

Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR

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

ČLÁNEK 1

Základní pojmy

Pro účely sjednáváního pojištění platí tento výklad pojmů:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

n) **Změny**

Technické změny – změny na smlouvě s vlivem na alokace, odkupy, výši pojistného, pojištěná rizika apod.

Netechnické změny – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).

ČLÁNEK 2

Pojistné plnění pro pojištěné dítě

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

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

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

ČLÁNEK 3

Pojistné

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

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

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

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

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

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

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

ČLÁNEK 4

Náklady, poplatky a cena pojištění

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

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

V odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ČLÁNEK 5

Volitelné parametry v průběhu trvání pojištění

Změny v pojistné smlouvě

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Výplata kapitálové hodnoty smlouvy

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

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

ČLÁNEK 6

Fixace pojistné smlouvy

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

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

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

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

ČLÁNEK 7

Rozsah pojistění

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Předmět a rozsah pojistění

Předpoklady pro priznání invalidity:

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

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

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

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

Definování schopnosti samostatně vykonávat aktivity běžného života:

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

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

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

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

Schopnost zvládat základní životní potřeby uvedenou pod písm. h) se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem.

Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

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

2. Pojistná údlost

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

V případě invalidity (invaliditou se pro toto pojistění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně):

- dospělý pojistěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti; o splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele; a současně
- dospělý pojistěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.

V případě dlouhodobé péče

- pojistěný není schopen samostatně (tzn. bez pomoci jiné fyzické osoby) dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života (pečovat o vlastní osobu), a to ve stupni závislosti II a vyšším (v rozsahu uvedeném v bodu C, odst. 1); o splnění této podmínky a v konečné fázi o zahájení výplaty renty rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele; a současně

- byl pojistěnému přiznán příspěvek na péči z důvodu priznání stupně závislosti II a vyššího (dále jen „příspěvek na péči“) v souladu se zákonem o sociálních službách. Pojistitel může poskytnout pojistné plnění i v případě, že pojistěnému nebyl přiznán příspěvek na péči, ale pojistěný není schopen samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života, a to ve stupni závislosti II a vyšším.

K priznání invalidity nebo příspěvku na péči dojde v průběhu trvání pojistění, nejdrive však po dvou letech od počátku pojistění. Splnění podmínek dvou let se nevztahuje, pokud k priznání invalidity nebo příspěvku na péči došlo vylučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojistění.

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

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

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

3. Výluky z pojistného plnění

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

DĚTSKÁ POJISTĚNÍ

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

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

- Pojistění se sjednává pro dítě ve věku od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí ve 24.00 hodin dne předcházejícího výročnímu dni trvání pojistění v kalendářním roce, ve kterém se pojistěné dítě dožije věku stanoveného v pojistné smlouvě, minimálně 19 let věku a maximálně 25 let věku.

- V pojistné smlouvě je automaticky sjednáno předběžné krytí na pojistnou dobu od třetího dne od podpisu návrhu do dne uvedeného na návrhu jako počátek pojistění, maximálně však na dobu 29 dnů. Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojistění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu návrhu.

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

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

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

A. POJISTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU DÍTĚTE

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

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

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

- a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazu obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v souladu se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady zákonného zástupce (resp. pojistného dítěte po dosažení své zletilosti). Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.
- b) Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivě tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty. Pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného dítěte, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěné dítě (resp. jeho zákonný zástupce) porušilo ustanovení VPP v článku 8 bodu B odst. 8 a 9. Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- c) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5%, může pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- d) Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- e) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100%.
- f) Týká-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvyšším procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anamnickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- g) Jestliže pojištěné dítě zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu. Pojištění zaniká ke dni úmrtí pojištěného dítěte a pojistitel vyplatí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí.
- h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplatí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.
- i) Pojistitel je oprávněn upravit výši pojistné částky v průběhu trvání pojištění až na minimum stanovené pojistitelem.
- c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypasy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
- f) **slepta** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není snížení vizu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- h) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vláčna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
- i) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelně poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy z trvalého neurologického posouzení příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
- j) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
- k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virem nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocněním definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
 - pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
 - ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
 - potřebuje trvalý celodenní dohled,
 - je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.
- Neodosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocněním definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
- l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
 - pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz virem hepatitidy metodou PCR,
 - jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
 - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.
- Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.
- m) **aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:
 - diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
 - počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (tj. 0,5 x 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (tj. 20 x 10⁹/l),
 - je prokázána anémie a retikulocytopenie,
 - léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze opakující se alespoň tři měsíce,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
 - transplantace kostní dřeně.
- Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně tímto onemocněním souvisle s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.
- n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** – diabetem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistitele s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.
- o) **stav vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživého traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.
- p) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopní. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna. Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocněním zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek. Výše pojistného plnění je rovna 100% pojistné částky pro pojištění velmi závažných onemocněním.
- r) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocněním probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocněním stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:
 - vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
 - vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
 - pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění velmi závažných onemocněním.
- Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
 - stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100% pojistné částky pro pojištění velmi závažných onemocněním,
 - stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50% pojistné částky pro pojištění velmi závažných onemocněním.
- s) **astma bronchiale** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
 - trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;

B. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

1. Předmět a rozsah pojištění

Předmětem pojištění velmi závažných onemocněním jsou tyto diagnózy:

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

- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (betamimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
- odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV₁ ≤60% nálezité hodnoty.

t) **epilepsie** – pro účely pojistění se podle těchto SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění.
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

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

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

Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

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

2. Pojistná událost

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

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

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

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

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

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

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

C. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚHO – ÚRAZ

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

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

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

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

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

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

e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.

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

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

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

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

i) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.

j) Výplata pojistného plnění končí nepozději se zánikem pojistění.

D. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

1. Předmět a rozsah pojistění, pojistná událost

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

j) Výplata pojistného plnění končí nepozději se zánikem pojistění.

2. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

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

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