP a následně stejná nemoc způsobí stav vyžadující ošetřování dítěte ve smyslu čl. 1 odst. 1, za které by náleželo pojistné plnění vyšší než již vyplacená částka, bude rozdíl doplacen po ukončení opětovného ošetřování a doložení této skutečnosti způsobem popsaným v těchto ZPP.

Článek 4 Jaké jsou povinnosti pojištěného při vzniku škodné události

- V případě hlášení škodné události ve smyslu čl. 1 odst. 1 až 5 je pojištěný, resp. zákonný zástupce pojištěného dítěte, povinen doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o začátku ošetřování dítěte. Případné náklady na vystavení tohoto formuláře nenese pojišťovna. Vyplněný formulář musí být pojišťovně doručen bez zbytečného odkladu po počátku ošetřování dítěte, nejpozději však v určený den počátku plnění, tedy 29. den trvání ošetřování dítěte. V případě opožděného doručení má pojišťovna právo zahájit výplatu pojistného plnění teprve ode dne, kdy příslušný formulář obdrží. Ukončení ošetřování dítěte potvrdí ošetřující lékař na formuláři pojišťovny.
- Pokud ošetřování dítěte trvá déle než jeden měsíc ode dne počátku výplaty pojistného plnění, je pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, povinen si tuto skutečnost nechat potvrdit ošetřujícím lékařem znovu na formuláři pojišťovny při každé další kontrole u ošetřujícího lékaře. Pauza mezi jednotlivými kontrolami, resp. mezi vystavením jednotlivých potvrzení, však nesmí být delší než jeden měsíc. Případné náklady na lékařská potvrzení nenese pojišťovna.
- Pokud do jednoho měsíce od vzniku nároku na pojistné plnění či od předložení posledního potvrzení neobdrží pojišťovna další potvrzení o trvání či ukončení ošetřování dítěte, není povinná pojistné plnění za další dny ošetřování dítěte poskytnout. Pojišťovna může v rámci procesu řešení každé škodné události po dohodě s oprávněnou osobou lhůtu prodloužit.

- Pokud pojišťovna požaduje přezkoumání zdravotního stavu pojištěného dítěte lékařem, kterého sama určila, a pokud pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, toto přezkoumání odmítne (vyšetření nepodstoupí), není pojišťovna povinná vyplácet pojistné plnění, dokud se příslušné vyšetření neuskuteční.
- Pojišťovna nevyplácí další pojistné plnění v případě, že jí určený lékař nepotvrdí pokračování pojistné události, tedy pokračující nutnost ošetřování dítěte (např. s přihlédnutím k věku pojištěného dítěte). Pojišťovna nevyplácí pojistné plnění za dny, kdy pojištěné dítě navštěvovalo školské, předškolní či obdobné zařízení.
- V případě hlášení škodné události ve smyslu čl. 1 odst. 6 je třeba doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku diagnózy uvedené v Příloze 1.

Článek 5 Jaký je možný důvod zániku připojištění

Pojistník může vypovědět toto připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedené v těchto ZPP, a to po celou dobu trvání smlouvy, resp. po celou dobu trvání připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.

Článek 6 Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 12. 2024.

Příloha 1: Nemoci s fixně stanoveným počtem dní pojistného plnění

Nemoc	Počet dní
Příušnice	10 dní
Plané neštovice	10 dní
Spalničky	10 dní
Zarděnky	10 dní
Encefalitida	30 dní
Lymeská borelióza	30 dní
Infekční mononukleóza	30 dní
Zánět mozkových blan – meningitida	30 dní
Žloutenka typu A	30 dní

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne (tarif PN29-P2R)

Připojištění pracovní neschopnosti PLUS (tarif PNPL-P3R)

Připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne (tarif PN61-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou pojištěním nemocí.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí nemocí – čl. 7
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1, 2, 3
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10
- Hrubý příjem – vymezení pojmu – čl. 2

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Pracovní neschopnost se rozumí lékařsky potvrzená a nezbytná dočasná pracovní neschopnost pojištěného, která nastala v průběhu trvání připojištění v důsledku nemoci nebo úrazu, případně v příčinné souvislosti s těhotenstvím při splnění podmínek těchto ZPP, dle příslušných předpisů práva sociálního zabezpečení. Současně platí, že pojištěný nemůže podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo svou samostatnou výdělečnou činnost, a to ani po omezenou část dne, ani nevykonává řídicí či kontrolní činnost.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne je pracovní neschopnost pojištěného z důvodu úrazu nebo nemoci, jejíž délka činila nejméně 29 dní a která byla přiznána lékařem na území České republiky, anebo se jedná o kratší pracovní neschopnost spojenou s hospitalizací definovanou dále v článku 5.
2. Pojistnou událostí v připojištění pracovní neschopnosti PLUS je pracovní neschopnost pojištěného z důvodu úrazu nebo nemoci, jejíž délka činila nejméně 29 dní a která byla přiznána lékařem na území České republiky.
3. Pojistnou událostí v připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne je pracovní neschopnost pojištěného z důvodu úrazu nebo nemoci, jejíž délka činila nejméně 61 dní a která byla přiznána lékařem na území České republiky, anebo se jedná o kratší pracovní neschopnost spojenou s hospitalizací definovanou dále v článku 5.
4. Počátek a trvání pracovní neschopnosti je třeba prokázat doklady o pracovní neschopnosti, dále doklady, které si pojišťovna vyžádá, a vyplněným formulářem pojišťovny.
5. Potvrzení o pracovní neschopnosti vystavené lékařem, který je současně pojištěným nebo je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu zákona, nestačí k doložení pracovní neschopnosti. Potvrzení pracovní neschopnosti musí být vystaveno jiným ošetřujícím lékařem než uvedeným v první větě tohoto odstavce.
6. Pojišťovna vyplácí pojistné plnění v plné výši v případě následujících událostí v příčinné souvislosti s těhotenstvím v případě některé z následujících vážných zdravotních komplikací v těhotenství, kterými jsou:
 - mimoděložní těhotenství,
 - těžká preeklampsie,
 - diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC)
 ve smyslu definic uvedených v ZPP pro připojištění ZO PLUS pro ženy (bez ohledu na to, zda je připojištění ZO PLUS pro ženy sjednáno).
7. Odchylně od VPP pojišťovna vyplácí **pojistné plnění i za pracovní neschopnost z důvodu komplikací v těhotenství i z jiných příčin než uvedených v předchozím odstavci, avšak maximálně za 21 dní během jednoho těhotenství.** Je-li sjednáno připojištění pracovní neschopnosti PLUS, bude vyplaceno pojistné plnění maximálně za 21 dní v součtu za oba tarify PN29-P2R a PNPL-P3R (dohromady za tarify PN29-P2R a PNPL-P3R, jsou-li oba sjednány).

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

1. Pojišťovna vyplácí z připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky za každý den trvání pracovní neschopnosti počínaje jejím 29. dnem a konče rozhodnutím ošetřujícího lékaře o skončení pracovní neschopnosti, případně jiným způsobem dle pravidel těchto ZPP.
2. Pojišťovna vyplácí z připojištění pracovní neschopnosti PLUS pojistné plnění nad rámec pojistného plnění podle odst. 1 tohoto článku ve výši sjednané pojistné částky za 1. až 28. den (tj. za 28 dní) trvání pracovní neschopnosti, pokud tato pracovní neschopnost trvala nejméně 29 dní. Připojištění pracovní neschopnosti PLUS lze sjednat pouze současně s připojištěním pracovní neschopnosti od 29. dne a nemůže být na smlouvě samostatné.
3. Pojišťovna vyplácí z připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky za každý den trvání pracovní neschopnosti počínaje jejím 61. dnem a konče rozhodnutím ošetřujícího lékaře o skončení pracovní neschopnosti, případně jiným způsobem dle pravidel těchto ZPP.
4. Pojišťovna poskytuje pojistné plnění jednorázově po ukončení pracovní neschopnosti. Pojišťovna může vyplatit pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu pojistného plnění (více v čl. 6, odst. 2 těchto ZPP).

Článek 4

Jaká jsou maxima a omezení pojistného plnění

1. Maximální doba výplaty pojistného plnění z připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne je 730 dní. Je-li současně sjednáno připojištění pracovní neschopnosti PLUS, maximální doba výplaty pojistného plnění v součtu z obou uvedených připojištění je 730 dní. Maximální doba výplaty pojistného plnění z připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne je 730 dní.
2. **Pokud je pracovní neschopnost způsobena onemocněním pohybového aparátu bez jednoznačně prokázané závažné organické příčiny** – jakou je např. výhřez meziobratlové ploténky, zlomenina, utržené vazy či svaly – bude z připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne a z připojištění pracovní neschopnosti PLUS, bylo-li sjednáno, vyplaceno pojistné plnění maximálně za 50 dní (v součtu za oba tarify PN29-P2R a PNPL-P3R) a z připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne maximálně za 21 dní. Výplatou maximálního plnění za 50 dní, resp. 21 dní pracovní neschopnosti podle předchozí věty je pracovní neschopnost považována za ukončenou a každá další hlášená pracovní neschopnost včetně případné změny diagnózy je považována za novou pracovní neschopnost.
3. Jednoznačným prokázáním organické příčiny se rozumí prokázání zobrazovacími metodami, jakými jsou rentgenové vyšetření (RTG), ultrazvukové vyšetření (sonografie), magnetická rezonance (MR, MRI), počítačová tomografie (CT) apod. Příkladem zdravotních stavů bez jednoznačně prokázané závažné organické příčiny, na které se uvedeně omezení vztahuje, jsou: funkční poruchy pohybového aparátu bez nutnosti operace (např. skolióza nebo svalová nerovnováha), svalová mikotraumatata, výhřezy meziobratlové bederní ploténky do 4 mm léčené konzervativně v případě povolání zařazených do rizikové skupiny 1 podle obchodních podmínek pojišťovny, prosté bolesti zad na degenerativní podkladě bez zánikových neurologických příznaků anebo zánětlivá onemocnění šlach a kloubů léčená konzervativně, pokud není zánět prokázán výsledky laboratorních testů (např. CRP test).
4. **Pokud je délka pracovní neschopnosti potvrzená lékařem pro danou diagnózu neúměrně delší** než průměrná doba léčby dané diagnózy a toto prodloužení není v lékařské dokumentaci dostatečně odborně odůvodněno, stanoví délku pracovní neschopnosti nutnou k vyléčení nemoci nebo následků úrazu, po kterou pojištěnému náleží pojistné plnění dle těchto ZPP, specializovaný lékař určený pojišťovnou.
5. **Pojistná událost je pro účely stanovení pojistného plnění podle článku 3 a maximálního pojistného plnění podle tohoto článku považována za jedinou pojistnou událost** v případě, že:
 - a) v průběhu trvání pracovní neschopnosti dojde ke změně diagnózy (s výjimkou případu popsaném v druhé větě čl. 4, odst. 2 těchto ZPP, kdy by došlo ke změně diagnózy po výplatě za 50 dní, resp. za 21 dní pracovní neschopnosti), nebo
 - b) pojištěný je po ukončení jedné pracovní neschopnosti uznán znovu neschopným práce v následujícím kalendářním dni ze stejného důvodu, stejné diagnózy, nebo
 - c) je vystaven doklad o pracovní neschopnosti pro více diagnóz současně, nebo
 - d) jedna diagnóza způsobí více pracovních neschopností, přičemž přestávka mezi nimi nepřesáhne 6 měsíců.

6. Výše sjednané pojistné částky nesmí přesáhnout maximální pojistnou částku uvedenou v Příloze 1 těchto pojistných podmínek, která stanovuje maximální výši pojistných částek v závislosti na hrubém měsíčním příjmu pojištěného. **Pokud by sjednaná pojistná částka neodpovídala hrubému měsíčnímu příjmu pojištěného určenému v dané příloze, je pojišťovna oprávněna v případě pojistné události výši pojistného plnění přiměřeně snížit podle skutečného hrubého příjmu pojištěného.**

Článek 5

Kdy pojišťovna plní i při kratší pracovní neschopnosti

1. Pokud pojištěný v rámci pracovní neschopnosti (ve smyslu vymezení tohoto pojmu v článku 1) stráví **minimálně 3 dny** (tj. 2 půlnoci) v nemocnici, vznikne nárok na pojistné plnění z připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne a/nebo připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne i v případě, že nebude splněna minimální délka trvání pracovní neschopnosti podle čl. 2, odst. 1 a 3.
2. Pojišťovna v případě popsaném v odst. 1 tohoto článku vyplácí z připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne a/nebo připojištění pracovní neschopnosti od 61. dne pojistné plnění za **7 dní**. Pokud však bude celková doba trvání této pracovní neschopnosti natolik dlouhá, že by celkový nárok na pojistné plnění převyšoval uvedenou výplatu za 7 dní, vyplácí pojišťovna pojistné plnění způsobem popsaným v těchto ZPP pro příslušné připojištění.
3. Uvedené ustanovení se uplatní i v případě vzniku pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství, avšak maximální výše celkového pojistného plnění je omezena dle čl. 2 odst. 7 těchto ZPP.

Článek 6

Jaké jsou povinnosti pojištěného při vzniku škodné události

1. V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen doložit pojišťovně vznik pracovní neschopnosti. Za základní doklad se považuje formulář pojišťovny (příp. on-line hlášení na webových stránkách pojišťovny) a kopie dokladu o pracovní neschopnosti, na kterém ošetřující lékař potvrdí začátek a trvání pracovní neschopnosti, případně kopie dalších dokladů z následných kontrol posuzování pracovní neschopnosti. Případné náklady na vyplnění tohoto formuláře a na potvrzení nenese pojišťovna.

2. Pojišťovna poskytuje pojistné plnění jednorázově po ukončení pracovní neschopnosti. Pojišťovna může vyplatit pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu pojistného plnění, a to maximálně jednou za měsíc, vždy ale až poté, co jí pojištěný doloží doklad prokazující pokračování pracovní neschopnosti a způsob léčby. Vyplněný formulář a doklady prokazující pracovní neschopnost musí být pojišťovně předloženy (příp. musí být odesláno on-line hlášení) bez zbytečného odkladu po ukončení pracovní neschopnosti, v případě žádosti o zálohu na pojistné plnění je třeba postupovat podle předchozí věty.
3. Pokud pojišťovna požaduje přezkoumání zdravotního stavu pojištěného lékařem, kterého sama určila, je pojištěný povinen toto přezkoumání podstoupit. **Pokud však toto přezkoumání odmítne a vyšetření nepodstoupí, není pojišťovna povinná vyplácet pojistné plnění, dokud se příslušné vyšetření neuskuteční. Pojišťovna není povinná poskytnout další pojistné plnění v případě, že jí určený lékař nepotvrdí oprávněnost dalšího trvání pracovní neschopnosti** (např. s přihlédnutím k druhu vykonávaného povolání). Náklady na provedení tohoto vyšetření (přezkoumání) nese pojišťovna.

Článek 7

Zánik připojištění

1. Pojistník může vypovědět tato připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedená v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
2. Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají také dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním pro invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně.
3. Připojištění pracovní neschopnosti PLUS zaniká ke dni zániku připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne.

Článek 8

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Příloha 1: Maximální pojistné částky pro připojištění pracovní neschopnosti v závislosti na hrubém příjmu pojištěného

K datu počátku tohoto připojištění musí hrubý příjem pojištěného odpovídat sjednané pojistné částce, resp. limitům uvedeným v této příloze.

Sníží-li se v průběhu trvání připojištění pojištěnému průměrný měsíční hrubý příjem o více než 30 %, je pojištěný povinen tuto skutečnost oznámit pojišťovně, aby mohla být upravena sjednaná pojistná částka v závislosti na aktuálním hrubém příjmu. Uvedená povinnost neplatí, pokud je pojistná částka maximálně 600 Kč v případě tarifu PN29-P2R, příp. maximálně 1 000 Kč v případě tarifu PN61-P1R.

V případě sjednání kombinace tarifů pracovní neschopnosti od 29. dne a od 61. dne (PN29-P2R a PN61-P1R) pro jednu pojištěnou osobu:

- platí **stejně hodnoty** minimálního příjmu **pro součet** pojistných částek,
- se příjem nezkoumá¹⁾, nepřesáhne-li pojistná částka **600 Kč pro tarif PN29-P2R a současně součet pojistných částek za oba tarify (PN29-P2R + PN61-P1R) nepřesáhne 1 000 Kč.**

Výjimka pro posuzování souladu s hrubým příjmem u připojištění pro případ pracovní neschopnosti od 29. dne:

V případě připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne může být sjednána pojistná částka odpovídající až **1/30 měsíční splátky hypotečního úvěru** uzavřeného pojištěným, maximálně však částce 1 000 Kč, a to **bez ohledu na příjem pojištěného** (pro případné pojistné částky nad 1 000 Kč je nutné vždy dodržet podmínku minimálního hrubého příjmu uvedeného v tabulce). Uvedená výjimka platí **pouze v případě, že pojištěný při šetření škodné události prokáže uzavření smlouvy o hypotečním úvěru v odpovídající výši** k datu sjednání nebo změny připojištění a současně doloží aktuální výši měsíční splátky hypotečního úvěru k datu vzniku škodné události. Pokud pojištěný **existenci výše popsané smlouvy o hypotečním úvěru neprokáže**, má pojišťovna právo **adekvátně snížit pojistné plnění** v závislosti na uvedené tabulce minimálních hrubých příjmů pro stanovené pojistné částky, případně v závislosti na skutečné výši aktuální měsíční splátky hypotečního úvěru.

Tarif: PN29-P2R		Tarif: PN61-P1R	
Pro pojistnou částku maximálně (v Kč)	Minimální hrubý měsíční příjem (v Kč)	Pro pojistnou částku maximálně (v Kč)	Minimální hrubý měsíční příjem (v Kč)
600	nezkoumá se ¹⁾	1 000	nezkoumá se ¹⁾
700	60 000		
800	65 000		
900	70 000		
1 000	75 000		
1 100	80 000	1 100	80 000
1 200	85 000	1 200	85 000
1 300	90 000	1 300	90 000
1 400	95 000	1 400	95 000
1 500	100 000	1 500	100 000
1 600	105 000	1 600	105 000
1 700	110 000	1 700	110 000
1 800	115 000	1 800	115 000
1 900	120 000	1 900	120 000
2 000	125 000	2 000	125 000

¹⁾ V případě osob pracujících na dohodu o provedení práce nebo dohodu o provedení pracovní činnosti nebo osob pobírajících rodičovský příspěvek (příp. peněžitou pomoc v mateřství, příp. peněžitou pomoc zaměstnanci) je nutné, aby příjem dosahoval alespoň poloviny minimální mzdy ve smyslu aktuálních právních předpisů České republiky.

Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Risk

Co zde najdete

Rizikové skupiny	74
Fit program	76
Doplňkové ujednání pro 2. a další pojištěnou osobu	77
Slevy a přírůžky a jejich zohlednění v pojistném	78
Opce navýšení pojistných částek	78
Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného	79
Platby pojistného a poplatky	79
Podmínky poskytování a používání elektronických služeb	80
Závěrečná ustanovení	81

NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 2013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“) vydává tyto Obchodní podmínky pro životní pojištění NN Orange Risk (dále jen „obchodní podmínky“).

Datum účinnosti těchto obchodních podmínek: **1. 9. 2025**

Název produktu: **Životní pojištění NN Orange Risk**

Datum uvedení produktu na trh: **1. 6. 2020**

Rizikové skupiny

Na výši pojistného za některá připojištění má vliv zařazení do rizikové skupiny. Pojišťovna rozlišuje rizikové skupiny 1 až 4 podle pracovní činnosti a volnočasové činnosti pojištěného.

Obecné zásady pro zařazení pojištěného do rizikové skupiny.

- Přehled pracovních a volnočasových činností uvedený níže v tabulkách je orientační, rozhodující je zařazení uvedené v pojistné smlouvě.
- Detailní seznam pracovních a volnočasových činností je uveden na webu pojišťovny www.nn.cz a v kalkulačním nástroji používaném pro sjednávání pojištění.
- Není-li povolání pojištěného v tomto seznamu na webu pojišťovny uvedeno, určí zařazení do rizikové skupiny pojišťovna individuálně na základě informací poskytnutých pojištěným při sjednávání pojistné smlouvy.
- Pokud pojištěný provozuje současně více pracovních činností nebo více volnočasových činností, je pro zařazení do rizikové skupiny rozhodující:
 - pro pracovní činnosti** – činnost s vyšším rizikem, pokud nejméně jedna z činností pojištěného patří do rizikové skupiny 3, nebo 4, nebo UW; v případě činností patřících do rizikových skupin 1 a 2 je rozhodující převažující činnost podle pracovního úvazku, v případě rovnosti se bere činnost s vyšším rizikem.
 - pro volnočasové činnosti** – činnost s vyšším rizikem.
- Pokud pracovní a volnočasová činnost pojištěného neodpovídají stejné rizikové skupině, zohlední se vyšší z nich.**



Příklad:

Jak se posoudí učitel, který hraje fotbal jako registrovaný sportovec?
 Učitel = riziková skupina 1
 Fotbal = registrovaný sportovec = riziková skupina 2
 → Výsledná riziková skupina bude vyšší z obou, tedy 2.

- Dopad na výši pojistného za jednotlivá pojištění a připojištění je následující:
 - Pro úrazová připojištění:** Je-li pojištěný zařazen do rizikové skupiny 2, 3 nebo 4, uplatní pojišťovna přírůžku za jím sjednaná úrazová připojištění ve výši 100 až 450 %. Uvedené se netýká skupiny úrazových připojištění „na cestu“.
 - Pro připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne (PN29-P2R, PNPL-P3R):** Je-li pojištěný výhradně z důvodu pracovní činnosti zařazen do rizikové skupiny 2, 3 nebo 4, uplatní pojišťovna přírůžku za tato připojištění ve výši 20 %.

- Pro životní pojištění a připojištění nemoci:** Je-li pojištěný zařazen do rizikové skupiny 4, může pojišťovna uplatnit přírůžku pro sjednaná pojištění a připojištění ve výši, kterou individuálně určí.
- Pro jakákoli pojištění či připojištění:** Provozuje-li pojištěný pracovní nebo volnočasovou činnost, která je natolik specifická, že vyžaduje individuální posouzení (níže v popisu a ilustračním výčtu označení „UW“), stanoví možnost přijetí do pojištění a případné nastavení specifických podmínek (včetně případných přírůžek či individuálních výluk) pojišťovna po posouzení daného případu a po dohodě s pojištěným.
- U připojištění určených dětem (označení tarifu začíná vždy písmenem J) je přiřazena riziková skupina 1 i v případě, že pojištěné dítě provozuje sportovní či volnočasovou aktivitu odpovídající rizikové skupině 1 až 3. Avšak **je-li pojištěným dítětem provozována aktivita odpovídající rizikové skupině 4 nebo „UW“, bude nutné provést individuální posouzení podmínek vstupu do úrazového připojištění** (stanovení přírůžky nebo výluky pro danou činnost). Stejná pravidla popsána v této odrážce platí i pro osoby pojištěné tarifem DO60-P1R (připojištění denního odškodného vybraných úrazů).
- Připomínáme, že **jakoukoli změnu pracovní nebo sportovní a volnočasové činnosti je nutné pojišťovně bez zbytečného odkladu oznámit, jinak může dojít k poměrnému snížení pojistného plnění**. Uvedené se týká i pojištěných dětí v případě, že by začaly v průběhu trvání pojištění provozovat činnost popsanou v předchozím bodě.

Pracovní činnosti – rozdělení do rizikových skupin

Riziková skupina 1

úrazová připojištění: bez přírůžky

Obecná charakteristika

- nemanuální pracovní činnosti bez fyzického zatížení nebo s velmi mírným fyzickým zatížením a s velmi nízkým rizikem.

Například

- zdravotní sestra, lékař, veterinář, finanční poradce, vědec, výtvarník, učitel, družinář, soudce, sociální pracovník, kadeřník, kosmetička, manikérka, cukrář, uklízečka, prodávač s lehkým manuálním zatížením (pokladní v samoobsluze, obchod s textílem apod.), řidič osobního auta, bankéř, recepční; dále pak žáci, studenti, osoby na rodičovské dovolené.

Riziková skupina 2

úrazová připojištění: **přirážka 100 %**

Obecná charakteristika

- pracovní činnosti s lehkým fyzickým zatížením a vyšší mírou rizika.

Například

- záchranář, dopravní policista, strážník, vězeňský dozorce, kuchař, řezník, truhlář, zootechnik, barman, číšník, servírka, prodávač na benzinové pumpě, poštovní doručovatel, školník, instalatér, elektrikář, obkladač, pekař, řidič autobusu nebo nákladních vozů (od 7,5 t), strojvůdce, stevard.

Riziková skupina 3

úrazová připojištění: **přirážka 200 %**

Obecná charakteristika

- pracovní činnosti se středním a vysokým fyzickým zatížením a vysokou mírou rizika.

Například

- jeřábník, kovář, obráběč kovů, soustružník, slévač, tesař, horník, pilot dopravní společnosti, vyšetřovatel kriminální policie, člen horské služby, dřevorubec, náteráč exteriérů, opravář těžké techniky, stavební práce ve výškách.

Riziková skupina 4

úrazová připojištění: **přirážka 450 %**

Obecná charakteristika

- pracovní činnosti s velmi vysokým fyzickým zatížením nebo obzvláště nebezpečné činnosti či provozy.

Například

- zkušební pilot, pracovník letecké záchranné služby, pracovník s výbušninami a hořlavinami, baletka, parašutista, pracovník používající horolezeckou techniku (např. myč oken, izolatér).

Riziková skupina UW

všechna rizika: **individuální posouzení¹⁾**

Obecná charakteristika

- mimořádně nebezpečné činnosti s vysokým rizikem, u kterých je nutné posoudit individuálně, zda a za jakých podmínek je možné přijetí do pojištění.

Například

- voják speciální jednotky (pyrotechnik, výsadkář, potápěč), artista v cirkuse (klaun, akrobat, krotitel), hasič v útvaru speciálního nasazení, profesionální sportovec (např. fotbalista, hokejista, atlet).

¹⁾ Možnost přijetí do pojištění a případné podmínky (přirážky, individuální výluky) budou stanoveny na základě individuálního posouzení pojišťovnou. V případě neoznámení změny pojistného rizika (vykonávané pracovní činnosti) v průběhu trvání pojištění bude použita přirážka až 1000 % pro účely adekvátního zkrácení v případě, že dojde k pojistné události.

Riziková skupina 2–4 připojištění pracovní neschopnosti PN29-P2R, PNPL-P3R: **přirážka 20 %**

Charakteristika pracovní činnosti pro rizikovou skupinu 2, 3 a 4 je uvedena výše - je shodná jako pro úrazová připojištění.

Sportovní a volnočasová činnost – rozdělení do rizikových skupin

Riziková skupina 1

úrazová připojištění: **bez přirážky**

Obecná charakteristika

- provozování sportů s mírným rizikem, míčových sportů s limitovaným kontaktem nebo bez kontaktu, a to na rekreační úrovni nebo s registrací ve sportovním klubu (nikoli však profesionálně).

Například

- rekreační nebo registrovaná sportovní činnost: běh, cyklistika, badminton, baseball, softball, házená, basketbal, volejbal, florbal, tenis, stolní tenis, squash, jóga, fitness, triatlon, střelba, lukostřelba, kanoistika, plavání, veslování, jachting, krasobruslení, rychlobruslení, biatlon, skialpinismus, běžecké lyžování,
- dále činnost dobrovolného hasiče (není-li současně provozován hasičský sport),
- profesionální sportovní činnost: modelářství, biliard, bowling, curling, dráhový golf, golf, jóga, kriket, kriket, kulečník, kuželky, metaná, pétanque, rybářský sport, stolní fotbal, šachy, šipky moderní i klasické.

Riziková skupina 2

úrazová připojištění: **přirážka 100 %**

Obecná charakteristika

- provozování sportů s vyšším rizikem, kontaktních míčových sportů s registrací ve sportovním klubu.

Například

- registrovaná sportovní činnost: cyklokros, pětiboj, desetiboj, hod oštěpem, vrh koulí, trojskok, skok do dálky a do výšky, fotbal, frisbee, hokejbal, futsal, lakros, skoky na trampolině, skoky do vody, pozemní hokej, in-line hokej, sjezdové lyžování, snowboarding, bobování, psí spřežení, hasičský sport, provozování lovcého sportu.

Riziková skupina 3

úrazová připojištění: **přirážka 200 %**

Obecná charakteristika

- vysoce rizikové sporty provozované s registrací ve sportovním klubu,
- bojové sporty bez plného kontaktu (např. typu semi-kontakt) provozované rekreačně nebo s registrací ve sportovním klubu (nikoli však na vrcholové úrovni).

Například

- registrovaná sportovní činnost: lední hokej, běh spojený s překonáváním překážek (např. spartan race, army run), jezdectví, americký fotbal, rugby, silový trojboj, vzpírání a kulturistika,
- z bojových sportů: capoeira, krav maga, šerm, řecko-římský zápas; jsou-li bez plného kontaktu, pak i: aikido, karate, kick-box, kung-fu, jiu-jitsu, kendo, amatérský box (s přilbou, 3 kola).

Riziková skupina 4

úrazová připojištění: **přirážka 450 %**

Obecná charakteristika

- kontaktní bojové sporty s plným kontaktem provozované rekreačně nebo s registrací ve sportovním klubu.

Například

- rekreační nebo registrovaná sportovní činnost: aikido, box (bez přilby), jiu-jitsu, judo, karate, kendo, kick box, kung-fu, taekwondo, wing-chun.

Riziková skupina UW

všechna rizika: **individuální posouzení¹⁾**

Obecná charakteristika

- jakákoli profesionální sportovní činnost podle níže uvedené definice;
- jakýkoli adrenalinový sport, který je provozován rekreačně jako hobby nebo ve sportovním klubu ve smyslu níže uvedené definice adrenalinových sportů (např. horolezectví, potápění, paragliding, parkur, high jumping, rafting na divoké vodě, cliff diving, BMX freestyle, mountain biking, survival a adventure aktivity a další), s výjimkou jednorázového provozování těchto sportů ve smyslu vymezení níže v rámci definice adrenalinových sportů;
- jakékoli bojové sporty provozované na vrcholové úrovni (v nejvyšší soutěži dané země nebo za úplatu).

¹⁾ Možnost přijetí do pojištění a případné podmínky (přirážky, individuální výluky) budou stanoveny na základě individuálního posouzení pojišťovnou. **V případě neoznámení změny pojistného rizika (vykonávané sportovní nebo volnočasové činnosti) v průběhu trvání pojištění bude použita přirážka až 1000 % pro účely adekvátního zkrácení v případě, že dojde k pojistné události.**

Definice různých úrovní sportovní činnosti

Rekreační sportovní činnost – definice pojmu: sportovní aktivita, kterou pojištěný vykonává opakovaně, ale nikoli pod záštitou sportovní organizace (svazu, klubu apod.).

Registrovaná sportovní činnost – definice pojmu: sportovní aktivita, kterou pojištěný vykonává pod záštitou sportovní organizace (svazu, klubu apod.) a je u takové organizace jako člen evidován, anebo se pravidelně účastní soutěží, závodů či tréninků, které jsou těmito organizacemi pořádány.

Profesionální sportovní činnost – definice pojmu: veškerá soutěžní, závodní a jiná sportovní činnost včetně přípravy na ni (tréninku) vykonávaná profesionálními sportovci; profesionálními sportovci se rozumí osoby, jejichž příjem či odměna ze sportovní činnosti dosahuje v příslušném zdaňovacím období nejméně úrovně minimální mzdy stanovené právními předpisy České republiky.

Adrenalinový sport – definice pojmu: jakákoli činnost provozovaná v extrémních, nebezpečných nebo jinak nestandardních podmínkách, při níž se člověk obvykle dostává do vysoké rychlosti či do výšek, nebo naopak pod povrch země či pod hladinu vody. Patří sem např. motoristické a horolezecké sporty, aviatické sporty včetně seskoků, paragliding, potápění, jeskyňářství či tzv. survival a adventure aktivity, parkur, high jumping, rafting na divoké vodě, cliff diving, BMX freestyle, mountain biking, nebo další aktivity, které nejsou uvedeny v seznamu pro určení rizikových skupin 1 až 4 umístěném na webových stránkách pojišťovny.

Za adrenalinový sport se nepovažuje, je-li taková činnost provozována jednorázově (tj. maximálně jednou ročně, např. během dovolené, přičemž se nejedná o registrovanou ani rekreační sportovní činnost) pod vedením certifikovaného instruktora nebo pod záštitou certifikované organizace a není-li k jejímu provozování nutné absolvovat žádný speciální kurz. Typicky jde o aktivity jako bungee jumping, kiting, canyoning, kayaking, rafting, kitesurfing, parasailing, vodní lyžování, tandemový seskok padákem s instruktorem a tandemový paragliding s instruktorem, zorbing, potápění, větrný tunel, paintball, jízda na motokárách nebo čtyřkolkách, které jsou provozovány jednorázově např. v rámci dovolené nebo tzv. teambuildingů. Tyto činnosti provozované za výše specifikovaných podmínek jsou standardně zahrnuty v pojištění.

Program Fit

V rámci pojistné smlouvy může být přiznána výhoda spočívající v dočasném snížení pojistného za níže vyjmenovaná rizika vztahující se k osobě prvního pojištěného. Uvedené snížení již bylo zohledněno v předpisu pojistného a nezakládá pojistníkovi nárok na vrácení části v budoucnu zaplaceného pojistného.

V rámci pojistné smlouvy lze sjednat jednu z těchto možností Programu Fit:

- Fit Sport** – sjednává se zaškrtnutím příslušného pole ve formuláři pojistné smlouvy a doložením kopie dokladu prokazujícího provozování sportovní činnosti nebo v případě registrovaného sportu písemným potvrzením v pojistné smlouvě u příslušného dotazu pojišťovny.
- Fit Dárce** – sjednává se zaškrtnutím příslušného pole ve formuláři pojistné smlouvy a doložením kopie průkazu bezplatného dárce krve, z něhož vyplývá, že v posledním roce před uzavřením pojištění došlo k alespoň jednomu odběru krve, krevní plazmy nebo krevních destiček.
- Fit Prevence** – sjednává se zaškrtnutím příslušného pole ve formuláři pojistné smlouvy a uvedením čísla mobilního telefonu pro autorizaci a kontaktního e-mailu na pojistníka, čímž se pojistník zavazuje, že bude podstupovat všechny preventivní prohlídky, na které má podle příslušné legislativy upravující tuto oblast nárok.

Rozhodnutí o přijetí do kteréhokoli programu Fit je výhradním právem pojišťovny.

Rozhodnutí pojišťovny o přijetí pojištěného do Programu Fit a přiznání výhody je závazně potvrzeno na pojistce, příp. na příslušném potvrzení o prodloužení výhody zaslaném pojišťovnou.

Výhodu vyplývající z příslušné varianty Programu Fit není pojišťovna povinna přiznat v případech, kdy vyhodnotí v případě pojištěného zvýšené zdravotní či jiné pojistné riziko.

Jednotlivé výhody vyplývající z Programu Fit (Sport, Dárce, Prevence) není možné mezi sebou kombinovat.

Fit Sport

1. Výše a podmínky přiznání výhody v rámci programu Fit Sport

V případě sjednání a splnění podmínek programu Fit Sport pojišťovna a pojistník (resp. pojištěný) vzájemně ujednávají, že pojišťovna bude **po dobu 3 let od technického počátku pojištění** na uvedenou pojistnou smlouvě předepisovat **za níže uvedená připojištění pojistné snížené o 15 % oproti běžné ceně**. Pojišťovna tak bude postupovat u níže vyjmenovaných pojištění a připojištění, která byla sjednána v pojistné smlouvě a která se vztahují k životu a zdraví pojištěného. Přiznání výhody má za důsledek nižší platby pojistného za uvedená připojištění a ovlivňuje tak celkovou výši běžného pojistného za danou smlouvu v období, pro které je výhoda přiznána. Snížení se vztahuje na rozsah pojištění sjednaný k datu technického počátku pojištění, tj. pojišťovna není povinna snížení pojistného dále poskytovat v případě pozdějšího zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání připojištění) popř. má právo v takových případech vyžadovat prokázání splnění podmínek programu Fit.

Pojištění a připojištění, na která je možno výhodu programu Fit Sport (pokud byla sjednána) přiznat:

Smrt s konstantní pojistnou částkou	SMTV-P1R
Smrt s kratší dobou trvání	SMTP-P1R
Smrt s klesající pojistnou částkou	SMTV-K1R
Invalidita 3. stupně	INV3-P1R
Invalidita 2. stupně	INV2-P1R
Invalidita 1. stupně	INV1-P1R
Invalidita 3. stupně s klesající pojistnou částkou	INV3-K1R
Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	INV2-K1R
Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	INV1-K1R
Pojištění bezmocností – 4. stupeň invalidity	INV4-P1R
Smrt nebo invalidita 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou	SINB-K1R
Invalidita 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou	INB1-K1R

Vymezení sportovních činností (na rekreační, příp. registrované úrovni), které jsou důvodem k přiznání výhody:

Sportovní činností se rozumí provozování takové sportovní aktivity (rekreační i registrované), za níž je dle aktuálních obchodních podmínek uplatňována za registrovanou sportovní činnost riziková přírůžka 0 % (např. běh, fitness, tenis, jóga, plavání atd.). Zároveň se jí rozumí pohybová aktivita, a nikoli aktivita typu šachy, šipky, kulečnická apod.

- Rekreační sportovní činností se rozumí** sportovní aktivita, kterou pojištěný vykonává opakovaně, ale nikoli pod záštitou sportovní organizace (svazu, klubu apod.).
 - Rekreační sportovní činnost pojištěný prokazuje věrohodným dokladem**, např. kopií dokladu o předplacení vstupného (permanentka minimálně na 1 měsíc nebo minimálně 10 jednorázových vstupů) do sportovního zařízení nebo klubu, kopie dokladu o zaplacení zájmového sportovního kurzu, kopie dokladu o účasti na sportovních závodech (např. běžeckých) atd.
 - Registrovanou sportovní činností** – sportovní aktivita, kterou pojištěný vykonává pod záštitou sportovní organizace (svazu, klubu apod.) a je u takové organizace jako člen evidován nebo se pravidelně účastní soutěží, závodů či tréninků na soutěže, které jsou těmito organizacemi pořádány.
- Registrovanou sportovní činnost pojištěný prokazuje jejím písemným potvrzením v pojistné smlouvě u příslušného dotazu pojišťovny.**

2. Podmínky prodloužení výhody

Pojišťovna a pojistník (resp. pojištěný) vzájemně ujednávají, že nárok na přiznanou výhodu bude **pokračovat po uplynutí 3 let pouze v případě**, že pojištěný nepozději 6 týdnů před 3. výročí smlouvy (rozhodný den) **věrohodným způsobem doloží pojišťovně, že i nadále provozuje sportovní činnost** odpovídající svým charakterem výše uvedenému vymezení. Nedoloží-li pojištěný, že i nadále provozuje sportovní činnost, zaniká nárok na uvedenou slevu. Prodloužení výhody je přiznáno k 1. dni následujícímu po uznání nároku na slevu pojišťovnou, nejdříve ke dni následujícího výročí (rozhodnému dni). Kontaktování pojišťovny za účelem doložení pokračování důvodu k zachování výhody je právem pojištěného, nikoli povinností pojišťovny. Přiznání výhody může mít dopad na stanovení výše běžné placené pojistného. Proto **nedoloží-li pojištěný výše uvedeným způsobem, že i nadále provozuje sportovní činnost, je pojišťovna oprávněna s účinností ode dne 3. výročí adekvátně upravit výši běžné placené pojistného, o čemž bude pojištěného (a současně pojistníka) písemně informovat**.

Registrovanou sportovní činnost doloží pojištěný čestným prohlášením, v němž uvede, že i nadále provozuje registrovanou sportovní činnost v dané sportovní aktivitě, kterou uvedl v pojistné smlouvě. Rekreační sportovní činnost doloží pojištěný věrohodným způsobem, zejména pak kopií dokladu o členství ve sportovním zařízení nebo klubu, o zaplacení příspěvku s identifikací příjemce platby, o účasti na sportovních závodech (např. běžeckých) apod.

3. Jiný zánik nároku na výhodu, nežli uplynutím doby

Nárok na výhodu zaniká také tehdy, dojde-li u pojištěného ke zvýšení pojistného rizika z jiných, nežli zdravotních důvodů podle Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (čl. 17), kde je stanovena povinnost pojištěného oznámit zvýšení pojistného rizika. V takovém případě zaniká výhoda ke konci pojistného období, ve kterém se pojišťovna o takové změně pojistného rizika dozvěděla.

Fit Dárce

1. Výše a podmínky přiznání výhody v rámci programu Fit Dárce

V případě sjednání a splnění podmínek programu Fit Dárce pojišťovna a pojistník (resp. pojištěný) vzájemně ujednávají, že pojišťovna bude **po dobu 3 let od technického počátku pojištění** na uvedenou pojistnou smlouvě předepisovat **za níže uvedená připojištění pojistné snížené o 15 % oproti běžné ceně**. Pojišťovna tak bude postupovat u níže vyjmenovaných pojištění a připojištění, která byla sjednána v pojistné smlouvě a která se vztahují k životu a zdraví pojištěného. Přiznání výhody má za důsledek nižší platby pojistného za uvedená připojištění a ovlivňuje tak celkovou výši běžného pojistného za danou smlouvu v období, pro které je výhoda přiznána. Snížení se vztahuje na rozsah pojištění sjednaný k datu technického počátku pojištění, tj. pojišťovna není povinna snížení pojistného dále poskytovat v případě pozdějšího zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání připojištění) popř. má právo v takových případech vyžadovat prokázání splnění podmínek programu Fit.

Pojištění a připojištění, na která je možno výhodu programu Fit Dárce (pokud byla sjednána) přiznat:

Smrt s konstantní pojistnou částkou	SMTV-P1R
Smrt s kratší dobou trvání	SMTK-P1R
Smrt s klesající pojistnou částkou	SMTV-K1R
Invalidita 3. stupně	INV3-P1R
Invalidita 2. stupně	INV2-P1R
Invalidita 1. stupně	INV1-P1R
Invalidita 3. stupně s klesající pojistnou částkou	INV3-K1R
Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	INV2-K1R
Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	INV1-K1R
Pojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity	INV4-P1R
Smrt nebo invalidita 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou	SINB-K1R
Invalidita 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou	INB1-K1R

Vymezení podmínek, které jsou důvodem k přiznání výhody: Pojištěný věrohodným způsobem doloží pojišťovně, že je dobrovolným dárce krev. Tuto skutečnost doloží kopií průkazu dárce krve, ze kterého vyplývá, že v období jednoho roku před počátkem smlouvy daroval krev, krevní plazmu nebo krevní destičky.

2. Podmínky prodloužení výhody

Pojišťovna a pojistník (resp. pojištěný) vzájemně ujednávají, že nárok na přiznanou výhodu bude **pokračovat po uplynutí 3 let pouze v případě**, že pojištěný nejpozději 6 týdnů před 3. výročí smlouvy (rozhodný den) **věrohodným způsobem doloží pojišťovně, že je i nadále dárce**, tj. že v posledním roce před 3. výročí pojistné smlouvy daroval krev, krevní plazmu nebo krevní destičky a tuto skutečnost má řádně zdokumentovanou v průkazu dárce krve. Nedoloží-li pojištěný, že je nadále dárce krev, zaniká nárok na uvedenou výhodu. Prodloužení výhody je přiznáno k 1. dni následujícímu po uznání nároku na slevu pojišťovnou, nejdříve ke dni následujícího výročí (rozhodnému dni). Kontaktování pojišťovny za účelem doložení pokračování důvodu k zachování výhody je právem pojištěného, nikoli povinností pojišťovny.

Přiznání výhody může mít dopad na stanovení výše běžně placeného pojistného. Proto nedoloží-li pojištěný výše uvedeným způsobem pokračování dárce krev, je **pojišťovna oprávněna s účinností ode dne 3. výročí adekvátně upravit výši běžně placeného pojistného, o čemž bude pojištěného (a současně pojistníka) písemně informovat**.

3. Jiný zánik nároku na výhodu, nežli uplynutím doby

Nárok na výhodu zaniká také tehdy, dojde-li u pojištěného ke zvýšení pojistného rizika z jiných, nežli zdravotních důvodů podle Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (čl. 17), kde je stanovena povinnost pojištěného oznámit zvýšení pojistného rizika. V takovém případě zaniká výhoda ke konci pojistného období, ve kterém se pojišťovna o takové změně pojistného rizika dozvěděla.

Fit Prevence

V případě sjednání programu Fit Prevence pojišťovna a pojistník (pojištěný) ujednávají, že pojišťovna bude **po celou dobu trvání pojištění** na uvedené pojistné smlouvě předepisovat **za níže uvedená připojištění pojistné snížené o 5 % oproti běžné ceně**. Pojišťovna tak bude postupovat u níže vyjmenovaných pojištění a připojištění, která byla sjednána v pojistné smlouvě a která se vztahují k životu a zdraví pojištěného. Přiznání výhody má za důsledek nižší platby pojistného za uvedená připojištění a ovlivňuje tak celkovou výši běžného pojistného za danou smlouvu v období, pro které je výhoda přiznána.

Snížení se vztahuje na rozsah pojištění sjednaný k datu technického počátku pojištění, tj. pojišťovna není povinna snížení dále poskytovat v případě pozdějšího zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání připojištění).

Pojištění a připojištění, na která je možno výhodu programu Fit Prevence (pokud byla sjednána) přiznat:

Smrt s konstantní pojistnou částkou	SMTV-P1R
Smrt s kratší dobou trvání	SMTK-P1R
Smrt s klesající pojistnou částkou	SMTV-K1R
Invalidita 3. stupně	INV3-P1R
Invalidita 2. stupně	INV2-P1R
Invalidita 1. stupně	INV1-P1R
Invalidita 3. stupně s klesající pojistnou částkou	INV3-K1R
Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	INV2-K1R
Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	INV1-K1R
Pojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity	INV4-P1R
Závažná onemocnění a jejich následky s opakovaným plněním	ZORO-P1R
Závažná onemocnění Z04	ZON4-P1R
Rozšířená závažná onemocnění Z04	ZOR4-P1R
Závažná onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou	ZON4-K1R
Závažné zdravotní následky	ZZNA-P1R
Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou	ZZNA-K1R
Smrt nebo invalidita 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou	SINB-K1R
Invalidita 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou	INB1-K1R

Podmínkou sjednání programu Fit Prevence je uvedení čísla mobilního telefonu pro autorizaci a e-mailové adresy pojistníka (prvního pojištěného) ve formuláři pojistné smlouvy.

Sjednáním programu Fit Prevence se pojistník, který je zároveň prvním pojištěným na dané smlouvě, zavazuje, že bude podstupovat všechny preventivní prohlídky, na které má podle příslušné legislativy upravující tuto oblast nárok (dále „preventivní režim“). **V případě, že by tento svůj závazek nedodržel, je pojišťovna oprávněna v případě pojistné události z kterékoliv z výše vymezeného pojištění či připojištění snížit pojistné plnění o dosud poskytnutou výhodu za období od prvního porušení stanoveného preventivního režimu.** Fit Prevence v takovém případě na dané smlouvě zaniká ke konci pojistného období, ve kterém se o dané skutečnosti pojišťovna dozvěděla.

Doplňkové ujednání pro 2. a další pojištěnou osobu – výjimka z oceňování rizika a čekacích dob

1. Pokud je v rámci jedné pojistné smlouvy sjednáno připojištění pro více pojištěných osob (dále jen „původní smlouva“) a dojde-li k zániku pojištění z důvodu úmrtí prvního pojištěného a výplaty pojistného plnění, mají ostatní pojištěné osoby právo uzavřít novou pojistnou smlouvu (dále jen „pokračující smlouva“) **bez zkoumání zdravotního stavu** (povinnosti vyplňovat zdravotní dotazník), pokud budou splněny všechny níže uvedené podmínky:

- pojištěná osoba uzavře pokračující pojistnou smlouvu s pojišťovnou nejpozději do 3 měsíců ode dne zániku původní smlouvy;
- rozsah pojistné ochrany je u původní smlouvy zcela identický anebo užší v porovnání s původní smlouvou (výše pojistných částek, tarif připojištění atd.), pokud byly na původní smlouvě speciální ujednání (např. individuální výluky) vztahující se k dalším pojištěným osobám, budou pro ně platné i na pokračující smlouvě;
- maximální doba trvání pojištění a připojištění na pokračující smlouvě je určena jako rozdíl sjednané doby trvání daného tarifu u původní smlouvy a proběhnuvšího aktuálního výročí pojištění před datem zániku původní smlouvy.

Tímto doplňkovým ujednáním není dotčeno právo pojišťovny na nabídku aktuálně nabízeného produktu v daném roce, kdy bude mít o uzavření nové smlouvy zájemce o pojištění/pojištěná osoba dle věty první tohoto doplňkového ujednání zájem, resp. v roce, v němž dojde k pojistné události úmrtí prvního pojištěného.

2. Nárok na stejnou výjimku z posuzování zdravotního stavu vznikne také v případě, že dojde k rozvodu manželství (nebo zrušení registrovaného partnerství) dvou osob pojištěných dosud společně na původní smlouvě. Podmínkou pro uplatnění nároku je, že na pokračující smlouvě jsou splněny všechny tři podmínky uvedené výše v odst. 1.

3. V případech uvedených v předchozích odstavcích a při splnění výše uvedených podmínek pojišťovna **zohlední uplynulou čekací dobu** z ukončených připojištění původní smlouvy.

Pokud je rozsah pojistné ochrany na pokračující smlouvě vyšší, než byl na smlouvě původní, a pokud nastane škodná událost v čekací době pokračující smlouvy, zohlední pojišťovna uplynulou čekací dobu pouze pro pojistné události, které byly definovány jako pojistné události i podle smlouvy původní a maximálně v rozsahu pojistných částek sjednaných na původní smlouvě.

Slevy a přirážky a jejich zohlednění v pojistném

Na pojistné smlouvě mohou být sjednány následující slevy či přirážky:

- **Sleva za sjednání programu Fit** (níže SlevaFit)
 - Tato sleva může být poskytnuta prvnímu pojištěnému na smlouvě, a to z vyjmenovaných pojištění a připojištění.
 - V kapitole Program Fit těchto obchodních podmínek jsou uvedeny popisy jednotlivých programů, podmínky jejich poskytnutí, je zde specifikována výše slevy i seznam pojištění a připojištění, na která se případná sleva vztahuje.
- **Sleva za výši pojistného** (níže SlevaPoj)
 - Tato sleva může být poskytnuta všem pojištěným ze všech sjednaných pojištění a připojištění v případě, že celková výše pojistného za smlouvu přesáhne stanovenou částku. Informaci o výši a podmínkách slevy za výši pojistného poskytne pojistníkovi zprostředkovatel při uzavírání smlouvy.
 - Výše slevy, pokud byla poskytnuta, je uvedena v modelaci k pojistné smlouvě, která je přílohou pojistné smlouvy.
- **Přirážka za pracovní, sportovní a volnočasovou činnost** (níže PřirážkaČin)
 - Tato přirážka může být započtena pro úrazová připojištění pro všechny pojištěné (s výjimkou pojištění sjednaných pro děti do 14 let), pokud pracovní, sportovní či volnočasové činnosti odpovídají rizikové skupině 2, 3 nebo 4.
 - Popis jednotlivých rizikových skupin a odpovídající přirážky pro úrazová připojištění jsou uvedeny v kapitole Rizikové skupiny těchto obchodních podmínek.

Kromě výše uvedených může být pojištění sjednáno za podmínek, které byly individuálně domluveny na základě komplexního posouzení nestandardního pojistného rizika. Sjednání přirážky nebo slevy je výsledkem oboustranné dohody smluvních stran na počátku pojištění, nebo při jeho změně, mohou se týkat kterékoliv pojištění či připojištění na smlouvě. Výše přirážky nebo slevy je uvedena v pojistné smlouvě, resp. v modelaci k pojistné smlouvě.

- **Přirážka za zdravotní rizika** (níže PřirážkaZdr)
 - Tato přirážka může být započtena z důvodu zvýšeného zdravotního rizika.
- **Sleva při zúžení pojistné ochrany z důvodu zvýšeného zdravotního rizika** (níže SlevaZdr)
 - Tato sleva může být započtena jako výsledek ocenění zvýšeného zdravotního rizika. Důvodem k jejímu poskytnutí je zásadní omezení pojistné ochrany (individuální výluha), které je vykompenzováno přiměřenou slevou (např. vážné zdravotní potíže umožňující pojištění pouze úrazových příčin u pojištění hospitalizace).
- **Jiná přirážka za nestandardní riziko** (níže PřirážkaJin)
 - Tato přirážka může být započtena na základě individuálního posouzení nestandardních rizik. Může se jednat o pracovní, sportovní či volnočasovou činnost (riziková skupin „UW“ v kapitole Rizikové skupiny), ale také například o tzv. rezidenční riziko.

Případné přirážky a slevy jsou stanoveny v % a jsou uvedeny (pokud byly poskytnuty a zohledněny při výpočtu pojistného) **v modelaci pojistné smlouvy a také v pojistce.**

Způsob výpočtu pojistného v případě přirážek či slev

Pro účely výpočtu se použije procentní hodnota slev a přirážek vyjádřená desetinným číslem (např. 0,3 místo 30 %).

V konkrétním případě může dojít k souběhu více typů přirážek či slev. V takovém případě se jednotlivé slevy a přirážky mezi sebou násobí. Vzorec výpočtu výsledného pojistného za konkrétní pojištění či připojištění při zohlednění všech teoretických slev či přirážek je uveden v následujícím schématu.

Výsledné pojistné podle zvolené frekvence

=

Pojistné beze slev a bez přirážek
 $\times (1 - \text{SlevaFit}) \times (1 - \text{SlevaPoj})$
 $\times (1 + \text{PřirážkaČin}) \times (1 - \text{SlevaZdr})$
 $\times (1 + \text{PřirážkaZdr}) \times (1 + \text{PřirážkaJin})$

Poznámka: V reálném případě nemůže dojít k souběhu všech uvedených slev a přirážek na jednom pojištění/připojištění, protože některé se týkají odlišných typů rizik nebo se vzájemně vylučují. Uvedený vzorec je však obecně platným vyjádřením způsobu výpočtu.



Příklad:

Klient sjednal úrazová připojištění, za která by standardní pojistné bez jakýchkoli slev a přirážek bylo 300 Kč. Protože pracuje jako řidič kamionu, je mu započtena přirážka 100 %. Zároveň na základě výše pojistného za celou pojistnou smlouvu byla získána souhrnná sleva 15 %.

Výsledné pojistné za úrazová připojištění bude vypočteno takto:

$$300 \text{ Kč} \times (1 + 1) \times (1 - 0,15) = 300 \times 2 \times 0,85 = 510 \text{ Kč}$$

Výsledek se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.

Pojistné za celou smlouvu je součtem pojistného za jednotlivá pojištění a připojištění.

Opce navýšení pojistných částek

- Pojistník má v případě splnění podmínek stanovených v tomto oddílu nárok na zvýšení pojistných částek u pojištění a připojištění uvedených dále v odst. 4 (dále jen „opce“), a to bez dalšího zkoumání zdravotního stavu a příjmů pojištěného. Pokud nastane událost specifikovaná níže v odst. 3, (dále jen „rozhodná životní událost pojištěného“) a pojiistník má zájem opci využít, doloží existenci rozhodné životní události pojištěného pojišťovně způsobem požadovaným v odst. 3, nejpozději do 6 měsíců od jejího vzniku a spolu se sdělením, že uplatňuje opci a jaký požaduje rozsah opce ve smyslu odstavce 5.
- Opce lze uplatnit **nejdříve 6 měsíců po počátku pojištění a nejpozději 10 let od počátku pojištění**, zároveň však **nejpozději** do výročního dne v roce, v němž pojištěný dosáhne **věku 50 let**.
- Opce je možné využít za níže stanovených podmínek a v níže definovaném rozsahu v případě, že u pojištěného nastane rozhodná životní událost pojištěného definovaná v tomto odstavci. Vznik rozhodné životní události dokládá pojiistník předložením kopie požadovaného dokumentu pojišťovně.

Rozhodná životní událost pojištěného	Požadované dokumenty (kopie)
Nástup do prvního zaměstnání po ukončení studia	Pracovní smlouva a doklad o ukončení studia
Uzavření sňatku nebo registrovaného partnerství	Oddací list nebo doklad o uzavření registrovaného partnerství
Uzavření smlouvy o hypotečním úvěru na pořízení nemovitosti k vlastnímu bydlení	Smlouva o poskytnutí hypotečního úvěru a kupní smlouva k nemovitosti
Narození nebo adopce dítěte	Rodný list narozeného dítěte nebo rozhodnutí soudu o osvojení (adopci) dítěte
Ovdovění nebo úmrtí registrovaného partnera	Úmrtí list, příp. i doklad o registrovaném partnerství pojištěného se zemřelým

4. Opce se týká pojistných částek výhradně dotčených pojištění a připojištění, která jsou vyjmenována v tabulce níže:

Dotčená pojištění a připojištění	Tarif
Smrt s konstantní pojistnou částkou – hlavní pojištění	SMTV-P1R
Smrt s kratší dobou trvání	SMTK-P1R
Smrt s klesající pojistnou částkou	SMTV-K1R
Invalidita 3. stupně	INV3-P1R
Invalidita 2. stupně	INV2-P1R
Invalidita 1. stupně	INV1-P1R
Invalidita 3. stupně s klesající pojistnou částkou	INV3-K1R
Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	INV2-K1R
Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	INV1-K1R
Bezmocnost – 4. stupeň invalidity	INV4-P1R
Smrt nebo invalidita 2., 3. stupně s klesající pojistnou částkou	SINB-K1R
Invalidita 1. stupně k SINB s klesající pojistnou částkou	INB1-K1R
Závažná onemocnění a jejich následky s opakovaným plněním	ZORO-P1R
Závažná onemocnění Z04	ZON4-P1R
Rozšířená závažná onemocnění Z04	ZOR4-P1R
Závažná onemocnění Z04 s klesající pojistnou částkou	ZON4-K1R
Závažné zdravotní následky	ZZNA-P1R
Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou	ZZNA-K1R
Z0 Plus pro ženy	ZOPZ-P2R

Opce může být na jednom dotčeném pojištění či připojištění využita i opakovaně, a to na základě různých rozhodných životních událostí. Pouze opce z důvodu

narození či adopce dítěte může být uplatněna opakovaně i na základě jedné rozhodné životní události (např. při narození dalšího dítěte), ostatní rozhodné životní události mohou být jako důvody k provedení opce využity vždy jen jednou během trvání dotčeného pojištění či připojištění.

5. Pojistnou částku lze navýšit:

- v souvislosti s jednou životní událostí až o 30 % z aktuální pojistné částky daného pojištění či připojištění, **maximálně však o 500 000 Kč**,
- z celou dobu trvání smlouvy však může být pojistná částka celkově navýšena **nejvýše o 100 %** původní pojistné částky, **maximálně však o 1 000 000 Kč** oproti původní pojistné částce; původní pojistnou částkou se přitom rozumí pojistná částka daného pojištění či připojištění před využitím první opce.

Uvedené maximální limity stanovené v Kč platí pro všechna dotčená pojištění a připojištění pojištěného, a to i pokud jsou sjednána na více pojistných smlouvách (případná odlišnost označení tarifu za pomlčkou není rozhodující).

6. Pojišťovna má právo odmítnout provést navýšení pojistných částek na základě opce v případě překročení limitů pro maximální navýšení pojistné částky definované v předchozím odstavci. Současně má právo odmítnout provedení navýšení na základě opce v případě, že by tím byla narušena pravidla pojišťovny pro vzájemnou kombinaci jednotlivých tarifů a jejich pojistných částek na smlouvě (např. jde o pravidlo, že invalidita nižšího stupně nemůže mít vyšší pojistnou částku než invalidita vyššího stupně nebo že pojistné částky závažných onemocnění a závažných zdravotních následků musí být vždy shodné). Pojišťovna má právo nabídnout úpravu požadované opce tak, aby byly tyto limity a zásady dodrženy.

7. Opce **není možné provést** v těchto případech:

- pokud pojištěnému byla přiznána **invalidita jakéhokoliv stupně**,
- u pojištění a připojištění, z nichž **již bylo vyplaceno jakékoli** (třeba jen částečné) **pojistné plnění**.

8. V závislosti na navýšení pojistných částek je nutné, aby pojišťovna stanovila **novou výši pojistného** se zohledněním aktuálního věku pojištěného k datu provedení této změny. Pojišťovna sdělí pojistníkovi novou výši pojistného. Pojistník má právo novou výši pojistného odmítnout, čímž ztrácí právo na zvýšení pojistných částek. Pokud se tak nestane, pojistná částka a nově stanovené pojistné vstoupí v platnost nejdříve od následujícího pojistného období. Jako potvrzení o změně rozsahu pojištění a pojistného vydá pojišťovna potvrzení o provedené změně.

9. Ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění týkající se **čekacích dob** na navýšenou část pojistné ochrany (čl. 10 VPP) ani Zvláštních pojistných podmínek stanovujících **maximální limity** pojistných částek (např. čl. 5 ZPP připojištění invalidity) ani jakákoli další ustanovení smlouvy **nejsou opcí nijak dotčena**.

10. Opce je poskytována bezplatně, bezplatné je i její provedení.

Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného

V návaznosti na čl. 14 Všeobecných podmínek pro životní pojištění se jako objektivní změny podmínek rozhodných pro výši pojistného vymezují následující skutečnosti:

- dojde-li ke změně úmrtnosti (hodnota q_x) v úmrtnostních tabulkách vydávaných Českým statistickým úřadem;
- dojde-li ke snížení úmrtnosti u osob, u nichž v důsledku zdravotní diagnózy vznikne nárok na příspěvek na péči anebo invaliditu dle předpisů upravujících sociální zabezpečení (viz písm. c, bod iii a iv);
- dojde-li ke zvýšení hodnot vyjadřujících četnost vzniku zdravotního stavu, které zakládají nárok na:
 - dávky nemocenské dle zákona upravujícího nemocenské pojištění nebo
 - dávky příspěvku na péči dle zákona upravujícího sociální služby nebo
 - dávky důchodového pojištění (např. invalidity) dle zákona upravujícího důchodové pojištění nebo
 - pobyt pojištěného ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče dle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění;

- dojde-li ke změně podílu mužů a žen v portfoliu pojišťovny, a to z hlediska jejich zastoupení a/nebo z hlediska jímí sjednávaných pojistných částek;
- dojde-li ke změně statisticky podložené četnosti vzniku nemoci a úrazů a/nebo jejich následků, pokud jsou kryty pojištěním;
- dojde-li ke zvýšení sazeb zajistného zajišťovnou pojišťovny z důvodu růstu pojistného rizika.

Statistické údaje ve smyslu písm. a), b), c) a e) zjišťuje pojišťovna od příslušných orgánů veřejné správy, zejména Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV), České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Úřadu práce ČR (ÚP).

Zvýšení hodnot vyjadřujících četnost vzniku zdravotního stavu podle písm. c) a e) se sleduje vždy za období celých kalendářních let, které následují po roce, v němž bylo dané pojištění, resp. připojištění uvedeno pojišťovnou do prodeje.

Pojišťovna je oprávněna zvýšit pojistné za krytá rizika a/nebo běžné pojistné pouze v nezbytném rozsahu, a to zejména s ohledem na dodržení svých závazků plynoucích z pojistných smluv.

Platby pojistného a poplatky

Minimální hodnota běžného pojistného

Minimální hodnota běžného pojistného při sjednání pojištění, nebo při změně pojištění na žádost pojistníka podle frekvence placení (délky pojistného období)	300 Kč 900 Kč 1 800 Kč 3 600 Kč	měsíčně čtvrtletně pololetně ročně
Minimální hodnota běžného pojistného během trvání pojištění podle frekvence placení (délky pojistného období)	100 Kč 300 Kč 600 Kč 1 200 Kč	měsíčně čtvrtletně pololetně ročně

Jak správně hradit pojistné

- Pojistné je placeno bankovním převodem.
- Číslo účtu příjemce: 1000588419/3500
 - Variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy

Poplatky z pojistné smlouvy

Poplatek za změnu základních údajů smlouvy (osobní a kontaktní údaje, údaje ohledně plateb atd.)	zdarma
Poplatek za změnu technických parametrů pojištění (pojistného, pojistné částky, připojištění apod.)	zdarma
Poplatek za zaslání upomínky pro neplacení pojistného nebo jeho části (odeslané písemnou formou)	50 Kč
Poplatek za inkasní správu pohledávky po ukončení smlouvy (hrazený inkasní společností)	20 % z dlužné částky, min. 100 Kč
Poplatek za inkasní správu pohledávky v případě neoprávněné výplaty pojistného plnění (hrazený inkasní společností)	25 % z pohledávky, max. však 25 000 Kč

Pojišťovna má právo změnit výši poplatků vyjádřených v Kč pouze v závislosti na indexu růstu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem vždy za příslušný kalendářní rok, a to za období od data uvedení produktu pojišťovnou na trh (je uvedeno v úvodu těchto obchodních podmínek), resp. od poslední změny poplatků.

Podmínky poskytování a používání elektronických služeb

Vysvětlivky pojmů

Autorizační číslo	Číslo mobilního telefonu pojistníka pro autorizaci. Jedná se o číslo, které pojistník uvedl ve formuláři pojistné smlouvy či v žádosti o změnu pojistné smlouvy. Pojistník je výlučným uživatelem tohoto čísla mobilního telefonu. Autorizační číslo slouží k ověření totožnosti pojistníka ve smyslu ustanovení § 8 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb. a autorizaci (potvrzení) provádění povolených změn smlouvy pojistníkem.
Autorizační heslo	Heslo pro přihlášení do Klientského portálu, tj. ke službě Moje NN.
Autorizační e-mail	E-mail pojistníka pro autorizaci. Jedná se o e-mail, který pojistník uvedl ve formuláři pojistné smlouvy či v žádosti o změnu pojistné smlouvy. Pojistník je výlučným uživatelem tohoto e-mailu. Autorizační e-mail slouží k ověření totožnosti pojistníka ve smyslu ustanovení § 8 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb. a autorizaci (potvrzení) provádění povolených změn smlouvy pojistníkem.
Kontaktní údaje	Jedná se o údaje jako Telefonní číslo nebo E-mail, skrze které může pojišťovna s pojistníkem komunikovat.
E-mail	E-mailová adresa sdělená pojišťovně pojistníkem v pojistné smlouvě nebo v žádosti o její změnu.
Telefonní číslo	Číslo mobilního telefonu sdělené pojišťovně pojistníkem, které je odlišné od Autorizačního čísla a které pojistník uvedl v pojistné smlouvě nebo v žádosti o její změnu.
Klientský portál	Klientský webový portál Moje NN (www.mojenn.cz), který pojistníkovi umožňuje on-line přístup k informacím o jeho pojistné smlouvě.
Klientské centrum	Kontaktní centrum pojišťovny, které zajišťuje komunikaci ohledně poskytování elektronických služeb, přístupových údajů a s tím souvisejících úkonů.

- Obsahem tohoto dokumentu je definování pravidel pro poskytování elektronických on-line služeb pojistníkovi ze strany pojišťovny a využívání těchto služeb pojistníkem (dále jen „služba Moje NN“).
- Služba Moje NN je provozována pojišťovnou a bude pojistníkovi zpřístupněna prostřednictvím portálu www.mojenn.cz (dále jen „Klientský portál“) či jiných komunikačních kanálů (např. ePodatelna, schvalování protinabídek skrze potvrzení Autorizačním číslem, potvrzování údajů Autorizačním číslem či Autorizačním e-mailem).

Poskytování výstupních informací a zprostředkování povolených operací na Klientském portálu nebo formou SMS zpráv či internetu je realizováno prostřednictvím veřejných komunikačních linek, jejichž zabezpečení pojišťovna nemůže ovlivnit, a proto nenese odpovědnost za případnou újmu v důsledku zneužití přenášených dat.

- Přihlášení do Klientského portálu je pojistníkovi umožněno pomocí rodného čísla a současně:
 - jednorázového kódu, který obdrží na Autorizační číslo, anebo
 - prostřednictvím Autorizačního hesla, které mu Klientské centrum zašle na jeho žádost, a to doporučeně na jím sdělenou korespondenční adresu.
 Prostřednictvím Klientského portálu má pojistník možnost provádět povolené operace v rámci jím uzavřené pojistné smlouvy. Jedná se zejména o operace, na jejichž základě může pojistník disponovat finančními prostředky na pojistné smlouvě (zejm. realizace mimořádného výběru z podílového účtu u investičního životního pojištění), příp. provádět povolené změny pojistné smlouvy. Pojišťovna je mimo Klientský portál také oprávněna komunikovat s Pojistníkem za účelem potvrzení změn smlouvy, protinabídek či upřesnění údajů také formou autorizační SMS či autorizovaného telefonátu na Autorizační číslo či Autorizačního e-mailu.
- Pojistník nese plnou odpovědnost za ochranu svého Autorizačního hesla, Autorizačního e-mailu a Autorizačního čísla. Pojistník rovněž nese plnou odpovědnost za pravdivost uvedených údajů. Pojišťovna neodpovídá za případné zneužití Autorizačního hesla, Autorizačního e-mailu ani Autorizačního čísla. Ztrátu nebo odcizení mobilního telefonu s Autorizačním číslem či ztrátu přístupu k Autorizačnímu e-mailu je pojistník povinen neprodleně nahlásit pojišťovně prostřednictvím Klientského centra. Případná žádost o změnu Autorizačního čísla či Autorizačního e-mailu musí být opatřena úředně ověřeným podpisem, anebo podpisem ověřeným prostřednictvím zástupce NN oproti platnému průkazu totožnosti. Změnu Autorizačního čísla lze činit i pomocí Klientského portálu Moje NN, kde jsou uvedeny instrukce pro takovou změnu, změnu Autorizačního čísla nebo Autorizačního e-mailu lze rovněž provést skrze datovou schránku nebo podáním v systému NN ePodatelna s využitím podpisu BankID.
- Pokud pojistník uvedl další Kontaktní údaje, tj. E-mail nebo Telefonní číslo, souhlasí s tím, aby s ním NN Životní pojišťovna komunikovala prostřednictvím těchto kontaktů.
- Má-li pojistník navíc uzavřenou další smlouvu s některou ze společností skupiny NN, zejména pak s NN Penzijní společností, a.s., nebo se společností NN Finance, s.r.o., souhlasí s tím, aby NN Životní pojišťovna tyto kontakty předala i těmto společnostem pro účely možné elektronické komunikace. V rámci elektronické komunikace budou společnosti skupiny NN používat vždy aktuální, tj. poslední pojistníkem uvedené, kontakty. Pokud pojistník v budoucnu uzavře další smlouvu s některou ze společností skupiny NN a uvede v ní odlišné (aktualizované) kontakty, anebo pokud provede změnu kontaktů na kterékoli své stávající smlouvě se společností skupiny NN, budou tyto nově uvedené kontakty považovány za žádost o změnu kontaktů na všech smlouvách pojistníka, tedy i na všech smlouvách životního pojištění.
- Pojistník bere na vědomí, že některé elektronické služby k pojistné smlouvě mohou být pojišťovnou zpoplatněny. Veškeré poplatky jsou uvedeny v aktuálně platných obchodních podmínkách k příslušnému životnímu pojištění.

Závěrečná ustanovení

1. Tyto obchodní podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojišťovna si vyhrazuje právo v průběhu trvání pojištění tyto obchodní podmínky měnit. Změna skutečností ovlivňujících výši pojistného, zejm. změna způsobu jeho výpočtu, stanovení podmínek a výše přírážek či slev, nemá sama o sobě vliv na již uzavřené pojistné smlouvy. Další části obchodních podmínek může pojišťovna měnit i pro již uzavřené smlouvy, avšak pouze za předpokladu, že lze takovou změnu odůvodnit změnou právních předpisů či výkladovými stanovisky veřejnoprávních dohledových orgánů. V případě dvoustranné dohody o změně pojistné smlouvy bude pojišťovna postupovat podle obchodních podmínek platných k datu účinnosti takové změny, nedohodnou-li se pojišťovna s pojistníkem jinak.
3. Jakoukoliv změnu obchodních podmínek pojišťovna oznámí pojistníkovi nejpozději 30 dnů před její účinností, a to zveřejněním na internetových stránkách pojišťovny. Pojistník je oprávněn změnu navrženou pojišťovnou odmítnout a pojistnou smlouvu vypovědět ve lhůtě 30 dnů ode dne oznámení příslušné změny ze strany pojišťovny; výpovědní doba činí v tomto případě 30 dnů a počíná běžet dnem následujícím po doručení písemné výpovědi pojišťovně. Není-li ve výpovědní době pojišťovně doručena výpověď pojistné smlouvy, má se za to, že pojistník se změnou souhlasí.