MetLife

Pojistné podmínky FairLife 2.1

Obsah

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění 2
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění FairLife 2.1 8
Všeobecné pojistné podmínky pro neživotní pojištění 18
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Smrt úrazem 25
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Náhlá smrt 27
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Sirotčí plnění 29
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Smrt při dopravní nehodě 31
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Trvalé následky úrazu s progresí 850 % a pamětí 33
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Následky úrazu 43
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Invalidita 1+2+3 50
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Invalidita 2+3 53
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Invalidita 3 56
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Invalidita 4 59
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Závažná onemocnění Standard 63
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Závažná onemocnění Standard Plus 68
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Závažná onemocnění Premium 74
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Karcinom in situ 81
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Závažné komplikace cukrovky 84
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Zlomeniny a popáleniny 87
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Chirurgický zákrok 90
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Chirurgický zákrok po úrazu 95
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Hospitalizace 99
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Hospitalizace po úrazu 102
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Rekonvalescence 105
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Rekonvalescence po úrazu 108
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Pracovní neschopnost 110
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Pracovní neschopnost po úrazu 114
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Doba nezbytné léčby úrazu 117
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Zproštění od placení pojistného 131
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Invalidita dítěte 134
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Snížená soběstačnost dítěte 137
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Závažná dětská onemocnění 139
Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění Závažná dětská onemocnění Premium 145
Zvláštní smluvní ujednání Opce na navýšení pojistné ochrany bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu 151

MetLife

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 Úvodní ustanovení (Čím se pojištění řídí)

1.1 Účinnost těchto Všeobecných pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Životní pojištění se řídí pojistnou smlouvou, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami VPPŽP 1.2 a příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami, které společně tvoří součást pojistné smlouvy.

1.3 Pojištění se řídí českým právem a vztahují se na něj příslušná ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen občanský zákoník).

1.4 Ustanovení pojistné smlouvy mají přednost před ustanoveními pojistných podmínek. Ustanovení zvláštních pojistných podmínek mají přednost před ustanoveními všeobecných pojistných podmínek a ustanovení všeobecných pojistných podmínek mají přednost před občanským zákoníkem.

Příklad z praxe
Pokud se stejná situace řeší jinak ve zvláštních pojistných podmínkách a jinak ve všeobecných pojistných podmínkách, tak platí to, co je ve zvláštních, protože mají přednost před všeobecnými.

Máte nestandardní požadavek, který pojistné podmínky nezohledňují? Některé situace lze jednoduše vyřešit individuálním nastavením přímo v pojistné smlouvě.

1.5 Životní pojištění se sjednává jako obnosové.

2 Druhy pojištění

2.1 V pojistné smlouvě se sjednává životní pojištění pro pojistné nebezpečí:

a) smrti,

b) dožití,

c) smrti nebo dožití pojištěného.

2.2 K životnímu pojištění lze v pojistné smlouvě sjednat připojištění. Pojišťovna je oprávněna stanovit, která pojištění mohou být jako připojištění sjednána a jejich přípustné kombinace či omezení. Připojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění a příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami.

3 Pojistná událost

Životní pojištění může krýt riziko smrti (pojistné plnění lze použít např. na splacení hypotéky, zabezpečení rodiny atd.) nebo dožití se stanoveného dne/ věku (pojistné plnění lze použít např. na přilepšení k důchodu, osamostatnění dětí atd.). Pojistnou ochranu můžete dále rozšířit sjednáním připojištění.

3.1 Za pojistnou událost se v životním pojištění považuje smrt pojištěného, která nastane v průběhu trvání pojištění z jakékoli příčiny, která není vyloučena, nebo dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, podle toho, jaká varianta pojištění byla sjednána v pojistné smlouvě.

4 Pojistný zájem

4.1 Pojistná smlouva je uzavřena mezi pojišťovnou a pojistníkem. Osoba, na jejíž život či zdraví se toto pojištění vztahuje, je pojištěným. Osoba, které v důsledku pojistné události na základě tohoto pojištění vznikne právo na pojistné plnění, je oprávněnou osobou. Oprávněnou osobou je v případě smrti pojištěného obmyšlený.

Kdo je kdo
Pojišťovna je MetLife Europe d.a.c., založená podle irského právního řádu, jednající prostřednictvím MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku.

Pojistník je ten, kdo uzavírá smlouvu a platí pojistné.

Pojištěný je ten, na koho se pojištění vztahuje.

Oprávněná osoba je ten, kdo má právo na plnění.

Obmyšlený je ten, kdo má právo na plnění v případě smrti pojištěného.

V praxi se samozřejmě může stát, že jedna osoba vystupuje ve více rolích současně. Například když se klient pojistí pro případ smrti ve prospěch své manželky, tak je klient současně pojistníkem i pojištěným a obmyšleným je jeho manželka.

4.2 V případě, že je pojištěný či oprávněná osoba odlišná od pojistníka, musí při uzavírání pojistné smlouvy i během jejího trvání existovat pojistný zájem pojistníka na takovém pojištění. Pojistný zájem se prokazuje souhlasem pojištěného.

4.3 Pojistník je povinen informovat pojišťovnu, pokud v průběhu trvání pojištění jeho pojistný zájem zanikne. V takovém případě zanikne i příslušné pojištění; pojišťovna má však právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděla.

5 Pojištění cizího pojistného nebezpečí

Pokud jste současně pojistníkem i pojištěným, můžete tento článek úplně přeskočit.

5.1 Pokud pojistník není současně pojištěným, jedná se o pojištění cizího pojistného nebezpečí, které je možné sjednat ve prospěch pojistníka, pojištěného či jiné oprávněné osoby.

5.2 V případě, že je pojištění cizího pojistného nebezpečí sjednáno ve prospěch pojistníka či jiné oprávněné osoby než pojištěného, může pojistník či taková jiná osoba uplatnit právo na pojistné plnění pouze tehdy, pokud prokáže, že:

a) pojistník seznámil pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a

b) pojištěný si je vědom toho, že pojistné plnění nabude namísto něj pojistník či jiná oprávněná osoba a souhlasí s tím, aby pojistník či jiná oprávněná osoba pojistné plnění přijala.

5.3 Souhlas pojištěného podle předchozího odstavce je pojistník povinen prokázat nejpozději při uplatnění práva na pojistné plnění. Souhlas pojištěného není třeba, pokud je pojistník zákonným zástupcem pojištěného. V případě, že je uplatněn nárok na pojistné plnění, aniž by pojištěný souhlas udělil, má právo na pojistné plnění pojištěný nebo v případě jeho smrti osoby určené podle občanského zákoníku.

5.4 V případě, že je pojištění cizího pojistného nebezpečí sjednáno ve prospěch pojištěného, může pojištěný projevit souhlas s pojištěním až při uplatnění nároku na pojistné plnění.

5.5 Dnem smrti pojistníka se pojištěný stává pojistníkem. Oznámí-li však pojištěný pojišťovně v písemné formě do 30 kalendářních dnů ode dne smrti pojistníka, nejpozději však do 15 kalendářních dnů ode dne, kdy se o svém vstupu do pojištění dozvěděl, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti pojistníka.

Pojištění cizího pojistného nebezpečí je případ, kdy pojistník není současně pojištěným (např. manžel pojistí manželku).

Pokud by chtěl manžel uplatnit právo na plnění, musí mít souhlas pojištěného (tedy manželky).

Po smrti pojistníka pojištění pokračuje a novým pojistníkem se stává pojištěný. Pokud ten v pojištění pokračovat nechce, je potřeba to pojišťovně oznámit (termíny jsou uvedené v odstavci 5.5).

6 Určení oprávněné osoby a obmyšleného

Pojistné plnění se při smrti pojištěného vyplatí obmyšlenému. Ten se určuje jménem (např. „Jana Nováková“) nebo vztahem k pojištěnému (např. zaškrtnutí políčka „manželka“) a v průběhu pojištění se může kdykoli změnit. Pokud pojistník nestanovil obmyšleného, určí se dle občanského zákoníku.

6.1 Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, může pojistník písemně určit jako oprávněnou osobu obmyšleného, a to buď jménem, nebo jeho vztahem k pojištěnému. Osoba obmyšleného je vždy odvolatelná a až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit, a to písemnou formou. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení o změně obmyšlené osoby pojišťovně. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, je možné určit nebo změnit osobu obmyšleného nebo při více obmyšlených podíly na pojistném plnění pouze s písemným souhlasem pojištěného.

6.2 Není-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby určené podle příslušných ustanovení občanského zákoníku.

6.3 Pokud byly splněny podmínky pro vznik práva na pojistné plnění a pojištěný či oprávněná osoba zemře před výplatou pojistného plnění, stává se pojistné plnění předmětem dědického řízení.

6.4 Je-li pojistnou událostí jiná událost než smrt pojištěného, je oprávněnou osobou pojištěný, není-li v pojistné smlouvě sjednáno jinak. Pokud je pojistné plnění poskytováno formou zproštění od placení pojistného, je oprávněnou osobou pojistník. Pojistník může v tomto případě uplatnit právo na pojistné plnění, pouze pokud nejpozději při uplatnění práva na pojistné plnění prokáže, že splnil povinnost seznámit pojištěného s obsahem smlouvy a disponuje souhlasem pojištěného ve smyslu článku 5.2 výše.

7 Uzavření pojistné smlouvy a její změny

Pojistná smlouva se uzavírá na základě vyplněného formuláře. Správný formulář a pomoc při jeho vyplnění Vám poskytne pojišťovací zprostředkovatel. Pokud by návrh byl chybně vyplněn, pojišťovna Vás bude informovat, co je potřeba upravit.

Podmínkou pro přijetí návrhu je především uhrazení zálohy na pojistné a souhlas k poskytnutí informací a zdravotnické dokumentace.

7.1 Pojistná smlouva se uzavírá na základě návrhu, který činí zájemce o pojištění pojišťovně. Zájemce o pojištění pro tento účel musí využít formulář pojišťovny v platném znění.

7.2 K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby byl návrh zájemce přijat ve lhůtě uvedené v návrhu, jinak do 2 měsíců od okamžiku, kdy byl návrh pojišťovně doručen, resp. do 3 měsíců, je-li uzavření smlouvy podmíněno lékařskou prohlídkou.

7.3 Pojišťovna nepřijme návrh zájemce, u kterého ode dne jeho vyhotovení do dne doručení pojišťovně uběhl více než 1 měsíc. Pojišťovna dále nepřijme návrh zájemce, dokud jí zájemce nezaplatil požadovanou zálohu na pojistné. Tuto podmínku může pojišťovna prominout a přijmout návrh i před zaplacením zálohy na pojistné. Pojišťovna rovněž nepřijme návrh, pokud pojištěný odmítne dát souhlas k poskytnutí zpráv a zdravotnické dokumentace ošetřujícím lékařem pověřenému zdravotnickému zařízení.

7.4 Pojišťovna přijme pouze úplně, přesně a čitelně vyplněný formulář. Pokud doručený návrh tyto náležitosti nemá, může jej pojišťovna vrátit zájemci k doplnění, popř. může připojit dotazy vztahující se k pojištění. Toto vrácení návrhu zájemci se nepovažuje za přijetí návrhu a zaslání opraveného návrhu zájemcem pojišťovně se považuje za nový návrh na uzavření pojistné smlouvy. Pro přijetí tohoto návrhu ze strany pojišťovny platí lhůty uvedené v odstavci 7.2.

7.5 V případě, že pojišťovna přijme návrh zájemce, může tak učinit s odchylkou, která se týká výše pojistného, avšak pouze je-li tato odchylka nepodstatná a je-li odůvodněna provozními důvody (zejména chyba v počtech obsažená v návrhu či změna věku v mezidobí, kdy byl návrh učiněn a přijat). Zájemce může přijetí nabídky s odchylkou bez zbytečného odkladu vůči pojišťovně odmítnout a pojistná smlouva v takovém případě není uzavřena.

7.6 V případě, že návrh zájemce sice obsahuje všechny náležitosti uvedené v odstavci 7.4 výše, avšak pojišťovna jej z důvodu zhodnocení rizika nemůže přijmout, může ho pojistníkovi vrátit a navrhnout upravené parametry pojištění. Toto vrácení návrhu zájemci se považuje za návrh pojišťovny na uzavření pojistné smlouvy (protinávrh). Zájemce může takový protinávrh pojišťovny přijmout pouze bez dodatků či odchylek ve lhůtě uvedené v návrhu, jinak do 2 měsíců od okamžiku, kdy byl návrh zájemci doručen.

7.7 Kromě případu uvedeného v odstavci 7.6 činí návrh na uzavření smlouvy pojišťovna zájemci pouze je-li tak výslovně uvedeno v návrhu pojistné smlouvy. V tomto případě může zájemce přijmout návrh pojišťovny pouze bez dodatků či odchylek včasným zaplacením pojistného nebo jeho splátky uvedené v návrhu.

7.8 Ustanovení tohoto článku o uzavření pojistné smlouvy se použijí obdobně i při změnách pojistné smlouvy.

8 Pojistka

8.1 Pojišťovna vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojišťovna na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky. Dojde-li ke změně pojistné smlouvy, která představuje i změnu údajů na pojistce, pojišťovna vydá novou pojistku a původní pojistka pozbývá platnosti.

9 Vznik pojištění a pojistná doba

9.1 Pojištění vzniká v 0:00 hodin dne, kdy pojišťovna přijala návrh zájemce na uzavření pojistné smlouvy, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Den počátku pojištění je uveden na pojistce, kterou pojišťovna vydá pojistníkovi.

Příklad z praxe
Klient dává návrh a pojišťovna ho přijímá:

Pojišťovna přijme návrh 10. března a od tohoto dne (od 0:00 hodin počátku dne) jste pojištěn, pokud došlo k následnému uzavření pojistné smlouvy tím, že Vám byl doručen dopis pojišťovny, ve kterém pojišťovna potvrzuje přijetí Vašeho návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

9.2 V případě, že je pojistná smlouva uzavřena tím, že protinávrh pojišťovny přijímá zájemce o pojištění, vzniká pojištění v 0:00 hodin dne následujícího po dni, kdy pojišťovna obdržela sdělení zájemce o tom, že tento návrh přijal. Pokud je pojistná smlouva uzavřena tím, že návrh pojišťovny přijímá zájemce zaplacením pojistného, vzniká pojištění v 0:00 hodin dne následujícího po dni, kdy bylo pojistné připsáno na účet pojišťovny.

Příklad z praxe
Pojišťovna dává návrh nebo protinávrh a klient ho přijímá (doručením podepsaného návrhu/protinávrhu, resp. zaplacením pojistného):

Pojišťovna obdržela informaci, že přijímáte návrh (resp. pojistné bylo připsáno na účet pojišťovny) 10. března a od 11. března (od 0:00 hodin počátku dne) jste pojištěn.

9.3 Pojistná smlouva se sjednává na dobu určitou s pojistnou dobou uvedenou v pojistné smlouvě. Pojistným obdobím je 1 rok.

10 Pojistné a poplatky

Výši pojistného a frekvenci placení najdete v pojistné smlouvě (ve většině případů v návrhu na uzavření smlouvy) nebo na pojistce. Při všech platbách je důležité použít správné číslo účtu a variabilní symbol.

10.1 Pojistné se stanoví za celou pojistnou dobu (jednorázové pojistné) nebo za jednotlivá pojistná období (běžné pojistné). V pojistné smlouvě je vždy uvedeno, zda se pojištění sjednává jako jednorázové či běžné a jeho výše. V pojistné smlouvě lze dohodnout, že běžné pojistné bude placeno ve splátkách. Pojistné či splátka pojistného se zaokrouhluje na celé koruny (matematicky).

10.2 Vedle pojistného si je pojišťovna oprávněna účtovat pouze poplatky stanovené v Sazebníku, který je součástí pojistných podmínek, a se kterým je pojistník seznámen před uzavřením pojistné smlouvy.

10.3 Pokud se výše pojistného určuje s přihlédnutím k věku pojištěného, stanoví se jeho vstupní věk v letech jako rozdíl mezi rokem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a rokem narození. V případě, že den podpisu Návrhu na uzavření pojistné smlouvy pořadím v kalendářním roce předchází dni narození, odečte se od věku vypočítaného dle předchozí věty 1 rok.

10.4 V případě, že není vyžadována a zaplacena záloha, jsou jednorázové pojistné a běžné pojistné za první pojistné období, resp. jejich první splátka, splatné 3. pracovní den poté, kdy pojistník převezme pojistku. Pokud byla v souvislosti s návrhem zájemcem zaplacena záloha na pojistné, okamžikem uzavření pojistné smlouvy ji pojišťovna považuje za pojistné. Pojistné za další pojistné období, resp. jeho první splátka, jsou splatné prvním dnem tohoto období.

10.5 Pojišťovna má právo na pojistné za dobu trvání pojištění nebo do dne převodu pojištění na pojištění bez placení pojistného. Nastala-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojišťovně za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

10.6 Pojistník je povinen pojistné hradit ve výši, měně, lhůtě a na účet stanovený v pojistné smlouvě, resp. v upomínce k zaplacení pojistného a s identifikací platby (zejména variabilním symbolem) stanovenou pojišťovnou.

10.7 Pojišťovna má právo odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění.

11 Indexace pojištění

Indexace chrání před vlivem inflace každoročním postupným navyšováním pojistné částky a pojistného. Indexaci můžete jednoduše přijmout zaplacením nového pojistného nebo odmítnout zaplacením stávajícího pojistného.

11.1 V pojistné smlouvě lze sjednat možnost indexace pojištění, tj. pravidelné úpravy pojistného a odpovídajících pojistných částek. Úpravy pojistného a odpovídajících pojistných částek navrhuje pojišťovna s přihlédnutím k vývoji indexu spotřebitelských cen (inflace) a případně také k minimální výši indexačního navýšení stanovené v Sazebníku.

11.2 Je-li v pojistné smlouvě sjednána indexace pojištění, je pojišťovna povinna v dostatečném předstihu před výročím pojistné smlouvy navrhnout pojistníkovi novou výši pojistného a pojistných částek.

11.3 Změna pojistného a pojistných částek nabývá účinnosti přijetím pojistníkem ve lhůtě uvedené v návrhu. Pojistník může novou výši pojistného a pojistných částek přijmout rovněž zaplacením dalšího běžného pojistného či jeho splátky v indexované výši. Zaplacení pojistného v původní výši se považuje za odmítnutí indexace.

11.4 Při indexaci pojištění se zvyšují pojistné částky bez přezkoumávání zdravotního stavu pojištěného.

12 Zánik pojištění

12.1 Pojištění zaniká zejména následujícími způsoby:

a) dohodou pojišťovny a pojistníka,

b) uplynutím pojistné doby; v pojistné smlouvě lze sjednat, že uplynutím pojistné doby pojištění nezanikne, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby druhé straně nesdělí, že nemá zájem na dalším trvání pojištění,

c) výpovědí pojištění do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů; avšak pojišťovna má právo na pojistné až do dne, kdy pojištění zaniklo,

d) výpovědí pojistníka ke konci pojistného období, pokud byla výpověď doručena nejméně 6 týdnů před koncem takového pojistného období; pokud byla výpověď doručena později, pojištění zaniká až ke konci pojistného období, pro které tato 6týdenní doba dodržena byla,

e) marným uplynutím lhůty stanovené v upomínce pojišťovny pro zaplacení dlužného pojistného; tato lhůta musí být stanovena minimálně v délce 1 měsíce od doručení a upomínka musí obsahovat upozornění na následky nezaplacení,

f) odstoupením pojistníka bez udání důvodu do 30 kalendářních dnů od uzavření pojistné smlouvy; od pojistné smlouvy je možné dále odstoupit v důsledku porušení povinností, zejména v případech uvedených v článku 13,

g) výpovědí pojistníka do 3 měsíců ode dne oznámení pojistné události s 1měsíční výpovědní dobou,

h) výpovědí do 2 měsíců ode dne, kdy se pojistník dozvěděl, že pojišťovna porušila při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění zásadu rovného zacházení, s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů,

i) zánikem pojistného zájmu, avšak pojišťovna má právo na pojistné až do dne, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděla,

j) zánikem pojistného nebezpečí či dnem smrti pojištěného,

k) výplatou odkupného.

13 Povinnosti z pojištění a následky jejich porušení

Povinnosti pojistníka/pojištěného/oprávněné osoby:
- pravdivě zodpovědět všechny dotazy pojišťovny při sjednání pojištění,
- uvést správné datum narození u všech osob,
- poskytnout pravdivé informace ohledně pojistné události.

Povinnosti pojišťovny:
- pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy pojistníka týkající se pojištění,
- upozornit pojistníka na případné nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a jeho požadavky.

13.1 **Pravdivá sdělení před uzavřením smlouvy a při jejích změnách**

Pojistník a pojištěný jsou povinni při sjednávání pojištění zodpovědět pravdivě všechny písemné dotazy pojišťovny, které mají význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, a nezatajit nic podstatného. Stejná povinnost platí i při změně pojistné smlouvy.

Pojišťovna je při sjednávání pojištění povinna zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy pojistníka týkající se pojištění. Pojišťovna je dále povinna upozornit pojistníka na případné nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, kterých si je či musí být vědoma.

V případě, že pojistník, pojištěný či pojišťovna poruší výše uvedenou povinnost, má druhá strana za podmínek stanovených v občanském zákoníku právo od celé pojistné smlouvy či pouze dotčené části odstoupit.

Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojišťovna do 1 měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnila. 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. Pojišťovna si v tomto případě má právo započíst i náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

13.2 **Uvedení správného data narození**

Pojistník je povinen uvést v pojistné smlouvě správné datum narození.

Pokud v důsledku nesprávného uvedení této informace pojišťovna stanoví nižší pojistné, pojistnou dobu, dobu placení pojistného nebo pojistnou částku, má právo snížit pojistné plnění v poměru výše pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které by bylo placeno, kdyby pojistník uvedl datum narození pojištěného správně.

Dozví-li se pojišťovna o vědomém porušení povinnosti pojistníka až po uskutečněném plnění, je osoba, jíž bylo plněno, povinna vrátit poměrnou část pojistného plnění odpovídající snížení plnění. Za splnění těchto povinností odpovídá pojistník.

Bylo-li uvedeno nesprávné datum narození pojištěného, má pojišťovna právo za podmínek stanovených v občanském zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit. Toto právo může pojišťovna uplatnit pouze během života pojištěného a zároveň do 3 let ode dne uzavření smlouvy, nejpozději však do 2 měsíců poté, co se o nesprávném údaji dozvěděla.

13.3 **Pravdivá sdělení v souvislosti s pojistnou událostí**

Pojišťovna může pojistné plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže:

a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojistné události a kterou nemohla zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřela, nebo ji uzavřela za jiných podmínek, nebo

b) oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.

Dnem doručení oznámení pojistníkovi o odmítnutí pojistného plnění pojištění zaniká. K vrácení pojistného v tomto případě nedochází.

V případě uvedeném pod písm. b) výše má pojišťovna dále právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž jí byly tyto vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojišťovna vynaložila náklady v prokázané výši účelně.

14 Obecné výluky pojištění

14.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) smrt pojištěného následkem sebevraždy, která byla spáchána v době do 2 let od počátku pojištění nebo od zvýšení pojistné částky, kromě zvýšení pojistné částky v důsledku indexace,

b) smrt pojištěného v souvislosti s válečnými událostmi, se vzpourou, s povstáním, s občanskými nepokoji nebo (nejedná-li se o stav krajní nouze nebo nutné obrany) s aktivní účastí pojištěného na násilné akci,

c) smrt pojištěného v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě:

c1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

c2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění:

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

c3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

d) smrt pojištěného způsobená úmyslným jednáním oprávněné osoby či obmyšleného.

15 Postup a povinnosti v případě pojistné události a pojistné plnění

15.1 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost obmyšlený.

15.2 Není-li ve zvláštních pojistných podmínkách výslovně uvedeno jinak, náklady v souvislosti s uplatněním nároku na pojistné plnění či šetřením pojistné události nese ta strana, které náklady vzniknou.

15.3 Pokud pojistník, pojištěný či oprávněná osoba předkládá pojišťovně doklady v jiném než českém nebo anglickém jazyce, je povinen na žádost pojišťovny a na své náklady zajistit jejich úředně ověřený překlad.

15.4 Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojišťovna vůči této osobě právo na přiměřenou náhradu těchto účelně vynaložených dodatečných nákladů. Má se za to, že pojišťovna vynaložila náklady v prokázané výši účelně.

15.5 Pojišťovna je povinna po řádném oznámení pojistné události bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit. Šetření se považuje za skončené dnem, kdy pojišťovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě. Pojišťovna je povinna ukončit šetření do 3 měsíců po dni, kdy byla pojistná událost pojišťovně řádně oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v uvedené lhůtě, je pojišťovna povinna sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.

15.6 Pojistné plnění je splatné do 15 kalendářních dnů po skončení šetření. Pojistné plnění se zaokrouhluje na celé koruny (matematicky), je splatné v České republice a v měně České republiky, pokud nebude dohodnuto jinak.

15.7 Právo na pojistné plnění se promlčí za 10 let s tím, že promlčecí doba začne běžet 1 rok po pojistné události.

1) Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).

2) Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).

3) Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění rozsahu povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.

4) Splatnost plnění je do 15 kalendářních dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 11 let, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

16 Forma právních jednání a oznámení

16.1 Právní jednání směřující ke změně či ukončení pojistné smlouvy a oznámení pojistné události musí být činěna v písemné formě.

16.2 Oznámení týkající se výplaty pojistného plnění, odkupného, změny oprávněné osoby, obmyšleného, změny podílů na pojistném plnění, je-li více obmyšlených, oznámení pojištěného v souvislosti s jeho vstupem do pojištění v případě smrti pojistníka a jiná obdobná oznámení musí být rovněž činěna v písemné formě. V případě těchto oznámení je pojišťovna oprávněna vyžádat úřední ověření podpisu osoby, která oznámení činí, či jeho ověření oprávněným zástupcem pojišťovny.

16.3 Právní jednání či oznámení dle odstavce 16.2 se považuje za platné, pokud je k textu připojen vlastnoruční podpis jednajícího či je k jednání či oznámení použito zaručeného ověřeného elektronického podpisu či je doručováno prostřednictvím datové schránky.

16.4 Pro oznámení dalších skutečností týkajících se pojistné smlouvy či pojištění se písemná forma nevyžaduje a mohou být činěna vhodnými elektronickými či technickými prostředky, zejména telefonem či emailem. V případě použití emailu mohou být oznámení činěna pouze z emailové adresy uvedené v pojistné smlouvě či emailové adresy, kterou pojistník oznámí pojišťovně v písemné formě. Oznámení učiněná z jiné emailové adresy nebudou považována za doručená. V případě, že si pojišťovna vyžádá doplnění uvedených oznámení v písemné formě, je tak pojistník povinen učinit do 5 pracovních dnů.

Důležité změny pojistné smlouvy (úprava či ukončení smlouvy, oznámení pojistné události, výplata plnění, změna obmyšleného atd.) je potřeba udělat vždy v písemné formě.

17 Doručování

17.1 Strany si jednání a oznámení podle pojistné smlouvy doručují na adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Pojišťovna i pojistník jsou povinni informovat druhou stranu bez zbytečného odkladu o změně doručovací adresy. Jednání a oznámení jsou pak

stranami doručována na tuto novou adresu. Doručovací adresa se vždy musí nacházet v České republice.

17.2 Nejde-li o doručení podle dalších odstavců, je listina odeslaná pojišťovnou doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenou dnem uvedeným jako den přijetí na dodejce (doručence) a listina odeslaná pojišťovnou doporučenou zásilkou bez dodejky 3. pracovní den po jejím odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak 15. pracovní den po jejím odeslání.

17.3 Pokud byla listina odeslaná pojišťovnou doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou uložena na poště a adresát si ji v úložní době nepřevzal, považuje se za doručenou uplynutím úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.

17.4 Pokud pojistník neoznámí pojišťovně změnu doručovací adresy, jak je uvedeno výše, zásilku odmítne převzít či jinak zmaří její doručení, listina se považuje za doručenou 3. pracovní den po jejím odeslání.

Adresy pro komunikaci a korespondenci jsou uvedeny ve smlouvě. Jakoukoli změnu je potřeba bez zbytečného odkladu druhé straně nahlásit.

18 Zjišťování a přezkoumání zdravotního stavu

18.1 Pojišťovna je oprávněna požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojišťovně dán souhlas pojištěného.

18.2 Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, které určí pojišťovna.

18.3 V případě úrazu, který má za následek smrt pojištěného, si pojišťovna dále vyhrazuje právo na provedení prohlídky těla pojištěného a na provedení pitvy pojištěného na vlastní náklady, pokud to zákon nezakazuje.

19 Platnost a změny pojistných podmínek

Pojišťovna nemůže až na výjimky uvedené v odstavci 19.1 (např. legislativní změny) měnit Sazebník nebo Oceňovací tabulky bez Vašeho souhlasu.

Pokud se jedná o tyto výjimky, oznámení změny probíhá zveřejněním na internetových stránkách pojišťovny k 1. listopadu daného roku (měsíc před účinností změny). Pokud nesouhlasíte, máte právo smlouvu, které se změna přímo týká, do 2 měsíců ode dne oznámení vypovědět.

Pokud by byla změna udělána v jiném termínu, musí Vám ji pojišťovna oznámit (dopisem, emailem apod.), a to vždy v dostatečném předstihu před její účinností.

19.1 Pojistné podmínky je možné měnit pouze se souhlasem pojistníka. Vyžaduje-li to změna právních předpisů, změna lékařské vědy, změna soudní rozhodovací praxe či významná změna praxe týkající se správy pojistných smluv či frekvence vyžadovaných administrativních úkonů, je pojišťovna oprávněna jednostranně změnit Sazebník.

19.2 Pojišťovna je povinna takovou změnu Sazebníku oznámit pojistníkovi zveřejněním na internetových stránkách pojišťovny vždy k 1. listopadu daného roku s tím, že účinnost změny nastává k 1. lednu následujícího roku. V případě, že pojistník se změnou Sazebníku nesouhlasí, je oprávněn pojištění, které je uvedenou změnou dotčeno, vypovědět ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy byla změna oznámena, s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů.

19.3 Pojišťovna může změnu Sazebníku pojistníkovi oznámit i mimo výše uvedený termín v písemné formě či jiným vhodným elektronickým či technickým prostředkem s tím, že toto oznámení musí v dostatečném předstihu předcházet účinnost změny. Pro odmítnutí změny ze strany pojistníka platí lhůty uvedené v odstavci 19.2 výše.

20 Mimosoudní řešení sporů

20.1 Subjektem oprávněným k řešení sporů ze životního pojištění je Finanční arbitr – www.finarbitr.cz. V případě uzavření pojistné smlouvy prostřednictvím elektronické aplikace eModel nebo při sjednání pojištění on-line je kontaktním místem pro řešení on-line sporů v České republice Evropské spotřebitelské centrum – https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/index.cfm?event=main.home.show&lng=CS.

21 Vymezení pojmů

Pro účely životního pojištění podle těchto podmínek mají následující výrazy níže uvedený význam:

21.1 **Lékař** – absolvent lékařské fakulty, který léčí v rozsahu své lékařské atestace zranění a/nebo nemoc pojištěného, jejímž následkem je událost, která by mohla zakládat nárok na pojistné plnění z pojištění nebo připojištění. Lékařem nesmí být pojistník a/nebo některý z pojištěných a/nebo člen rodiny.

21.2 **Občanská válka** – ozbrojený konflikt mezi 2 nebo více stranami stejného státu, kdy znepřátelené strany náležejí k rozdílným etnickým, náboženským či ideologickým skupinám. Definice zahrnuje: ozbrojená povstání, revoluce, bouře, vzpoury, převraty, důsledky stanného práva.

21.3 **Válka** – vyhlášený nebo nevyhlášený ozbrojený konflikt mezi 2 státy.

21.4 **Výročí pojištění** – první den druhého a dalšího pojistného období.

Co by Vás mohlo zajímat
Pojmy, které se používají v pojištění, potřebují přesné definice, proto je uvádíme. Vysvětlení dalších pojmů najdete také ve zvláštních pojistných podmínkách.

VPPŽP 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ FAIRLIFE

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 Pojistná smlouva a její součásti

Pojištění FairLife se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i:

- Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění (VPPŽP 1.2) a
- Zvláštními pojistnými podmínkami jednotlivých níže uvedených připojištění.

1.1 Tyto Zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP FL“) jsou účinné od 1. prosince 2016.

1.2 Tyto Zvláštní pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy o investičním životním pojištění FairLife (dále jen „FairLife“) poskytovaném pojišťovnou MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku (dále jen „pojišťovna“). Pojištění FairLife jako investiční životní pojištění je pojištěním pro případ smrti nebo dožití spojeným s investičními strategiemi.

1.3 Pojištění FairLife se dále řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění VPPŽP 1.2 (dále jen „VPPŽP“) a příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.

1.4 Pojištění FairLife se vždy sjednává pro případ smrti nebo dožití jednoho hlavního pojištěného s pevnou a volitelně s klesajícími složkami pojistné částky pro případ smrti (dále jen „pojištění hlavního pojištěného“). Dále lze v rámci pojištění FairLife sjednat pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného (dále jen „pojištění vedlejšího pojištěného“) a/nebo pojištění pro případ smrti pojištěného dítěte za podmínky, že má zároveň sjednáno alespoň jedno připojištění dle odstavce 21.4 (dále jen „pojištění pojištěného dítěte“). K pojištění FairLife lze v pojistné smlouvě sjednat i připojištění uvedená v článku 21 a 23, a to jako připojištění pro hlavního pojištěného, vedlejšího pojištěného nebo pojištěné dítě.

1.5 Pojištění FairLife se sjednává s možností indexace běžného a dodatečného běžného pojistného. Přijetím indexace pojistného se příslušná pevná složka pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného zvýší ve stejném poměru. Na běžné pojistné za klesající složky pojistné částky pro případ smrti, pojistné za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného a pojištěného dítěte, pojistné za připojištění, opční poplatek a mimořádné pojistné se nevztahují ustanovení VPPŽP a VPPNP o indexaci.

2 Pojistná doba a změna pojistníka

2.1 Pojištění hlavního pojištěného se sjednává na dobu určitou (hlavní pojistná doba) s možností prodloužení dle odstavce 2.2 a končí uplynutím této hlavní pojistné doby, případně uplynutím prodloužené hlavní pojistné doby. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, je koncem hlavní pojistné doby den bezprostředně předcházející prvnímu výročí následujícímu po 65. narozeninách hlavního pojištěného (případně po 66. narozeninách hlavního pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny hlavního pojištěného).

2.2 Uplynutím hlavní pojistné doby pojištění hlavního pojištěného nezaniká, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před jejím uplynutím nedoručí druhé straně oznámení, že na jeho trvání nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se automaticky za stejných podmínek o dalších 5 let s výjimkou připojištění a garance pevné složky pojistné částky pro případ smrti dle článku 16 (doba, po kterou klesající složky pojistné částky pro případ smrti klesají na nulu, pojistná doba připojištění a garance se neprodlužují). Pojistník a pojišťovna se také mohou dohodnout na prodloužení o jiný celý počet let.

2.3 Pojištění vedlejšího pojištěného se sjednává na dobu určitou. Není-li v pojistné smlouvě ujednána pojistná doba kratší, sjednává se pojištění vedlejšího pojištěného s nenulovou pojistnou částkou pro případ smrti do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po 80. narozeninách příslušného vedlejšího pojištěného (případně po 81. narozeninách vedlejšího pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny vedlejšího pojištěného), nejdéle však do konce hlavní (neprodloužené) pojistné doby. Pojištění vedlejšího pojištěného zaniká dnem zániku posledního ze sjednaných připojištění příslušného vedlejšího pojištěného.

2.4 Pojištění pojištěného dítěte se sjednává na dobu určitou. Není-li v pojistné smlouvě ujednána pojistná doba kratší, sjednává se pojištění pojištěného dítěte do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po 25. narozeninách příslušného pojištěného dítěte (případně po 26. narozeninách pojištěného dítěte, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného dítěte), nejdéle však do konce hlavní (neprodloužené) pojistné doby. Pojištění pojištěného dítěte zaniká dnem zániku posledního ze sjednaných připojištění příslušného pojištěného dítěte.

2.5 Jakákoli pojištění sjednaná v pojistné smlouvě vedle pojištění hlavního pojištěného (včetně pojištění vedlejšího pojištěného a pojištěného dítěte či jakýchkoli připojištění) zanikají dnem zániku pojištění hlavního pojištěného.

2.6 Dnem smrti pojistníka, který není totožný s hlavním pojištěným, vstupuje do pojištění FairLife namísto pojistníka hlavní pojištěný, pokud neoznámí pojišťovně v souladu s ustanovením odstavce 5.5 VPPŽP, že do pojištění FairLife nemá zájem vstoupit.

3 Běžné pojistné

Běžné pojistné je alokováno na podílový účet a je určeno především na pokrytí rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti nebo dožití hlavního pojištěného s pevnou složkou pojistné částky a na investici.

Dodatečné běžné pojistné je alokováno na podílový účet a je využito v případě navýšení pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného nebo navýšení investice.

Běžné pojistné za klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného je placeno separátně a je spotřebováno na pojistnou ochranu pro případ smrti hlavního pojištěného.

Pojistné za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného/pojištěného dítěte je placeno separátně a je spotřebováno na pojistnou ochranu pro případ smrti vedlejšího pojištěného/pojištěného dítěte.

Pojistné za připojištění je placeno separátně a je spotřebováno na pojistnou ochranu zahrnující veškerá připojištění sjednaná pro všechny pojištěné osoby v pojištění FairLife.

Opční poplatek je hrazen pojistníkem společně s pojistným, proto je jeho výše zahrnuta do celkového běžného pojistného. Je úplatou za možnost navýšení pojistné ochrany bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu.

Všechny tyto složky pojistného tvoří **celkové běžné pojistné**, které je hrazeno pojistníkem v pravidelných splátkách.

3.1 Běžné pojistné za každé pojistné období může být placeno najednou za celé pojistné období (1 rok) nebo v pololetních, čtvrtletních či měsíčních splátkách.

4 Dodatečné běžné pojistné

4.1 Pokud do konce hlavní pojistné doby zbývají alespoň 2 roky, může pojistník navrhnout pojišťovně sjednání dodatečného běžného pojistného.

4.2 Pojišťovna návrh pojistníka přijme pouze za podmínky, že pojistník řádně hradí celkové běžné pojistné, návrh pojistníka je doručen alespoň 30 dnů přede dnem navrhované účinnosti, návrh splňuje podmínky stanovené v Sazebníku a byl prokázán vyhovující zdravotní stav hlavního pojištěného, pokud jej pojišťovna v daném případě vyžaduje. Sjednání dodatečného běžného pojistného nabývá účinnosti v nejbližší den splatnosti splátky celkového běžného pojistného následující po přijetí návrhu pojišťovnou.

4.3 V případě, že do konce hlavní pojistné doby zbývají méně než 2 roky, musí být spolu s návrhem na sjednání dodatečného běžného pojistného navrženo i adekvátní prodloužení hlavní pojistné doby.

4.4 Sjednání dodatečného běžného pojistného může mít vliv pouze na zvýšení pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného, a to dle limitů stanovených pojišťovnou na základě pojistně-matematických výpočtů.

4.5 Sjednáním dodatečného běžného pojistného se nemění výročí pojistné smlouvy.

4.6 Pro sjednané dodatečné běžné pojistné běží ode dne sjednání nové lhůty pro účely stanovení alokačního procenta podle odstavce 7.2 a splnění podmínek práva na odkupné podle článku 18.

5 Celkové běžné pojistné

5.1 V pojistné smlouvě lze sjednat, že celkové běžné pojistné (resp. jeho jednotlivé splátky) hradí zcela nebo částečně zaměstnavatel pojistníka. Tím však není dotčena povinnost pojistníka takové pojistné či jeho část platit v případě, že ho zaměstnavatel řádně neuhradí. Celkové běžné pojistné (či jeho splátka) je zaplaceno až dnem, kdy je uhrazena jak jeho část hrazená pojistníkem, tak i jeho část hrazená zaměstnavatelem.

5.2 Celkové běžné pojistné či jeho splátky za první pojistné období (vyjma první nebo prvních dvou splátek, které jsou hrazeny zálohově podle odstavce 10.4 VPPŽP) a splátky za další pojistná období jsou splatné k takovému dni, který se číslem shoduje se dnem počátku pojištění uvedeným v pojistné smlouvě, a to:

a) při měsíčních splátkách vždy k takovému dni v každém kalendářním měsíci,

b) při čtvrtletních splátkách vždy k takovému dni v prvním kalendářním měsíci příslušného čtvrtletí,

c) při pololetních splátkách vždy k takovému dni v prvním kalendářním měsíci příslušného pololetí, nebo

d) při placení běžného pojistného za celé pojistné období (1 rok) vždy k prvnímu dni pojistného období.

5.3 Okamžikem ukončení připojištění a/nebo opcí z důvodu výpovědi podané pojistníkem, po kterém by výše ročního celkového běžného pojistného nedosahovala minimální výše stanovené v Sazebníku platném ke dni počátku pojištění FairLife, činí minimální výše celkového běžného pojistného v Sazebníku stanovené minimum a pojistník se zavazuje takto stanovené celkové běžné pojistné hradit, a to od nejblíže splatné splátky pojistného. Příslušná část pojistného, o kterou bylo celkové běžné pojistné zvýšeno, bude převedena na podíly jednotlivých investičních strategií, a to v režimu jinak dodatečného běžného pojistného a v poměru aktuálně platném pro konkrétní pojistnou smlouvu. Zvýšení ročního celkového běžného pojistného dle předchozí věty nemá vliv na výši pojistných částek.

6 Mimořádné pojistné

6.1 Pojistník může navrhnout pojišťovně sjednání mimořádného pojistného.

6.2 Pojišťovna návrh pojistníka přijme pouze za podmínky, že pojistník řádně hradí celkové běžné pojistné a částka navrhovaného mimořádného pojistného přesahuje minimální výši pro placení mimořádného pojistného uvedenou v aktuálním Sazebníku. Mimořádné pojistné je sjednáno až dnem přijetí takového návrhu pojišťovnou (není-li níže či v pojistné smlouvě stanoveno jinak).

6.3 Pojišťovna je oprávněna požadovat uhrazení zálohy ve výši navrhovaného mimořádného pojistného. V případě uhrazení zálohy se tato stává mimořádným pojistným dnem přijetí návrhu na jeho sjednání pojišťovnou.

6.4 Sjednání ani uhrazení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit celkové běžné pojistné ani na výši pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného.

7 Investovaná část pojistného

7.1 Z uhrazeného běžného pojistného, resp. každé jeho uhrazené splátky, se odečítá inkasní poplatek na náklady pojišťovny spojené s přijetím takové platby ve výši uvedené v Sazebníku (dále jen „inkasní poplatek“). Z takto snížené částky bude následně alokačním procentem podle následujícího odstavce vypočtena část pojistného určená k převodu na podíly jednotlivých investičních strategií.

7.2 Alokační procento pro běžné pojistné se stanoví takto:

a) v prvním až pátém pojistném roce je alokační procento stanoveno v závislosti na době trvání pojištění FairLife podle následující tabulky:

Hlavní pojistná doba (v celých letech)	Alokační procento
10	81 %
11	80 %
12	79 %
13	77 %
14	76 %
15	75 %
16	73 %
17	72 %
18	71 %
19	69 %
20	68 %
21	67 %
22	65 %
23	64 %
24	63 %
25 a více	62 %

b) v šestém a následujících pojistných letech je alokační procento minimálně 98 %; toto procento může být v Sazebníku zvýšeno.

7.3 Alokační procento pro dodatečné běžné pojistné a mimořádné pojistné je stanoveno v Sazebníku platném ke dni jeho sjednání.

7.4 Převod na podíly jednotlivých investičních strategií bude proveden způsobem uvedeným v následujícím odstavci, a to pokud jde o:

a) příslušnou část běžného pojistného v alokačním poměru specifikovaném pojistníkem v pojistné smlouvě,

b) příslušnou část dodatečného běžného pojistného v alokačním poměru v době sjednání určeném pro běžné pojistné,

c) mimořádné pojistné v alokačním poměru písemně oznámeném pojistníkem pojišťovně v návrhu na sjednání mimořádného pojistného, nejpozději však do 30 dnů ode dne jeho úhrady, pokud je tento poměr v souladu s pravidly stanovenými pojišťovnou v Sazebníku aktuálním ke dni uhrazení příslušného mimořádného pojistného. Nebude-li tento poměr pojišťovně v uvedené lhůtě oznámen, popřípadě bude-li v rozporu s uvedenými pravidly, a bude-li možné mít s přihlédnutím k ostatním okolnostem (zejména identifikace platby dle variabilního a specifického symbolu určeného pojišťovnou) za to, že se jedná o platbu mimořádného pojistného, převede pojišťovna příslušné mimořádné pojistné na podíly investiční strategie uvedené v aktuálním Sazebníku.

7.5 Převod na podíly bude proveden za nákupní ceny podílů jednotlivých investičních strategií platných ke dni takového převodu, a to pokud jde o:

a) příslušnou část prvního běžného pojistného nebo jeho splátky ke dni počátku pojištění hlavního pojištěného,

b) příslušnou část prvního dodatečného běžného pojistného nebo jeho splátky ke dni účinnosti jeho sjednání,

c) příslušné části dalšího běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného či jeho splátek bezprostředně po jejich řádném uhrazení, nejpozději však do 5 dnů, ode dne takové úhrady,

d) mimořádné pojistné ke dni jeho sjednání.

7.6 Pojistné za připojištění (veškerá připojištění všech pojištěných osob), běžné pojistné za klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného, pojistné za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného a pojištěného dítěte a opční poplatek se nepřevádí na podíly.

7.7 Souhrn podílů jednotlivých investičních strategií vytvořených podle tohoto článku pak představuje podílový účet.

7.8 Pokud je ke dni alokace nových podílů na podílový účet běžného a/nebo dodatečného pojistného ve Fondu srážek evidován kladný zůstatek, pak jsou tyto nové podíly nebo jejich část tentýž den odečtené z podílového účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného ke snížení evidovaného zůstatku ve Fondu srážek a to až do výše tohoto zůstatku. Podíly na snížení evidovaného kladného zůstatku ve Fondu srážek se odečítají za prodejní ceny platné ke dni provedení takového odečtení. Jsou-li podíly na podílovém účtu umístěny ve více než jedné investiční strategii, odečtou se podíly jednotlivých investičních strategií ve stejném poměru, jako je poměr hodnot podílů těchto investičních strategií na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného ke dni takového odečtení.

7.9 Část pojistného, která nebude převedena na podíly jednotlivých investičních strategií podle tohoto článku, si ponechává pojišťovna na úhradu svých počátečních nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy včetně případné odměny pojišťovacímu zprostředkovateli.

8 Rizikové pojistné a poplatky

8.1 Pojišťovna odečítá z podílového účtu vždy jednou za měsíc část podílů vytvořených z příslušného pojistného na úhradu:

a) administrativního poplatku na úhradu administrativních nákladů pojišťovny ve výši stanovené v Sazebníku (dále jen „administrativní poplatek“) z běžného pojistného,

b) rizikového pojistného za pojištění FairLife hlavního pojištěného s pevnou složkou pojistné částky pro případ smrti ve výši stanovené v Sazebníku (dále jen „rizikové pojistné“) z běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného.

8.2 Pojišťovna z podílového účtu dále odečítá část podílů na úhradu jednorázových poplatků stanovených v Sazebníku, zejména poplatku při neplnění povinností pojistníka stanovených pojistnou smlouvou (např. prodlení s úhradou pojistného či jeho části) nebo v souvislosti se zpracováním žádostí pojistníka o dodatečné administrativní úkony či změny, a to ve výši stanovené v Sazebníku (tyto poplatky a administrativní poplatek dále jen „poplatky“).

8.3 V případě, že počet podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného nepostačuje na úhradu poplatků či rizikového pojistného, bude z podílového účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného odečtena pouze část poplatků či rizikového pojistného odpovídající hodnotě podílového účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného. Zbývající část neuhrazených poplatků či rizikového pojistného bude zaevidovaná do Fondu srážek. Z podílů na podílovém účtu mimořádného pojistného nebudou odečítány jakékoli poplatky ani rizikové pojistné.

8.4 Podíly na úhradu poplatků a rizikového pojistného se odečítají za prodejní ceny platné ke dni provedení takového odečtení. Jsou-li podíly na podílovém účtu umístěny ve více než jedné investiční strategii, odečtou se podíly jednotlivých investičních strategií ve stejném poměru, jako je poměr hodnot podílů těchto investičních strategií na podílovém účtu příslušného pojistného ke dni takového odečtení.

9 Navýšení podílů o zaplacené poplatky (odměna za věrnost)

Pojištění FairLife vás odmění za věrnost, pokud uzavřete smlouvu s pojistnou dobou minimálně 15 let. Ke každému 5. výročí trvání pojistné smlouvy se váš podílový účet navýší o podíly odpovídající 30 % administrativních poplatků zaplacených v průběhu předcházejících 5 let. V poslední den trvání pojištění se pak podílový účet navýší o zbývající část administrativních poplatků odečtených za celou pojistnou dobu.

9.1 Pokud je hlavní pojistná doba ke dni počátku pojištění FairLife sjednána alespoň na 15 let, pak pojišťovna na každé 5. výročí pojištění FairLife navýší podíly na podílovém účtu běžného pojistného o podíly odpovídající 30 % administrativních poplatků, které byly z podílového účtu odečteny v průběhu 5 let předcházejících příslušnému výročí. Ke dni konce hlavní pojistné doby pojišťovna dále navýší podíly na podílovém účtu běžného pojistného o podíly odpovídající zbývající části administrativních poplatků, které byly z podílového účtu odečteny za celou hlavní pojistnou dobu, a to o tu část, o kterou dosud nedošlo k navýšení podle předchozí věty.

9.2 Navýšení podílů podle tohoto článku bude provedeno, pouze pokud je řádně uhrazeno celkové běžné pojistné.

9.3 Dojde-li na návrh pojistníka k předčasnému ukončení pojistné smlouvy nebo ke zkrácení hlavní pojistné doby tak, že do jejího konce zbývá ke dni takového zkrácení méně než 5 let, nebude jakékoli další navýšení podílů podle tohoto článku dále prováděno.

9.4 Navýšení podílů podle tohoto článku bude provedeno za prodejní ceny platné ke dni takového navýšení. Jsou-li podíly na podílovém účtu běžného pojistného umístěny ve více než jedné investiční strategii, navýší se podíly jednotlivých investičních strategií ve stejném poměru, jako je poměr hodnot podílů těchto investičních strategií na podílovém účtu běžného pojistného ke dni takového navýšení.

10 Změna Sazebníku

Pojišťovna může změnit pouze Sazebník, nikoli pojistné podmínky. Oznámení změny Sazebníku probíhá zveřejněním na internetových stránkách k 1. listopadu daného roku s tím, že platnost změny je vždy od 1. ledna následujícího roku. Pokud pojistník nesouhlasí, má právo smlouvu do 2 měsíců ode dne oznámení vypovědět. Ostatní změny může pojišťovna oznámit i mimo výše uvedený termín, ale vždy v dostatečném předstihu.

10.1 Vyžaduje-li to změna právních předpisů, změna lékařské vědy, změna soudní rozhodovací praxe či významná změna praxe týkající se správy pojistných smluv či frekvence vyžadovaných administrativních úkonů, je pojišťovna oprávněna Sazebník jednostranně změnit.

10.2 Pojišťovna je povinna takovou změnu Sazebníku oznámit pojistníkovi zveřejněním na svých internetových stránkách vždy k 1. listopadu daného roku s tím, že účinnost změny nastává k 1. lednu následujícího roku. V případě, že pojistník se změnou Sazebníku nesouhlasí, je oprávněn pojištění či připojištění, které je uvedenou změnou dotčeno, vypovědět za standardních podmínek ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy byla změna oznámena, s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů.

10.3 Pojišťovna může změnu Sazebníku pojistníkovi oznámit i mimo výše uvedený termín v písemné formě nebo jiným vhodným elektronickým či technickým prostředkem s tím, že toto oznámení musí v dostatečném rozsahu předcházet účinnost změny. Pro odmítnutí změny ze strany pojistníka platí lhůty uvedené v předchozím odstavci.

11 Pojistná událost a pojistné plnění smrt hlavního pojištěného

11.1 Výše pojistného plnění pro případ smrti hlavního pojištěného je rovna součtu hodnot klesajících složek pojistné částky pro případ smrti ke dni úmrtí a vyšší z níže uvedených částek:

a) pevná složka pojistné částky pro případ smrti ke dni úmrtí, nebo

b) hodnota podílů na podílovém účtu běžného a dodatečného běžného pojistného ke dni doručení oznámení o smrti hlavního pojištěného pojišťovně (je-li však takové oznámení doručeno pojišťovně až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se tato hodnota podílů k poslednímu dni hlavní pojistné doby).

11.2 Pokud pojistník uhradil jakékoli mimořádné pojistné, je pojistné plnění stanovené podle předchozího odstavce dále zvýšeno o hodnotu podílů na podílovém účtu mimořádného pojistného ke dni doručení oznámení o smrti hlavního pojištěného pojišťovně (je-li však takové oznámení doručeno pojišťovně až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se tato hodnota podílů k poslednímu dni hlavní pojistné doby).

11.3 Při výluce plnění pro případ smrti hlavního pojištěného dle článku 14 VPPŽP vzniká oprávněné osobě nárok na odkupné.

11.4 Smrtí hlavního pojištěného zaniká celé pojištění FairLife (tj. jak pojištění hlavního pojištěného, tak i pojištění vedlejšího pojištěného a pojištěného dítěte včetně veškerých připojištění a opcí).

12 Pojistná událost a pojistné plnění smrt hlavního pojištěného jako následek dopravní nehody

12.1 Pojistné plnění dle článku 11 bude zvýšeno o částku stanovenou v Sazebníku platném ke dni počátku pojištění FairLife, pokud budou splněny všechny níže uvedené podmínky:

a) dojde k pojistné události, kterou je smrt hlavního pojištěného následkem úrazu způsobeného dopravní nehodou,

b) pojištění FairLife není ke dni, kdy nastala pojistná událost, převedeno na pojištění bez placení pojistného dle článku 20,

c) výše celkového běžného pojistného sjednaná v pojistné smlouvě ke dni počátku pojištění FairLife dosahuje minimální výše stanovené v Sazebníku platném ke dni počátku pojištění FairLife,

d) jsou splněny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění.

12.2 Pro účely pojištění FairLife se za dopravní nehodu považuje neočekávaná událost v silniční dopravě nezpůsobená úmyslně hlavním pojištěným, k níž došlo v okamžiku, kdy se hlavní pojištěný jako řidič nebo cestující přepravoval motorovým vozidlem, bez ohledu na to, zda se motorové vozidlo v daném okamžiku pohybovalo či nikoli, včetně nastupování a vystupování, při níž došlo k úrazu vedoucímu k úmrtí hlavního pojištěného v přímé souvislosti s využitím motorového vozidla. Za dopravní nehodu se rovněž považuje událost, při níž dojde k úrazu vedoucímu k úmrtí hlavního pojištěného způsobenému motorovým vozidlem při provozu na pozemních komunikacích. Motorové vozidlo musí být řádně zaregistrované a/nebo schválené pro přepravu osob. Dopravní nehoda musí být doložena záznamem policie o dopravní nehodě.

12.3 Na zvýšené pojistné plnění dle tohoto článku se vztahují výluky stanovené ve VPPNP 1.2 a ZPP SDN 1.2.

13 Pojistná událost a pojistné plnění smrt vedlejšího pojištěného

13.1 Výše pojistného plnění pro případ smrti vedlejšího pojištěného je rovna součtu hodnot klesajících složek pojistné částky

pro případ smrti a pevné složky pojistné částky pro případ smrti ke dni úmrtí.

13.2 Smrtí vedlejšího pojištěného zaniká celé pojištění vedlejšího pojištěného včetně všech připojištění a opcí pro něj sjednaných.

13.3 Při výluce plnění pro případ smrti vedlejšího pojištěného dle článku 14 VPPŽP nárok na plnění nevzniká.

14 Pojistná událost a pojistné plnění smrt pojištěného dítěte

14.1 Výše pojistného plnění pro případ smrti pojištěného dítěte je rovna pojistné částce pro případ smrti pojištěného dítěte stanovené v Sazebníku.

14.2 Pojištění pojištěného dítěte pro případ smrti se nevztahuje na smrt dítěte, ke které dojde následkem úrazu, který dítě utrpělo přede dnem počátku příslušného pojištění, nebo následkem nemoci, která byla diagnostikována dítěti přede dnem počátku příslušného pojištění nebo pokud mu před tímto dnem byly diagnostikovány její příznaky.

14.3 Při výluce plnění pro případ smrti pojištěného dítěte dle odstavce 13.2 a dle článku 14 VPPŽP, nárok na pojistné plnění nevzniká.

14.4 Smrtí pojištěného dítěte zaniká jeho pojištění včetně všech pro něj sjednaných připojištění.

15 Pojistná událost a pojistné plnění dožití hlavního pojištěného

Na konci pojištění je hlavnímu pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota pojištění.

15.1 Výše pojistného plnění pro případ dožití hlavního pojištěného je rovna kapitálové hodnotě pojištění ke dni konce hlavní pojistné doby.

16 Garance pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného a zánik pojištění s nulovou kapitálovou hodnotou

16.1 Pokud je řádně hrazeno celkové běžné pojistné a všechny jeho splátky, pojišťovna garantuje, že v případě pojistné události poskytne pojistné plnění ve výši sjednané pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného po dobu 10 let od počátku pojištění FairLife, není-li v pojistné smlouvě či jakýchkoli pojistných podmínkách sjednáno jinak, a to i v případě, že hodnota podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného dosáhne nuly nebo ve Fondu srážek je evidován kladný zůstatek. Tato garance pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného (dále jen „garance“) může být prodloužena za podmínek stanovených níže v tomto článku.

16.2 Po dobu, po kterou je poskytována garance, pojištění FairLife nezaniká z důvodu, že hodnota podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného dosáhne nuly nebo ve Fondu srážek je evidován kladný zůstatek.

16.3 Vznikne-li podle tohoto článku právo na prodloužení garance, prodlužuje se garance vždy o 5 let nebo o jiné období garance sjednané v pojistné smlouvě, nejdéle však do konce hlavní pojistné doby sjednané v pojistné smlouvě ke dni počátku pojištění FairLife (dále jen „období garance“).

16.4 Pojišťovna nejpozději 3 měsíce před ukončením dosavadního období garance provede pojistně-matematické vyhodnocení postačitelnosti dosavadní výše běžného a dodatečného běžného pojistného (dále jen „vyhodnocení postačitelnosti“). Při tomto vyhodnocení postačitelnosti se nezkoumá zdravotní stav pojištěného.

16.5 Pokud podle vyhodnocení postačitelnosti výše dosavadního běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného postačuje k prodloužení garance o 2 budoucí období garance, pojišťovna prodlouží garanci o 1 období garance.

16.6 Pokud na základě vyhodnocení postačitelnosti dosavadní výše běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného nepostačuje k prodloužení garance o 2 budoucí období garance, navrhne pojišťovna pojistníkovi prodloužení garance o 1 období garance:

a) s dosavadní pevnou složkou pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného, ale s odpovídajícím zvýšením běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného stanoveného pojišťovnou na základě pojistně-matematických metod, nebo

b) s dosavadní výší běžného a dodatečného běžného pojistného, ale s odpovídajícím snížením pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného stanoveným pojišťovnou na základě pojistně-matematických metod.

16.7 V případě akceptace jedné z navrhovaných možností pojistníkem ve lhůtě stanovené pojišťovnou bude garance prodloužena o 1 období garance. Pokud však pojistník tento návrh pojišťovny ve lhůtě stanovené pojišťovnou neakceptuje, garance nebude prodloužena, není-li v pojistné smlouvě sjednáno jinak.

16.8 Garance dále zaniká dnem, kdy dojde k vyplacení kapitálové hodnoty pojištění či její části (bez ohledu na důvod či formu její výplaty) a/nebo k převedení pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného podle článku 20.

16.9 Pojištění FairLife trvá i po zániku garance, avšak pouze dokud je hodnota podílů na podílovém účtu běžného a dodatečného běžného pojistného kladná; ke dni, kdy tato hodnota dosáhne nuly, pojištění FairLife zaniká bez náhrady, případně s výplatou odkupného podle článku 18.

17 Následky neplacení pojistného

17.1 V případě, že není řádně uhrazeno celkové běžné pojistné či jakákoli jeho splátka, zašle pojišťovna pojistníkovi upomínku k úhradě takového dlužného pojistného nebo jeho části. Pokud taková upomínka obsahuje upozornění na zánik pojištění FairLife v případě, že dlužné pojistné nebude uhrazeno ve lhůtě stanovené pojišťovnou a nebudou splněny podmínky pro převod pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného podle následujícího odstavce, pojištění FairLife zaniká dnem následujícím po marném uplynutí takové lhůty. Lhůtu podle předchozí věty lze před jejím uplynutím dohodou prodloužit.

17.2 Pokud však k poslednímu dni lhůty stanovené v upomínce pojišťovny podle předchozího odstavce hodnota podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného dosahuje minimálně částky stanovené v Sazebníku a pokud bylo již uhrazeno celkové běžné pojistné za první 2 pojistné roky, pojištění FairLife dnem následujícím po marném uplynutí takové lhůty nezaniká a je převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článku 20.

17.3 Poplatky a rizikové pojistné jsou z podílového účtu odečítány podle článku 8 i v případě, že celkové běžné pojistné není řádně hrazeno.

17.4 Při zániku pojištění FairLife pro nezaplacení pojistného podle tohoto článku vzniká pojistníkovi právo na výplatu odkupného podle článku 18, pokud jsou splněny podmínky v něm uvedené.

18 Zánik pojištění s výplatou odkupného

18.1 Jsou-li splněny podmínky stanovené v následujícím odstavci, vzniká při zániku pojištění FairLife dohodou, výpovědí kterékoli ze stran, pro nezaplacení pojistného nebo na základě žádosti o výplatu odkupného právo na odkupné.

18.2 Podmínky pro vznik práva na odkupné a stanovení jeho výše jsou odlišné pro podíly na podílovém účtu běžného pojistného (viz odstavec 18.3), dodatečného běžného pojistného (viz odstavec 18.4) a mimořádného pojistného (viz odstavec 18.5).

18.3 Právo na část odkupného za podíly na podílovém účtu běžného pojistného není jakkoli podmíněno. Výše takového odkupného je rovna hodnotě podílů běžného pojistného ke dni jejich rušení pro účely výplaty odkupného.

18.4 Právo na část odkupného za podíly na podílovém účtu dodatečného běžného pojistného není jakkoli podmíněno. Výše takového odkupného je rovna hodnotě podílů dodatečného běžného pojistného ke dni jejich rušení pro účely výplaty odkupného.

18.5 Právo na část odkupného za podíly na podílovém účtu mimořádného pojistného není jakkoli podmíněno. Výše takového odkupného je rovna hodnotě podílů mimořádného pojistného ke dni jejich rušení pro účely výplaty odkupného.

18.6 Výše odkupného vypláceného oprávněné osobě v případě smrti hlavního pojištěného, na kterou se vztahuje výluka podle VPPŽP, je rovna kapitálové hodnotě pojištění ke dni doručení oznámení o smrti hlavního pojištěného pojišťovně (je-li však takové oznámení doručeno pojišťovně až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se tato hodnota k poslednímu dni hlavní pojistné doby).

18.7 Zaniká-li pojištění FairLife převodem kapitálové hodnoty pojištění podle článku 19, nárok na odkupné nevzniká.

19 Zánik pojištění s převedením kapitálové hodnoty pojištění

19.1 Pojišťovna může na návrh pojistníka převést kapitálovou hodnotu pojištění na jinou pojistnou smlouvu, kterou má pojistník sjednanou s pojišťovnou. Výše převedené kapitálové hodnoty je rovna hodnotě všech podílů připsaných na podílovém účtu ke dni rušení podílů. Je-li pojistník odlišný od hlavního pojištěného, vyžaduje se k převodu kapitálové hodnoty pojištění písemný souhlas hlavního pojištěného.

19.2 Převodem kapitálové hodnoty pojištění FairLife zaniká.

20 Pojištění bez placení pojistného

20.1 Počínaje 3. pojistným rokem je pojistník oprávněn převést pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného, a to za podmínky, že bylo uhrazeno celkové běžné pojistné za první 2 pojistné roky a ke dni takového převodu dosáhne hodnota podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného minimálně částky stanovené v Sazebníku a budou splněny další případné podmínky stanovené v Sazebníku aktuálním ke dni takového převodu.

20.2 Ke dni převodu pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného se klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného snižují na nulu a zanikají všechna připojištění a opce sjednaná pro hlavního a vedlejšího pojištěného, připojištění sjednaná pro pojištěné dítě a současně zaniká i pojištění vedlejšího pojištěného a pojištěného dítěte.

20.3 Pojistník může při převodu pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného snížit také pevnou složku pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného až na minimální výši stanovenou v Sazebníku. Bude-li pevná složka pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného takto snížena, bude z podílového účtu nadále odečítáno odpovídající rizikové pojistné. Nebude-li pevná složka pojistné částky takto snížena, její výše sjednaná v pojistné smlouvě se nemění a z podílového účtu bude odečítáno související rizikové pojistné.

20.4 Ke dni převodu pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného bude z podílového účtu odečtena část podílů běžného pojistného, jejichž hodnota odpovídá dlužnému pojistnému za klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného, za připojištění, za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného a pojištěného dítěte a dlužnému opčnímu poplatku.

20.5 Převod pojištění FairLife do stavu bez placení pojistného ani případné snížení pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného podle odstavce 20.3 se jakkoli nedotýká odečítání poplatků z podílového účtu.

20.6 Při převodu pojištění FairLife na pojištění bez placení pojistného zaniká garance se všemi souvisejícími důsledky, včetně zániku pojištění z důvodu nulové hodnoty podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného.

20.7 Pojištění FairLife zaniká dnem, kdy hodnota podílů na podílovém účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného dosáhne nuly. Pokud však bylo uhrazeno jakékoli mimořádné pojistné, bude za podíly z něj vytvořené poskytnuto odkupné.

21 Připojištění

21.1 Spolu s pojištěním FairLife lze sjednat níže uvedená připojištění, která se řídí příslušnými Zvláštními pojistnými podmínkami a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2.

21.2 Pouze společně s pojištěním hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného lze sjednat následující připojištění:

a) Smrt úrazem,
b) Náhlá smrt,
c) Smrt při dopravní nehodě,
d) Trvalé následky úrazu s progresí 850 % a pamětí,
e) Následky úrazu,
f) Doba nezbytné léčby úrazu,
g) Doba nezbytné léčby úrazu s progresí,
h) Chirurgický zákrok,
i) Chirurgický zákrok po úrazu,
j) Invalidita 1+2+3,
k) Invalidita 2+3,
l) Invalidita 3,
m) Invalidita 4,
n) Závažná onemocnění Standard,
o) Závažná onemocnění Standard Plus,
p) Závažná onemocnění Premium,
q) Karcinom in situ,
r) Závažné komplikace cukrovky,
s) Pracovní neschopnost,
t) Pracovní neschopnost po úrazu,
u) Hospitalizace,
v) Hospitalizace po úrazu,
w) Rekonvalescence,
x) Rekonvalescence po úrazu,
y) Zlomeniny a popáleniny,
z) Sirotčí plnění.

21.3 Pouze pro hlavního pojištěného lze sjednat také připojištění Zproštění od placení pojistného.

21.4 Pouze společně s pojištěním pojištěného dítěte lze sjednat následující připojištění:

a) Trvalé následky úrazu s progresí 850 % a pamětí,
b) Následky úrazu,
c) Doba nezbytné léčby úrazu,
d) Doba nezbytné léčby úrazu s progresí,
e) Chirurgický zákrok,
f) Chirurgický zákrok po úrazu,
g) Invalidita dítěte,
h) Snížená soběstačnost dítěte,
i) Závažná dětská onemocnění,
j) Závažná dětská onemocnění Premium,
k) Hospitalizace,
l) Hospitalizace po úrazu,
m) Rekonvalescence,
n) Rekonvalescence po úrazu,
o) Zlomeniny a popáleniny,
p) Smrt úrazem.

21.5 Připojištění pojištěného dítěte se sjednávají na dobu určitou. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednána doba kratší, sjednávají se připojištění daného pojištěného dítěte do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy to které pojištěné dítě dosáhne věku 25 let (případně věku 26 let, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny toho kterého pojištěného dítěte), nejdéle však do konce hlavní pojistné doby.

22 Opce

22.1 Spolu s pojištěním FairLife lze sjednat Opci na navýšení pojistné ochrany bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu (také jen „opci“), která se řídí příslušnými Zvláštními smluvními ujednáními.

22.2 Pouze společně s pojištěním hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného lze sjednat opci k následujícím druhům pojištění a připojištění:

a) Pojištění pro případ smrti,
b) Invalidita 2+3,
c) Invalidita 3,
d) Závažná onemocnění Standard,
e) Závažná onemocnění Standard Plus,
f) Závažná onemocnění Premium.

22.3 Opci nelze sjednat k připojištěním dle odstavce 22.2, která mají zvolenou výplatu pojistného plnění ve formě pravidelné penze.

23 Balíček úvěrová asistence

23.1 V pojistné smlouvě může být sjednána jedna tzv. úvěrová asistence. Úvěrová asistence může být sjednaná samostatně pro hlavního pojištěného nebo společně pro hlavního a jednoho vedlejšího pojištěného.

23.2 Úvěrová asistence představuje kombinaci zvýšení pojistné částky pro případ smrti o klesající složku a minimálně 1 z níže uvedených připojištění, současně sjednaných k pojištění příslušného pojištěného:

a) Invalidita 2+3,
b) Invalidita 3,
c) Závažná onemocnění Standard,
d) Závažná onemocnění Standard Plus.

23.3 Není-li v těchto ZPP FL uvedeno jinak, řídí se výše uvedená připojištění příslušnými Zvláštními pojistnými podmínkami.

23.4 V rámci úvěrové asistence je možné vyplatit pojistné plnění vždy pouze z jednoho pojistného krytí, a to z toho, u kterého vznikne nárok na celé pojistné plnění nejdříve. Toto ustanovení neplatní při současné smrti hlavního i vedlejšího pojištěného dle odstavce 23.7.

23.5 V případě kombinované výplaty pojistného plnění nezaniká připojištění Invalidita 2+3 a Invalidita 3 sjednané v rámci úvěrové asistence doručením posudku o invaliditě pojišťovně, ale až výplatou druhé dávky z tohoto připojištění.

23.6 Pokud nastane v rámci úvěrové asistence pojistná událost z připojištění Závažná onemocnění Standard nebo Závažná onemocnění Standard Plus nebo dojde ke smrti pojištěného v době od data doručení posudku o invaliditě pojišťovně do data, kdy vznikne nárok na pojistné plnění z připojištění Invalidita 2+3 nebo Invalidita 3, bude vyplaceno pojistné plnění z té pojistné události, ze které by vzniklo právo na celé pojistné plnění dříve, maximálně však do výše pojistné částky sjednané pro úvěrovou asistenci příslušného pojištěného ke dni této pojistné události snížené o hodnotu první vyplacené dávky z připojištění Invalidita 2+3 nebo Invalidita 3.

23.7 Pokud je úvěrová asistence sjednána společně pro hlavního a vedlejšího pojištěného, pak při současné smrti hlavního a vedlejšího pojištěného vyplatí pojišťovna pojistné plnění z úvěrové asistence v hodnotě:

a) Vyšší z obou klesajících složek pojistných částek pro případ smrti sjednaných v rámci úvěrové asistence platných ke dni úmrtí, pokud jsou tyto částky pro hlavního a vedlejšího pojištěného různé.

Zároveň je stanoveno, že pojistné plnění bude mezi obmyšlené osoby hlavního a vedlejšího pojištěného rozděleno ve stejném poměru, v jakém k sobě byly aktuální výše klesajících složek pojistných částek pro hlavního a vedlejšího pojištěného k datu jejich současné smrti.

Jestliže je v pojistné smlouvě určeno více obmyšlených osob, kterým vznikne nárok na pojistné plnění v případě smrti hlavního a vedlejšího pojištěného, bude část pojistného plnění náležející jim podle předchozí věty rozdělena ve stanoveném poměru určeném pojistníkem.

b) 50 % klesající složky pojistné částky sjednané v rámci úvěrové asistence pro hlavního pojištěného a 50 % klesající složky pojistné částky sjednané v rámci pojistné částky pro vedlejšího pojištěného, pokud jsou obě částky platné k datu úmrtí ve stejné výši.

Zároveň je stanoveno, že pojistné plnění bude mezi obmyšlené osoby hlavního a vedlejšího pojištěného rozděleno v poměru 50 %:50 %.

Jestliže je v pojistné smlouvě určeno více obmyšlených osob, kterým vznikne nárok na pojistné plnění v případě smrti hlavního a vedlejšího pojištěného, bude část pojistného plnění náležející jim podle předchozí věty rozdělena ve stanoveném poměru určeném pojistníkem.

Celé toto ustanovení se vztahuje výhradně na úvěrovou asistenci.

23.8 Při zániku posledního připojištění sjednaného v rámci úvěrové asistence pro příslušného pojištěného se klesající složka pojistné částky pro případ smrti tohoto pojištěného sjednaná v rámci úvěrové asistence snižuje na nulu.

23.9 Ke dni snížení klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného sjednané v rámci úvěrové asistence na nulu zanikají všechna připojištění příslušného pojištěného sjednána v rámci úvěrové asistence.

23.10 Ke dni zániku kteréhokoli připojištění sjednaného v rámci úvěrové asistence z důvodu pojistné události nebo z důvodu události v čekací době, která by jinak byla pojistnou událostí, se klesající složka pojistné částky pro případ smrti hlavního i vedlejšího pojištěného sjednaná v rámci úvěrové asistence snižuje na nulu a všechna připojištění hlavního i vedlejšího pojištěného sjednaná v rámci úvěrové asistence zanikají.

Výplatou celého pojistného plnění z jakéhokoli krytí hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného sjednaného v rámci úvěrové asistence všechna tato krytí zanikají, a to bez ohledu na skutečnost, zda k pojistné události došlo u hlavního nebo vedlejšího pojištěného.

23.11 Pokud úvěrová asistence zanikne v důsledku události v čekací době, která by jinak byla pojistnou událostí, vrátí pojišťovna příslušné zaplacené pojistné pojistníkovi.

24 Obecně k investičním strategiím

24.1 Každá z investičních strategií, ze kterých může pojistník volit, je vztažena ke konkrétním aktivům pojišťovny, která se od sebe liší mírou výnosnosti i souvisejícího rizika (dále jen „podkladová aktiva“). Podkladová aktiva a výnosy z nich plynoucí jsou vlastnictvím pojišťovny a pojištění FairLife proto nezakládá právo na jakákoli taková podkladová aktiva ani výnosy z nich plynoucí.

24.2 Připisování podílů jednotlivých investičních strategií na podílový účet je pouze pomyslné a slouží výhradně ke stanovení výše pojistného plnění, odkupného a případných jiných plnění z pojištění FairLife.

24.3 Podíly investiční strategie mohou být vytvořeny pouze tehdy, pokud jsou do portfolia podkladových aktiv, k nimž je vztažena investiční strategie, přidána aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě vytvářených podílů.

24.4 Vzhledem k charakteru investičních strategií není hodnota podílů pojišťovnou garantována, může tedy dojít k jejímu růstu i poklesu. Předchozí věta se nevztahuje pouze na investiční strategii s garancí, u které pojišťovna garantuje, že prodejní cena podílů nepoklesne pod garantované zhodnocení.

24.5 Hodnota všech podílů umístěných v konkrétní investiční strategii bude poměrně zvyšována o jakékoli výnosy a zhodnocení podkladových aktiv, ke kterým je taková investiční strategie vztažena, po odečtení případného zdanění.

24.6 S výjimkou odstavce 25.2 mohou být z portfolia podkladových aktiv, k nimž je vztažena investiční strategie, odebrána podkladová aktiva pouze tehdy, pokud jsou v investiční strategii zrušeny podíly, jejichž hodnota odpovídá hodnotě odebíraných podkladových aktiv.

24.7 Pojišťovna může měnit složení investičních strategií, tj. může stanovit další investiční strategie nebo sloučit, rozdělit či uzavřít existující investiční strategie. Pojišťovna oznámí jakoukoli takovou změnu pojistníkovi. V tomto oznámení současně stanoví přiměřenou lhůtu, ve které může pojistník určit, do jaké investiční strategie chce dotčené podíly převést. Pokud pojistník v příslušné lhůtě pojišťovně nesdělí svůj požadavek na převod dotčených podílů, převede pojišťovna tyto podíly do investiční strategie s obdobnými parametry včetně výnosnosti a rizikovosti, jako měla stávající investiční strategie, uvedená v příslušném oznámení. Převod bude proveden bezplatně a tak, aby zůstala zachována hodnota převáděných podílů ke dni takového převodu.

24.8 Pojišťovna může kdykoli uzavřít vstup do investiční strategie pro účely specifikované v článcích 4, 6, 27, 28 a 29.

25 Oceňování podkladových aktiv a stanovení hodnoty podílů

25.1 Pojišťovna provádí ocenění podkladových aktiv minimálně jednou za kalendářní měsíc, a to v závislosti na jejich tržní hodnotě (dále jen „ocenění“).

25.2 Pojišťovna od hodnoty podkladových aktiv zjištěné oceněním odečte:

a) všechny náklady, srážky a jiné poplatky přímo spojené se spravováním investiční strategie, včetně výdajů na pořízení, prodej, oceňování a správu těchto podkladových aktiv,

b) všechny daňové srážky spojené s těmito podkladovými aktivy a jiné srážky spojené s investiční strategií, které pojišťovna uzná skutečným nebo potenciálním závazkem z těchto podkladových aktiv, a úroky z výpůjček v souvislosti s investiční strategií,

c) poplatek za jejich správu ve výši stanovené pojišťovnou v Sazebníku. Tento poplatek je odečítán v poměrných částech, a to při každém oceňování.

25.3 Pojišťovna provede všechna rozhodnutí týkající se oceňování podkladových aktiv, k nimž je investiční strategie vztažena, a je oprávněna stanovit správce portfolia odpovědného za správu těchto podkladových aktiv.

26 Stanovení cen podílů investiční strategie

26.1 Nákupní a prodejní cena podílů jednotlivých investičních strategií je stanovována pojišťovnou každý oceňovací den. Nákupní cena odpovídá podílu hodnoty podkladových aktiv po odečtení částek podle odstavce 25.2 a celkového počtu podílů dané investiční strategie. Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílů činí 5 % z prodejní ceny podílů.

27 Převod podílů mezi investičními strategiemi

27.1 Pojistník je oprávněn převádět podíly připsané na podílovém účtu mezi jednotlivými investičními strategiemi. Na žádost pojistníka v písemné formě pojišťovna zruší podíly zvolených investičních strategií připsané na podílovém účtu (nebo jejich část) a nahradí je podíly jiných zvolených investičních strategií tak, aby hodnota nově vytvořených podílů odpovídala hodnotě zrušených podílů.

27.2 Budou-li splněny podmínky podle tohoto článku, bude tento převod proveden za prodejní ceny podílů příslušných investičních strategií nejpozději ke dnu následujícímu po předání žádosti o tento převod pojišťovně, případně k jinému pozdějšímu dnu uvedenému v žádosti pojistníka.

27.3 První převod podílů mezi investičními strategiemi v každém pojistném roce není zpoplatněn. Za každý další převod podílů ve stejném pojistném roce bude z podílového účtu odečten poplatek za převod podílů ve výši uvedené v Sazebníku.

27.4 Je-li v Sazebníku stanoven maximální počet převodů podílů, časové omezení pro uskutečnění prvního převodu, minimální hodnota převáděných podílů a/nebo nejnižší možná hodnota podílů, která musí zůstat v jednotlivých investičních strategiích po převodu, je podmínkou provedení převodu podílů mezi investičními strategiemi dodržení těchto pravidel. V opačném případě nebude tato změna provedena a pojišťovna vyzve pojistníka k úpravě příslušné žádosti.

28 Změna alokace pojistného

Pojistník si může nastavit alokační poměr při sjednání pojištění. Zvolený alokační poměr pak může kdykoli během trvání pojištění změnit a rovněž může kdykoli provést převod podílů do jiných investičních strategií. Jedna změna alokačního poměru a jeden převod podílů ročně jsou zdarma, další změny a převody jsou zpoplatněny dle Sazebníku.

28.1 Pojistník je oprávněn změnit investiční strategii, do které se alokuje běžné a dodatečné běžné pojistné, či změnit poměr, ve kterém se běžné a dodatečné běžné pojistné alokuje do jednotlivých investičních strategií.

28.2 Budou-li splněny podmínky podle tohoto článku, bude tato změna provedena nejpozději ke dni následujícímu po předání žádosti o její provedení v písemné formě pojišťovně. Tato změna je možná, pouze pokud jsou řádně uhrazeny všechny splátky běžného a dodatečného běžného pojistného.

28.3 První změna alokace v každém pojistném roce není zpoplatněna. Za každou další změnu alokace ve stejném pojistném roce bude z podílového účtu odečten poplatek za změnu alokace ve výši uvedené v Sazebníku.

28.4 Je-li v Sazebníku stanovena minimální a maximální část pojistného, kterou lze alokovat do jednotlivých investičních strategií, bude změna alokace podle tohoto článku provedena, pouze pokud bude požadavek pojistníka odpovídat těmto limitům. V opačném případě nebude tato změna provedena a pojišťovna vyzve pojistníka k úpravě příslušné žádosti.

29 Asistovaná správa podílového účtu

29.1 Pojistník může namísto konkrétní investiční strategie či kombinace konkrétních investičních strategií zvolit tzv. asistovanou správu podílového účtu (dále jen „asistovaná správa“).

29.2 V rámci asistované správy je uhrazené pojistné převedeno na podíly investičních strategií ve stanoveném alokačním poměru a následně převáděno mezi jednotlivými investičními strategiemi nikoli podle volby pojistníka, ale automaticky podle pravidel stanovených v tomto článku a v Sazebníku, a to v závislosti na pojistníkem zvolené variantě asistované správy podle následujícího odstavce. Tyto změny probíhají automaticky v pravidelných intervalech (dále jen „období“), a to počínaje zahajovacím dnem.

29.3 Asistovaná správa nabývá účinnosti ke dni počátku pojištění FairLife nebo ke dni sjednání příslušného mimořádného pojistného, resp. ke dni následujícímu po doručení oznámení o volbě asistované správy pojišťovně, byla-li zvolena později (dále jen „den počátku asistované správy“).

29.4 Asistovanou správu lze zvolit v jedné ze 3 variant – Konzervativní, Vyvážená nebo Dynamická. Jednotlivé varianty se od sebe liší výnosností související s rizikovostí v závislosti na složení podkladových aktiv. Pro tyto účely jsou jednotlivé investiční strategie rozděleny do následujících 3 skupin (dále jen „skupiny"), které se odlišují rizikovým profilem podkladových aktiv:

Skupina I:

Do této skupiny jsou zařazeny investiční strategie, jejichž podkladová aktiva jsou představována zejména investičními nástroji s nízkou mírou rizika (např. bankovní vklady a ostatní nástroje peněžního trhu), a to přímo či formou cenných papírů kolektivního investování.

Skupina II:

Do této skupiny jsou zařazeny investiční strategie, jejichž podkladová aktiva jsou představována zejména investičními nástroji se střední mírou rizika (např. dluhopisy a ostatní cenné papíry s pevným výnosem nebo cenné papíry s obdobným rizikovým profilem), a to přímo či formou cenných papírů kolektivního investování.

Skupina III:

Do této skupiny jsou zařazeny investiční strategie, jejichž podkladová aktiva jsou představována zejména investičními nástroji s vysokou mírou rizika (např. akcie, komodity, indexové certifikáty a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem), a to přímo či formou cenných papírů kolektivního investování.

29.5 Umisťování podílů v rámci asistované správy začíná tzv. zahajovacím dnem, kterým je pro jednotlivé varianty asistované správy níže uvedené výročí pojištění před koncem hlavní pojistné doby sjednané při uzavírání pojistné smlouvy, resp. den počátku asistované správy, nastal-li po takovém dni (dále jen „zahajovací den").

Zvolená varianta asistované správy	Zahajovací den – výročí pojištění před koncem původně sjednané pojistné doby
Konzervativní	4.
Vyvážená	7.
Dynamické	10.

29.6 Ke dni počátku asistované správy je nastaven alokační poměr tak, aby odpovídal zastoupení jednotlivých Skupin platnému pro zahajovací den, a proveden převod podílů mezi investičními strategiemi tak, aby hodnota příslušných podílů po převodu odpovídala tomuto alokačnímu poměru.

Co by Vás mohlo zajímat
Zastoupení jednotlivých Skupin platné pro jednotlivá období a aktuální zastoupení konkrétních investičních strategií v jednotlivých Skupinách naleznete v dokumentu Sazebník, který je dostupný na našich internetových stránkách www.metlife.cz.

Vždy je nutné vycházet z platné verze Sazebníku ke dni alokace podílů.

29.7 Počínaje zahajovacím dnem je na počátku každého období stanoveného v Sazebníku asistované správy, minimálně však jednou za 3 měsíce, nastaven alokační poměr tak, aby odpovídal zastoupení jednotlivých Skupin platnému pro dané období, a proveden převod podílů mezi investičními strategiemi tak, aby hodnota příslušných podílů po převodu odpovídala tomuto alokačnímu poměru. Aktuální zastoupení jednotlivých Skupin platné pro jednotlivá období a aktuální zastoupení konkrétních investičních strategií v jednotlivých Skupinách zveřejňuje pojišťovna v Sazebníku.

29.8 Pojišťovna je povinna minimálně jednou za 12 měsíců přehodnotit a případně upravit zastoupení konkrétních investičních strategií v jednotlivých Skupinách i zastoupení Skupin platné pro jednotlivá období.

29.9 Asistovaná správa konkrétních podílů umístěných v rámci asistované správy automaticky zaniká, převede-li pojistník takové podíly do jiné jím zvolené investiční strategie a/nebo změní-li alokační poměr. Pro ostatní podíly umístěné v rámci asistované správy nadále platí pravidla alokace podle tohoto článku.

29.10 Pojistník je oprávněn kdykoli zrušit asistovanou správu. Asistovaná správa v takovém případě zaniká nejpozději dnem následujícím po doručení příslušné žádosti pojistníka pojišťovně, není-li dohodnuto jinak. Nestanoví-li pojistník jinak, platí od tohoto dne alokační poměr platný ke dni zrušení asistované správy.

29.11 Z podílového účtu budou v souvislosti s asistovanou správou odečítány poplatky za změnu alokace v rámci asistované správy a tzv. poplatek za převod podílů v rámci asistované správy.

Co by Vás mohlo zajímat
Tyto poplatky naleznete v dokumentu Přehled poplatků za správu aktiv v investičních strategiích, který naleznete na našich Internetových stránkách www.metlife.cz.

Vždy je nutné vycházet z platné verze dokumentu ke dni provedení odečtu poplatku.

30 Právo na odložení zrušení a/nebo odložení převodu podílů

30.1 Pojišťovna je oprávněna v odůvodněných případech (zejména v případech vyšší moci) odložit zrušení a/nebo převod podílů mezi jednotlivými investičními strategiemi podle článků 17, 18, 19, 20, 27 a 29 za podmínek uvedených v tomto článku. O takovém odkladu je pojišťovna povinna písemně informovat pojistníka.

30.2 Zrušení a/nebo převod podílů mezi jednotlivými investičními strategiemi mohou být odloženy až o 1 měsíc. V případě, kdy jsou rušeny a/nebo převáděny podíly investiční strategie, která je vztažena k podkladovým aktivům představovaným nemovitostmi a/nebo hmotným movitým majetkem, mohou být zrušení a/nebo převod podílů odloženy až o 6 měsíců.

30.3 Případný rozdíl v hodnotě rušených podílů způsobený odložením zrušení a/nebo odložením převodu podílů nese pojistník.

31 Slovníček pojmů

Co by Vás mohlo zajímat
Určité výrazy používané v těchto ZPP FL mohou mít definovaný význam. Jedná se o výrazy definované ve VPPŽP a dále o výrazy definované níže v tomto článku. Další definice mohou být uvedeny i v textu jiných článků VPPŽP nebo ZPP FL ve formě „dále jen".

V těchto ZPP FL platí definice uvedené ve VPPŽP a další definice uvedené níže:

31.1 **Hlavní pojištěný** – osoba ve vstupním věku minimálně 16 let, pro kterou je sjednáno pojištění hlavního pojištěného.

31.2 **Vedlejší pojištěný** – osoba ve vstupním věku minimálně 16 let, pro kterou je sjednáno pojištění vedlejšího pojištěného nebo alespoň jedno připojištění, pokud je určena v pojistné smlouvě.

31.3 **Pojištěné dítě** – osoba ve vstupním věku nejvýše 15 let, pro kterou je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pojištěného dítěte a alespoň jedno připojištění, pokud je určena v pojistné smlouvě.

31.4 **Hlavní pojistná doba** – doba určitá uvedená v pojistné smlouvě nebo stanovená podle těchto ZPP FL, na kterou se sjednává pojištění hlavního pojištěného.

31.5 **Pojistné období** – časové období, za které se platí běžné pojistné. Délka pojistného období pro pojištění FairLife je 1 rok. První pojistné období začíná v den počátku pojištění FairLife.

31.6 **Pojistný rok** – každý rok trvání pojištění FairLife počínající dnem počátku pojištění hlavního pojištěného. V případě, že v průběhu trvání pojištění FairLife dojde ke sjednání dodatečného běžného pojistného, každý rok trvání pojištění FairLife počínající dnem, od kterého je pojistník povinen platit příslušné dodatečné běžné pojistné.

31.7 **Běžné pojistné** – dílčí část celkového běžného pojistného placeného pojistníkem za pojistná období buď najednou za celý rok, anebo v pravidelných splátkách ve výši sjednané v pojistné smlouvě. Běžné pojistné nezahrnuje běžné pojistné za klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného, pojistné za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného, pojistné za pojištění pro případ smrti pojištěného dítěte, pojistné za připojištění ani opční poplatek.

31.8 **Dodatečné běžné pojistné** – dílčí část celkového běžného pojistného, která je v souladu s článkem 5 placená pojistníkem v pravidelných splátkách spolu s běžným pojistným, a to ve stejné frekvenci, ve výši sjednané v pojistné smlouvě.

31.9 **Běžné pojistné za klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného** – dílčí část celkového běžného pojistného za klesající složky pojistné částky pro případ smrti sjednané pro hlavního pojištěného v rámci pojistné smlouvy, která je placená pojistníkem v pravidelných splátkách spolu s běžným pojistným.

31.10 **Běžné pojistné za pojištění hlavního pojištěného** – součet běžného pojistného, běžného pojistného za klesající složky pojistné částky pro případ smrti a dodatečného běžného pojistného stanovený v pojistné smlouvě za každé dohodnuté pojistné období, který je placený pojistníkem v pravidelných splátkách.

31.11 **Pojistné za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného** – dílčí část celkového běžného pojistného za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného v součtu za pevnou i klesající složky pojistné částky v rámci pojistné smlouvy, která je placená pojistníkem v pravidelných splátkách spolu s běžným pojistným, a to ve stejné frekvenci, ve výši sjednané v pojistné smlouvě.

31.12 **Pojistné za pojištění pro případ smrti pojištěného dítěte** – dílčí část celkového běžného pojistného za pojištění pro případ smrti pojištěného dítěte v rámci pojistné smlouvy, která je placená pojistníkem v pravidelných splátkách spolu s běžným pojistným, a to ve stejné frekvenci, ve výši sjednané v pojistné smlouvě.

31.13 **Pojistné za připojištění** – dílčí část celkového běžného pojistného za všechna připojištění sjednaná pro hlavního pojištěného, všechna připojištění sjednaná pro vedlejšího pojištěného a za všechna připojištění sjednaná pro pojištěné dítě v rámci pojistné smlouvy, která je placená pojistníkem v pravidelných splátkách spolu s běžným pojistným, a to ve stejné frekvenci, ve výši sjednané v pojistné smlouvě.

31.14 **Opční poplatek** – poplatek za možnost navýšení pojistné ochrany bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu. Pro účely těchto ZPP FL je to dílčí část celkového běžného pojistného za všechny Opce hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného v rámci pojistné smlouvy, která je placená pojistníkem v pravidelných splátkách spolu s běžným pojistným, a to ve stejné frekvenci, ve výši sjednané v pojistné smlouvě.

31.15 **Celkové běžné pojistné** – součet běžného pojistného, běžného pojistného za klesající složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného, dodatečného běžného pojistného, pojistného za pojištění pro případ smrti vedlejšího pojištěného, pojistného za pojištění pro případ smrti pojištěného dítěte, pojistného za připojištění a opčního poplatku, stanovený v pojistné smlouvě za každé dohodnuté pojistné období, který je placený pojistníkem v pravidelných splátkách.

31.16 **Pojistná částka** – představuje maximální limit plnění v případě pojistné události sjednaný v konkrétní pojistné smlouvě.

Pojistná částka pro případ smrti sjednaná v pojistné smlouvě pro hlavního nebo vedlejšího pojištěného se skládá z pevné složky a z klesajících složek, podle toho, co je uvedeno v pojistné smlouvě.

Pokud bylo spolu s pojištěním hlavního pojištěného nebo s pojištěním vedlejšího pojištěného a/nebo pojištěného dítěte sjednáno také připojištění, může být pro každé připojištění každé pojištěné osoby sjednána odlišná pojistná částka.

31.17 **Klesající složka pojistné částky** – složka pojistné částky uvedená v pojistné smlouvě, která klesá lineárně nebo dle zvoleného úroku z úvěru v závislosti na sjednané výši této pojistné částky a sjednané pojistné době. Klesající složka může být sjednána, vedle pojistného plnění z pojištění pro případ smrti pojištěného, také samostatně pro vybraná připojištění hlavního nebo vedlejšího pojištěného podle odstavce 21.2 a v rámci pojištění úvěrové asistence podle článku 23.

31.18 **Investiční strategie** – interní investiční strategie ustanovená výlučně pro účely investičního životního pojištění.

31.19 **Oceňovací den** – den, kdy jsou stanoveny prodejní a nákupní ceny podílů jednotlivých investičních strategií podle odstavce 25.1.

31.20 **Nákupní cena** – cena stanovená pojišťovnou podle článku 26 použitá pro vytváření podílů jednotlivých investičních strategií.

31.21 **Prodejní cena** – cena stanovená pojišťovnou podle článku 26 použitá pro rušení podílů jednotlivých investičních strategií či jejich převody nebo jakékoli další nakládání s takovými podíly.

31.22 **Podíl** – poměrný díl investiční strategie stanovený pro účely plnění z pojištění hlavního pojištěného.

31.23 **Podílový účet** – individuální pomyslný účet spravovaný pojišťovnou ke každé pojistné smlouvě, na který se připisují podíly jednotlivých investičních strategií běžného a/nebo dodatečného běžného a/nebo mimořádného pojistného.

31.24 **Hodnota podílů** – počet podílů připsaných na podílovém účtu vynásobený jejich příslušnou prodejní cenou.

31.25 **Fond srážek** – součet rizikového pojistného a poplatků, o které nemohla být snížena hodnota podílového účtu běžného a/nebo dodatečného běžného pojistného podle článku 8 v důsledku jeho nepostačitelnosti; fond srážek je evidován, pouze pokud má kladný zůstatek.

31.26 **Kapitálová hodnota pojištění** – hodnota všech podílů připsaných na podílovém účtu.

31.27 **Sazebník** – systematicky uspořádaný soubor sazeb, poplatků a jiných parametrů pojištění včetně předpisů pro jejich užívání, který je součástí pojistné smlouvy v aktuálním znění podle článku 10.

31.28 **Preferované datum počátku** – preferovaný den počátku pojištění zvolený pojistníkem na návrhu na uzavření pojistné smlouvy. Návrh na uzavření pojistné smlouvy bude k tomuto dni pojišťovnou akceptován za předpokladu splnění všech nutných podmínek.

MetLife

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO NEŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 Úvodní ustanovení (Čím se pojištění řídí)

1.1 Účinnost těchto Všeobecných pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Úrazové pojištění, pojištění nemoci (včetně případů, kdy jsou tato pojištění sjednána jako připojištění k životnímu pojištění) a případná doplňková pojištění se řídí pojistnou smlouvou, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami VPPNP 1.2 a příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami, které společně tvoří součást pojistné smlouvy.

1.3 Pojištění se řídí českým právem a vztahují se na něj příslušná ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen občanský zákoník).

1.4 Ustanovení pojistné smlouvy mají přednost před ustanoveními pojistných podmínek. Ustanovení zvláštních pojistných podmínek mají přednost před ustanoveními všeobecných pojistných podmínek a ustanovení všeobecných pojistných podmínek mají přednost před občanským zákoníkem.

Příklad z praxe
Pokud se stejná situace řeší jinak ve zvláštních pojistných podmínkách a jinak ve všeobecných pojistných podmínkách, tak platí to, co je ve zvláštních, protože mají přednost před všeobecnými.

Máte nestandardní požadavek, který pojistné podmínky nezohledňují? Některé situace lze jednoduše vyřešit individuálním nastavením přímo v pojistné smlouvě.

1.5 Není-li ve zvláštních pojistných podmínkách výslovně uvedeno jinak, pojištění se sjednává jako obnosové.

2 Druhy pojištění

2.1 V pojistné smlouvě může být sjednáno pojištění zejména pro případ následujících pojistných nebezpečí:

a) Smrt úrazem,
b) Náhlá smrt,
c) Smrt při dopravní nehodě,
d) Následky úrazu,
e) Trvalé následky úrazu,
f) Doba nezbytné léčby úrazu,
g) Hospitalizace,
h) Chirurgický zákrok,
i) Rekonvalescence,
j) Zlomeniny a popáleniny,
k) Pracovní neschopnost,
l) Invalidita,
m) Invalidita dítěte,
n) Závažná onemocnění,
o) Závažné komplikace cukrovky,
p) Ošetřovné,
q) Snížená soběstačnost dítěte.

2.2 Pojistná nebezpečí a pojistná událost jsou pro dané pojištění vždy vymezeny v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.

2.3 Některá z výše uvedených druhů pojištění mohou být sjednána jako připojištění k základnímu životnímu pojištění. Pojišťovna je oprávněna stanovit, která z pojištění mohou být jako připojištění sjednána a zároveň stanovit jejich přípustné kombinace či omezení.

3 Pojistný zájem

3.1 Pojistná smlouva je uzavřena mezi pojišťovnou a pojistníkem. Osoba, na jejíž život či zdraví se toto pojištění vztahuje, je pojištěným. Osoba, které v důsledku pojistné události na základě tohoto pojištění vznikne právo na pojistné plnění, je oprávněnou osobou. Oprávněnou osobou je v případě smrti pojištěného obmyšlený.

Kdo je kdo
Pojišťovna je MetLife Europe d.a.c., založená podle irského právního řádu, jednající prostřednictvím MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku.

Pojistník je ten, kdo uzavírá smlouvu a platí pojistné.

Pojištěný je ten, na koho se pojištění vztahuje.

Oprávněná osoba je ten, kdo má právo na plnění.

Obmyšlený je ten, kdo má právo na plnění v případě smrti pojištěného.

V praxi se samozřejmě může stát, že jedna osoba vystupuje ve více rolích současně. Například když se klient pojistí pro případ smrti ve prospěch své manželky, tak je klient současně pojistníkem i pojištěným a obmyšleným je jeho manželka.

3.2 V případě, že je pojištěný či oprávněná osoba odlišná od pojistníka, musí při uzavírání pojistné smlouvy i během jejího trvání existovat pojistný zájem pojistníka na takovém pojištění. Pojistný zájem se prokazuje souhlasem pojištěného.

3.3 Pojistník je povinen informovat pojišťovnu, pokud v průběhu trvání pojištění jeho pojistný zájem zanikne. V takovém případě zanikne i příslušné pojištění; pojišťovna má však právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděla.

4 Pojištění cizího pojistného nebezpečí

Pokud jste současně pojistníkem i pojištěným, můžete tento článek úplně přeskočit.

4.1 Pokud pojistník není současně pojištěným, jedná se o pojištění cizího pojistného nebezpečí, které je možné sjednat ve prospěch pojistníka, pojištěného či jiné oprávněné osoby.

4.2 V případě, že je pojištění cizího pojistného nebezpečí sjednáno ve prospěch pojistníka či jiné oprávněné osoby než pojištěného, může pojistník či taková jiná osoba uplatnit právo na pojistné plnění pouze tehdy, pokud prokáže, že:

a) pojistník seznámil pojištěného s obsahem pojistné smlouvy, a

b) pojištěný si je vědom toho, že pojistné plnění nabude namísto něj pojistník či jiná oprávněná osoba a souhlasí s tím, aby pojistník či jiná oprávněná osoba pojistné plnění přijala.

4.3 Souhlas pojištěného podle předchozího odstavce je pojistník povinen prokázat nejpozději při uplatnění práva na pojistné plnění. Souhlas pojištěného není třeba, pokud je pojistník zákonným zástupcem pojištěného. V případě, že je uplatněn nárok na pojistné plnění, aniž by pojištěný souhlas udělil, má právo na pojistné plnění pojištěný nebo v případě jeho smrti osoby určené podle občanského zákoníku.

4.4 V případě, že je pojištění cizího pojistného nebezpečí sjednáno ve prospěch pojištěného, může pojištěný projevit souhlas s pojištěním až při uplatnění nároku na pojistné plnění.

4.5 Dnem smrti pojistníka se pojištěný stává pojistníkem. Oznámí-li však pojištěný pojišťovně v písemné formě do 30 kalendářních dnů ode dne smrti pojistníka, nejpozději však do 15 kalendářních dnů ode dne, kdy se o svém vstupu do pojištění dozvěděl, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti pojistníka.

Pojištění cizího pojistného nebezpečí je případ, kdy pojistník není současně pojištěným (např. manžel pojistí manželku).

Pokud by chtěl manžel uplatnit právo na plnění, musí mít souhlas pojištěného (tedy manželky).

5 Určení oprávněné osoby a obmyšleného

Pojistné plnění se při smrti pojištěného vyplatí obmyšlenému. Ten se určuje jménem (např. „Jana Nováková“) nebo vztahem k pojištěnému (např. zaškrtnutí políčka „manželka“) a v průběhu pojištění se může kdykoli změnit. Pokud pojistník nestanovil obmyšleného, určí se dle občanského zákoníku.

5.1 Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, může pojistník písemně určit jako oprávněnou osobu obmyšleného, a to buď jménem, nebo jeho vztahem k pojištěnému. Osoba obmyšleného je vždy odvolatelná a až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit, a to písemnou formou. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení o změně obmyšlené osoby pojišťovně. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, je možné určit nebo změnit osobu obmyšleného nebo při více obmyšlených podíly na pojistném plnění pouze s písemným souhlasem pojištěného.

5.2 Není-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby určené podle příslušných ustanovení občanského zákoníku.

5.3 Pokud byly splněny podmínky pro vznik práva na pojistné plnění a pojištěný či oprávněná osoba zemře před výplatou pojistného plnění, stává se pojistné plnění předmětem dědického řízení.

5.4 Je-li pojistnou událostí jiná událost než smrt pojištěného, je oprávněnou osobou pojištěný, není-li v pojistné smlouvě sjednáno jinak. Pokud je pojistné plnění poskytováno formou zproštění od placení pojistného, je oprávněnou osobou pojistník. Pojistník může v tomto případě uplatnit právo na pojistné plnění, pouze pokud nejpozději při uplatnění práva na pojistné plnění prokáže, že splnil povinnost seznámit pojištěného s obsahem smlouvy a disponuje souhlasem pojištěného ve smyslu článku 4.2 výše.

6 Uzavření pojistné smlouvy a její změny

Pojistná smlouva se uzavírá na základě vyplněného formuláře. Správný formulář a pomoc při jeho vyplnění Vám poskytne pojišťovací zprostředkovatel. Pokud by návrh byl chybně vyplněn, pojišťovna Vás bude informovat, co je potřeba upravit.

Podmínkou pro přijetí návrhu je především uhrazení zálohy na pojistné a souhlas k poskytnutí informací a zdravotnické dokumentace.

6.1 Pojistná smlouva se uzavírá na základě návrhu, který činí zájemce o pojištění pojišťovně. Zájemce o pojištění pro tento účel musí využít formulář pojišťovny v platném znění.

6.2 K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby byl návrh zájemce přijat ve lhůtě uvedené v návrhu, jinak do 2 měsíců od okamžiku, kdy byl návrh pojišťovně doručen, resp. do 3 měsíců, je-li uzavření smlouvy podmíněno lékařskou prohlídkou.

6.3 Pojišťovna nepřijme návrh zájemce, u kterého ode dne jeho vyhotovení do dne doručení pojišťovně uběhl více než 1 měsíc. Pojišťovna dále nepřijme návrh zájemce, dokud jí zájemce nezaplatil požadovanou zálohu na pojistné. Tuto podmínku může pojišťovna prominout a přijmout návrh i před zaplacením zálohy na pojistné. Pojišťovna rovněž nepřijme návrh, pokud pojištěný odmítne dát souhlas k poskytnutí zpráv a zdravotnické dokumentace ošetřujícím lékařem pověřenému zdravotnickému zařízení.

6.4 Pojišťovna přijme pouze úplně, přesně a čitelně vyplněný formulář. Pokud doručený návrh tyto náležitosti nemá, může jej pojišťovna vrátit zájemci k doplnění, popř. může připojit dotazy vztahující se k pojištění. Toto vrácení návrhu zájemci se nepovažuje za přijetí návrhu a zaslání opraveného návrhu zájemcem pojišťovně se považuje za nový návrh na uzavření pojistné smlouvy. Pro přijetí tohoto návrhu ze strany pojišťovny platí lhůty uvedené v odstavci 6.2.

6.5 V případě, že pojišťovna přijme návrh zájemce, může tak učinit s odchylkou, která se týká výše pojistného, avšak pouze je-li tato odchylka nepodstatná a je-li odůvodněna provozními důvody (zejména chyba v počtech obsažená v návrhu či změna věku v mezidobí, kdy byl návrh učiněn a přijat). Zájemce může přijetí nabídky s odchylkou bez zbytečného odkladu vůči pojišťovně odmítnout a pojistná smlouva v takovém případě není uzavřena.

6.6 V případě, že návrh zájemce sice obsahuje všechny náležitosti uvedené v odstavci 6.4 výše, avšak pojišťovna jej z důvodu zhodnocení rizika nemůže přijmout, může ho pojistníkovi vrátit a navrhnout upravené parametry pojištění. Toto vrácení návrhu zájemci se považuje za návrh pojišťovny na uzavření pojistné smlouvy (protinávrh). Zájemce může takový protinávrh pojišťovny přijmout pouze bez dodatků či odchylek ve lhůtě uvedené v návrhu, jinak do 2 měsíců od okamžiku, kdy byl návrh zájemci doručen.

6.7 Kromě případu uvedeného v odstavci 6.6 činí návrh na uzavření smlouvy pojišťovna zájemci pouze je-li tak výslovně uvedeno v návrhu pojistné smlouvy. V tomto případě může zájemce

přijmout návrh pojišťovny pouze bez dodatků či odchylek včasným zaplacením pojistného nebo jeho splátky uvedené v návrhu.

6.8 Ustanovení tohoto článku o uzavření pojistné smlouvy se použijí obdobně i při změnách pojistné smlouvy.

7 Pojistka

7.1 Pojišťovna vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojišťovna na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky. Dojde-li ke změně pojistné smlouvy, která představuje i změnu údajů na pojistce, pojišťovna vydá novou pojistku a původní pojistka pozbývá platnosti.

8 Vznik pojištění a pojistná doba

8.1 Pojištění vzniká v 0:00 hodin dne, kdy pojišťovna přijala návrh zájemce na uzavření pojistné smlouvy, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Den počátku pojištění je uveden na pojistce, kterou pojišťovna vydává pojistníkovi.

Příklad z praxe
Klient dává návrh a pojišťovna ho přijímá:

Pojišťovna přijme návrh 10. března a od tohoto dne (od 0:00 hodin počátku dne) jste pojištěn, pokud došlo k následnému uzavření pojistné smlouvy tím, že Vám byl doručen dopis pojišťovny, ve kterém pojišťovna potvrzuje přijetí Vašeho návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

8.2 V případě, že je pojistná smlouva uzavřena tím, že protinávrh pojišťovny přijímá zájemce o pojištění, vzniká pojištění v 0:00 hodin dne následujícího po dni, kdy pojišťovna obdržela sdělení zájemce o tom, že tento návrh přijal. Pokud je pojistná smlouva uzavřena tím, že návrh pojišťovny přijímá zájemce zaplacením pojistného, vzniká pojištění v 0:00 hodin dne následujícího po dni, kdy bylo pojistné připsáno na účet pojišťovny.

Příklad z praxe
Pojišťovna dává návrh nebo protinávrh a klient ho přijímá (doručením podepsaného návrhu/protinávrhu, resp. zaplacením pojistného):

Pojišťovna obdržela informaci, že přijímáte návrh (resp. pojistné bylo připsáno na účet pojišťovny) 10. března a od 11. března (od 0:00 hodin počátku dne) jste pojištěn.

8.3 Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou s pojistnou dobou v délce 1 roku. Pojistnou smlouvu je možné prodloužit za stejných podmínek vždy na další rok. Návrh na změnu pojistné smlouvy v souvislosti s prodloužením pojistné doby činí pojišťovna a pojistník ho přijímá včasným zaplacením pojistného či splátky uvedené v tomto návrhu.

8.4 Pokud se pojistná smlouva sjednává na dobu určitou delší než 1 rok, je pojistným obdobím 1 rok.

8.5 Pokud je však úrazové pojištění či pojištění nemoci sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění, je pojistná doba tohoto připojištění shodná s pojistnou dobou životního pojištění, pokud není ve zvláštních pojistných podmínkách či v pojistné smlouvě uvedeno jinak.

9 Pojistné a poplatky

Výši pojistného a frekvenci placení najdete v pojistné smlouvě (ve většině případů v návrhu na uzavření smlouvy) nebo na pojistce. Při všech platbách je důležité použít správné číslo účtu a variabilní symbol.

9.1 Pojistné se stanoví za celou pojistnou dobu (jednorázové pojistné) nebo za jednotlivá pojistná období (běžné pojistné). V pojistné smlouvě je vždy uvedeno, zda se pojištění sjednává jako jednorázové či běžné a jeho výše. V pojistné smlouvě lze dohodnout, že běžné pojistné bude placeno ve splátkách. Pojistné či splátka pojistného se zaokrouhluje na celé koruny (matematicky).

9.2 Vedle pojistného si je pojišťovna oprávněna účtovat pouze poplatky stanovené v Sazebníku, který je součástí pojistných podmínek, a se kterým je zájemce seznámen před uzavřením pojistné smlouvy.

9.3 Pokud se výše pojistného určuje s přihlédnutím k věku pojištěného, stanoví se jeho vstupní věk v letech jako rozdíl mezi rokem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a rokem narození. V případě, že den podpisu Návrhu na uzavření pojistné smlouvy pořadím v kalendářním roce předchází dni narození, odečte se od věku vypočítaného dle předchozí věty 1 rok.

9.4 Pojišťovna má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Nastala-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojišťovně za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

9.5 V případě, že není vyžadována a zaplacena záloha, jsou jednorázové pojistné či běžné pojistné za první pojistné období, resp. jejich první splátka, splatné 3. pracovní den poté, kdy pojistník převezme pojistku. Pokud byla v souvislosti s návrhem zájemcem zaplacena záloha na pojistné, okamžikem uzavření pojistné smlouvy ji pojišťovna považuje za pojistné. Pojistné za další pojistné období, resp. jeho první splátka, jsou splatné prvním dnem tohoto období.

9.6 Pojistník je povinen pojistné hradit ve výši, měně, lhůtě a na účet stanovený v pojistné smlouvě, resp. v upomínce k zaplacení pojistného a s identifikací platby (zejména variabilním symbolem) stanovenou pojišťovnou

9.7 V případě běžného pojistného má pojišťovna právo na základě pojistně-matematické analýzy upravit nově výši pojistného na další pojistné období, pokud dojde k:

a) k nepříznivému vývoji statistik úrazovosti nebo nemocnosti,

b) významné změně právních předpisů týkajících se invalidity,

c) významným demografickým změnám, které mají vliv na úrazovost nebo nemocnost.

Novou výši pojistného je pojišťovna povinna sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností pojistného za pojistné období, od něhož se má výše pojistného změnit. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit písemně do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl; v tom případě jeho pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplaceno, nebylo-li dohodnuto jinak. Na tento následek je pojišťovna povinna pojistníka upozornit ve sdělení o nově stanovené výši pojistného.

9.8 Pojišťovna má právo odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění.

10 Indexace pojištění

Indexace chrání před vlivem inflace každoročním postupným navyšováním pojistné částky a pojistného. Indexaci můžete jednoduše přijmout zaplacením nového pojistného nebo odmítnout zaplacením stávajícího pojistného.

10.1 V pojistné smlouvě lze sjednat možnost indexace pojištění, tj. pravidelné úpravy pojistného a odpovídajících pojistných částek. Úpravy pojistného a odpovídajících pojistných částek navrhuje pojišťovna s přihlédnutím k vývoji indexu spotřebitelských

cen (inflace) a případně také k minimální výši indexačního navýšení stanovené v Sazebníku.

10.2 Je-li v pojistné smlouvě sjednána indexace pojištění, je pojišťovna povinna v dostatečném předstihu před výročím pojistné smlouvy navrhnout pojistníkovi novou výši pojistného a pojistných částek.

10.3 Změna pojistného a pojistných částek nabývá účinnosti přijetím pojistníkem ve lhůtě uvedené v návrhu. Pojistník může novou výši pojistného a pojistných částek přijmout rovněž zaplacením dalšího běžného pojistného či jeho splátky v indexované výši. Zaplacení pojistného v původní výši se považuje za odmítnutí indexace.

10.4 Při indexaci pojištění se zvyšují pojistné částky bez přezkoumávání zdravotního stavu pojištěného.

11 Zánik pojištění

11.1 Pojištění zaniká zejména následujícími způsoby:

a) dohodou pojišťovny a pojistníka,

b) uplynutím pojistné doby; v pojistné smlouvě lze sjednat, že uplynutím pojistné doby pojištění nezanikne, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby druhé straně nesdělí, že nemá zájem na dalším trvání pojištění,

c) výpovědí pojištění do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů; avšak pojišťovna má právo na pojistné až do dne, kdy pojištění zaniklo,

d) výpovědí pojištění ke konci pojistného období, pokud byla výpověď doručena nejméně 6 týdnů před koncem takového pojistného období; pokud byla výpověď doručena později, pojištění zaniká až ke konci pojistného období, pro které tato 6týdenní doba dodržena byla,

e) marným uplynutím lhůty stanovené v upomínce pojišťovny pro zaplacení dlužného pojistného; tato lhůta musí být stanovena minimálně v délce 1 měsíce od doručení a upomínka musí obsahovat upozornění na následky nezaplacení,

f) odstoupením pojistníka bez udání důvodu do 14 kalendářních dnů od uzavření pojistné smlouvy v případě, že je smlouva uzavřena mimo obchodní prostory pojišťovny; od pojistné smlouvy je možné dále odstoupit v důsledku porušení povinností, zejména v případech uvedených v článku 12 níže,

g) výpovědí pojištění do 3 měsíců ode dne oznámení pojistné události s 1měsíční výpovědní dobou,

h) výpovědí do 2 měsíců ode dne, kdy se pojistník dozvěděl, že pojišťovna porušila při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění zásadu rovného zacházení, s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů,

i) zánikem pojistného zájmu, avšak pojišťovna má právo na pojistné až do dne, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděla,

j) zánikem pojistného nebezpečí či dnem smrti pojištěného.

11.2 V případě, že je pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění, lze jej samostatně vypovědět či jinak ukončit, nestanoví-li zvláštní pojistné podmínky jinak. Pokud je však životní pojištění ukončeno či zanikne, zanikají zároveň všechna připojištění.

12 Povinnosti z pojištění a následky jejich porušení

Povinnosti pojistníka/pojištěného/oprávněné osoby:

- pravdivě zodpovědět všechny dotazy pojišťovny při sjednání pojištění,
- neprodleně informovat pojišťovnu o zvýšení rizika (např. změna zaměstnání),
- poskytnout pravdivé informace ohledně pojistné události.

Povinnosti pojišťovny:

- pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy pojistníka týkající se pojištění,
- upozornit pojistníka na případné nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a jeho požadavky.

12.1 **Povinnosti ve vztahu k pojistnému riziku**

Pojištěný je povinen dbát, aby se pojistné riziko nezvyšovalo. Pokud přesto ke zvýšení pojistného rizika dojde, je o tom povinen bez zbytečného odkladu informovat pojišťovnu.

Změna pojistného rizika nastává, pokud se změní okolnosti, na které se pojišťovna při sjednávání pojištění tázala nebo jsou uvedeny v pojistné smlouvě (změna zaměstnání, rizikové skupiny či změna jiných okolností) tak podstatně, že zvyšují pravděpodobnost vzniku pojistné události.

Pojišťovna má v případě zvýšení pojistného rizika právo:

a) navrhnout novou výši pojistného, pokud prokáže, že by pojistnou smlouvu uzavřela za jiných podmínek, pokud by existovalo zvýšené riziko již při jejím uzavírání; pokud není takový návrh pojistníkem přijat, má pojišťovna právo pojištění vypovědět s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů,

b) vypovědět pojištění s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů, pokud prokáže, že by pojistnou smlouvu při existenci zvýšeného pojistného rizika vůbec neuzavřela,

c) vypovědět pojištění bez výpovědní doby, pokud pojištěný porušil povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika; v takovém případě náleží pojišťovně pojistné až do konce pojistného období, ve kterém pojištění zaniklo či celé jednorázové pojistné,

d) snížit pojistné plnění, pokud pojistník porušil povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a po této změně nastala pojistná událost, a to úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržela, k pojistnému, které by měla obdržet, kdyby se byla o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděla.

Pokud dojde u pojištěného ke změně, která může mít vliv na pojištění (např. z učitele se stane řidič kamionu), je nutné neprodleně o této změně informovat pojišťovnu, aby posoudila, zda se pojistné riziko změnilo.

12.2 **Pravdivá sdělení před uzavřením smlouvy a při jejích změnách**

Pojistník a pojištěný jsou povinni při sjednávání pojištění zodpovědět pravdivě všechny písemné dotazy pojišťovny, které mají význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, a nezatajit nic podstatného. Stejná povinnost platí i při změně pojistné smlouvy.

Pojišťovna je při sjednávání pojištění povinna zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy pojistníka týkající se pojištění. Pojišťovna je dále povinna upozornit pojistníka na případné nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, kterých si je či musí být vědoma.

V případě, že pojistník, pojištěný či pojišťovna poruší výše uvedenou povinnost, má druhá strana za podmínek stanovených v občanském zákoníku právo od celé pojistné smlouvy či pouze dotčené části odstoupit.

Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojišťovna do 1 měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnila. 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. Pojišťovna si v tomto případě má právo započíst i náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

12.3 **Pravdivá sdělení v souvislosti s pojistnou událostí**

Pojišťovna může pojistné plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže:

a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojistné události a kterou nemohla zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřela, nebo ji uzavřela za jiných podmínek, nebo

b) oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.

Dnem doručení oznámení pojistníkovi o odmítnutí pojistného plnění pojištění zaniká. K vrácení pojistného v tomto případě nedochází.

V případě uvedeném pod písm. b) výše má pojišťovna dále právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž jí byly tyto vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojišťovna vynaložila náklady v prokázané výši účelně.

12.4 **Alkohol, návykové látky a trestná činnost**

Pojištěný je povinen si počínat tak, aby předešel vzniku pojistné události.

Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem toho, že poškozený požil alkohol nebo požil návykovou látku nebo přípravek takovou látku obsahující, odůvodňují-li to okolnosti, za nichž k úrazu došlo. Měl-li však takový úraz za následek smrt poškozeného, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění jen tehdy, došlo-li k úrazu v souvislosti s činem poškozeného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt.

Právo podle odstavce výše pojišťovna nemá, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem, který pojištěnému předepsal lékař, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.

Pojišťovna má dále právo odmítnout poskytnutí pojistného plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo kterým si úmyslně ublížil na zdraví.

13 Postup a povinnosti v případě pojistné události a pojistné plnění

13.1 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost obmyšlený.

13.2 Není-li ve zvláštních pojistných podmínkách výslovně uvedeno jinak, náklady v souvislosti s uplatněním nároku na pojistné plnění či šetřením pojistné události nese ta strana, které náklady vzniknou.

13.3 Pokud pojistník, pojištěný či oprávněná osoba předkládá pojišťovně doklady v jiném než českém nebo anglickém jazyce, je povinen na žádost pojišťovny a na své náklady zajistit jejich úředně ověřený překlad.

13.4 Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojišťovna vůči této osobě právo na přiměřenou náhradu těchto účelně vynaložených dodatečných nákladů. Má se za to, že pojišťovna vynaložila náklady v prokázané výši účelně.

13.5 Pojišťovna je povinna po řádném oznámení pojistné události bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit. Šetření se považuje za skončené dnem, kdy pojišťovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě. Pojišťovna je povinna ukončit šetření do 3 měsíců po dni, kdy byla pojistná událost pojišťovně řádně oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v uvedené lhůtě, je pojišťovna povinna sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.

13.6 Pojistné plnění je splatné do 15 kalendářních dnů po skončení šetření. Pojistné plnění se zaokrouhluje na celé koruny (matematicky), je splatné v České republice a v měně České republiky, pokud nebude dohodnuto jinak.

13.7 Právo na pojistné plnění se promlčí za 3 roky s tím, že promlčecí doba začne běžet 1 rok po pojistné události.

1) Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).

2) Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).

3) Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění rozsahu povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.

4) Splatnost plnění je do 15 kalendářních dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

14 Obecné výluky pojištění

14.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se sebevraždou, pokusem o ni nebo jinou formou úmyslného poškození vlastního zdraví včetně nevyhledání zdravotní péče nebo nedbání léčebných pokynů,

b) v souvislosti s úmyslnou účastí v nelegální činnosti, s porušením nebo pokusem o porušení zákona,

c) v souvislosti s válkou, invazí, působením cizích mocností, nepřátelskými akcemi, občanskou válkou, revolucí, vzbouřením, vzpourou, vojenskými silami nebo výjimečným stavem, stavem obležení nebo jakoukoli jinou událostí či příčinou, která vede k vyhlášení a udržování tohoto stavu, karantény, znárodnění na žádost jakékoli veřejné nebo místní zákonné moci nebo aktivní účasti pojištěného na násilné akci nebo rvačce (nejedná-li se o stav krajní nouze nebo nutné obrany),

d) v souvislosti s radioaktivním nebo ionizujícím zářením, které je následkem jaderné katastrofy, poruchy na jaderném zařízení nebo použití zbraně,

e) v souvislosti s účastí na veřejných taktických vojenských cvičeních k rozvoji návyků při vedení bojové činnosti jednotek a útvarů, na výcviku se zbraní, výkonu střelby bojovou technikou, strážní služby a práce s pyrotechnikou a zkapalněnými plyny, a dále také s účastí na výjezdech a plnění úkolů v zahraničních misích na základě požadavků mezinárodních vládních organizací (OSN, OBSE, EU, NATO),

f) v souvislosti s letem pojištěného jakýmkoli leteckým prostředkem, s výjimkou pravidelných leteckých spojů a charterových (rekreačních sezonních) letů provozovaných licencovaným leteckým dopravcem,

g) v souvislosti se sportovní a zábavní činností pojištěného spojenou s vysokým nebezpečím,

Příklad z praxe
Za činnost s vysokým nebezpečím považujeme zejména letecké sporty všech druhů (např. seskoky z letadel, parašutismus, plachtění a létání včetně používání rogal nebo balonů), bungee jumping, horolezectví, slaňování, canyoning, kanoistiku, rafting a jiné sjíždění divokých řek od 3. stupně obtížnosti, potápění, speleologii, akrobacii, skoky na lyžích, lyžování a snowboarding mimo vyznačené sjezdovky a trasy, skialpinismus, BMX freestyle a racing, bojové a kontaktní sporty, motorové sporty všech druhů, jízdu na motorovém prostředku mimo silnice, dálnice a místní komunikace a jiné obdobně nebezpečné sporty. Výčet všech činností není možný, nicméně pokud si chcete ověřit, zda Vámi provozovaná činnost je činnost s vysokým nebezpečím, neváhejte nás kontaktovat.

h) v souvislosti s účastí při jakékoli profesionální sportovní činnosti (závody, soutěže, včetně přípravy a tréninků),

i) v souvislosti s účastí na motoristických závodech na souši, vodě či ve vzduchu, jezdeckých závodech nebo závodech v jízdě na bobech, saních nebo skeletonu, včetně přípravných jízd.

15 Forma právních jednání a oznámení

15.1 Právní jednání směřující ke změně či ukončení pojistné smlouvy a oznámení pojistné události musí být činěna v písemné formě.

15.2 Oznámení týkající se výplaty pojistného plnění, změny oprávněné osoby, obmyšleného, změny podílů na pojistném plnění, je-li více obmyšlených, oznámení pojištěného v souvislosti s jeho vstupem do pojištění v případě smrti pojistníka a jiná obdobná oznámení musí být rovněž činěna v písemné formě. V případě těchto oznámení je pojišťovna oprávněna vyžádat úřední ověření podpisu osoby, která oznámení činí, či jeho ověření oprávněným zástupcem pojišťovny.

15.3 Právní jednání či oznámení dle odstavce 15.2 se považuje za platné, pokud je k textu připojen vlastnoruční podpis jednajícího či je k jednání či oznámení použito zaručeného ověřeného elektronického podpisu či je doručováno prostřednictvím datové schránky.

15.4 Pro oznámení dalších skutečností týkajících se pojistné smlouvy či pojištění se písemná forma nevyžaduje a mohou být činěna vhodnými elektronickými či technickými prostředky, zejména telefonem či emailem. V případě použití emailu mohou být oznámení činěna pouze z emailové adresy uvedené v pojistné smlouvě či emailové adresy, kterou pojistník oznámí pojišťovně v písemné formě. Oznámení učiněná z jiné emailové adresy nebudou považována za doručená. V případě, že si pojišťovna vyžádá doplnění uvedených oznámení v písemné formě, je tak pojistník povinen učinit do 5 pracovních dnů.

Důležitá jednání (změna či ukončení smlouvy, oznámení pojistné události, výplata plnění, změna obmyšleného atd.) je potřeba udělat vždy v písemné formě.

16 Doručování

16.1 Strany si jednání a oznámení podle pojistné smlouvy doručují na adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Pojišťovna i pojistník jsou povinni informovat druhou stranu bez zbytečného odkladu o změně doručovací adresy. Jednání a oznámení jsou pak stranami doručována na tuto novou adresu. Doručovací adresa se vždy musí nacházet v České republice.

16.2 Nejde-li o doručení podle dalších odstavců, je listina odeslaná pojišťovnou doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenou dnem uvedeným jako den přijetí na dodejce (doručence) a listina odeslaná pojišťovnou doporučenou zásilkou bez dodejky 3. pracovní den po jejím odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak 15. pracovní den po jejím odeslání.

16.3 Pokud byla listina odeslaná pojišťovnou doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou uložena na poště a adresát si ji v úložní době nepřevzal, považuje se za doručenou uplynutím úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.

16.4 Pokud pojistník neoznámí pojišťovně změnu doručovací adresy, jak je uvedeno výše, zásilku odmítne převzít či jinak zmaří její doručení, listina se považuje za doručenou 3. pracovní den po jejím odeslání.

Adresy pro jednání a korespondenci jsou uvedeny ve smlouvě. Jakoukoli změnu je potřeba bez zbytečného odkladu druhé straně nahlásit.

17 Zjišťování a přezkoumání zdravotního stavu

17.1 Pojišťovna je oprávněna požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojišťovně dán souhlas pojištěného.

17.2 Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, které určí pojišťovna.

17.3 V případě úrazu, který má za následek smrt pojištěného, si pojišťovna dále vyhrazuje právo na provedení prohlídky těla pojištěného a na provedení pitvy pojištěného na vlastní náklady, pokud to zákon nezakazuje.

18 Platnost a změny pojistných podmínek

Pojišťovna nemůže až na výjimky uvedené v odstavci 18.1 (např. legislativní změny) měnit Sazebník nebo Oceňovací tabulky bez Vašeho souhlasu.

Pokud se jedná o tyto výjimky, oznámení změny probíhá zveřejněním na internetových stránkách pojišťovny k 1. listopadu daného roku (měsíc před účinností změny). Pokud nesouhlasíte, máte právo smlouvu, které se změna přímo týká, do 2 měsíců ode dne oznámení vypovědět.

Pokud by byla změna udělána v jiném termínu, musí Vám ji pojišťovna oznámit (dopisem, emailem apod.), a to vždy v dostatečném předstihu před její účinností.

18.1 Pojistné podmínky je možné měnit pouze se souhlasem pojistníka. Vyžaduje-li to změna právních předpisů, změna lékařské vědy, změna soudní rozhodovací praxe či významná změna praxe týkající se správy pojistných smluv či frekvence vyžadovaných administrativních úkonů, je pojišťovna oprávněna jednostranně změnit Sazebník a Oceňovací tabulky.

18.2 Pojišťovna je povinna takovou změnu Sazebníku a Oceňovacích tabulek oznámit pojistníkovi zveřejněním na internetových stránkách pojišťovny vždy k 1. listopadu daného roku s tím, že účinnost změny nastává k 1. lednu následujícího roku. V případě, že pojistník se změnou Sazebníku či Oceňovacích tabulek nesouhlasí, je oprávněn pojištění, které je uvedenou změnou dotčeno, vypovědět ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy byla změna oznámena, s výpovědní dobou 8 kalendářních dnů.

18.3 Pojišťovna může změnu Sazebníku a Oceňovacích tabulek pojistníkovi oznámit i mimo výše uvedený termín v písemné formě či jiným vhodným elektronickým či technickým prostředkem

s tím, že toto oznámení musí v dostatečném předstihu předcházet účinnost změny. Pro odmítnutí změny ze strany pojistníka platí lhůty uvedené v odstavci 18.2 výše.

19 Mimosoudní řešení sporů

19.1 Subjektem oprávněným k řešení sporů z neživotního pojištění je Česká obchodní inspekce – www.coi.cz. V případě uzavření pojistné smlouvy prostřednictvím elektronické aplikace eModel nebo při sjednání pojištění on-line je kontaktním místem pro řešení on-line sporů v České republice Evropské spotřebitelské centrum – https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/index.cfm?event=main.home.show&lng=CS.

20 Vymezení pojmů

Pro účely pojištění úrazového pojištění, pojištění nemoci či doplňkové pojištění podle těchto podmínek mají následující výrazy níže uvedený význam:

20.1 **Horolezectví** – horolezectví se nepovažuje za činnost s vysokým nebezpečím podle odstavce 14.1, pokud probíhá na území členských států Evropské unie, Švýcarska, Turecka, Norska, Chorvatska, Srbska, Černé Hory, Makedonie v nadmořské výšce do 5 000 metrů, pojištěný použije odpovídající vybavení, a současně není profesionálním horolezcem. Současně se také nesmí jednat o expedici, lezení ledů, tzv. free climbing, tzv. solo climbing, soutěž a/nebo horolezectví klasifikované stupněm V nebo vyšším dle UIAA klasifikace.

20.2 **Lékař** – absolvent lékařské fakulty, který léčí v rozsahu své lékařské atestace zranění a/nebo nemoc pojištěného, jejímž následkem je událost, která by mohla zakládat nárok na pojistné plnění z pojištění nebo připojištění. Lékařem nesmí být pojistník a/nebo některý z pojištěných a/nebo člen rodiny.

20.3 **Nemoc** – změna fyzického zdraví pojištěného, kterou pojištěný onemocněl poprvé po datu uzavření tohoto pojištění a po uplynutí stanovené čekací doby.

20.4 **Občanská válka** – ozbrojený konflikt mezi 2 nebo více stranami stejného státu, kdy znepřátelené strany náležejí k rozdílným etnickým, náboženským či ideologickým skupinám. Definice zahrnuje: ozbrojená povstání, revoluce, bouře, vzpoury, převraty, důsledky stanného práva.

20.5 **Potápění** – potápění se nepovažuje za činnost s vysokým nebezpečím podle odstavce 14.1, pokud je do hloubky maximálně 40 metrů a pojištěný je členem obecně uznávané (registrované) asociace potápěčů, zároveň však není profesionálním potápěčem. Současně se také nesmí jednat o tzv. solo potápění, vrakové potápění, jeskynní potápění, ponory pod led, potápění v proudu řeky, potápění s použitím trimixu, potápění s tzv. rebreatherem, soutěž a/nebo pokus o rekord.

20.6 **Profesionální sportovec** – osoba, která v souvislosti s provozováním sportovní činnosti pobírá příjem ze závislé činnosti (pracovního poměru) nebo jiný příjem (např. z nezávislé činnosti – OSVČ).

20.7 **Úraz** – 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.

20.8 **Válka** – vyhlášený nebo nevyhlášený ozbrojený konflikt mezi 2 státy.

20.9 **Výročí pojištění** – první den druhého a dalšího pojistného období.

Co by Vás mohlo zajímat
Pojmy, které se používají v pojištění, potřebují přesné definice, proto je uvádíme. Vysvětlení dalších pojmů najdete také ve zvláštních pojistných podmínkách.

VPPNP 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY SMRT ÚRAZEM

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Smrt úrazem se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Smrt úrazem (dále jen „SU“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění SU je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je smrt pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, která nastala následkem úrazu.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že k úrazu došlo v době trvání pojištění a smrt nastala jeho následkem nejpozději do 12 měsíců ode dne úrazu.

2.4 Obmyšlený při oznámení pojistné události předloží zejména úředně ověřenou kopii úmrtního listu pojištěného či soudní prohlášení pojištěného za mrtvého v případě jeho zmizení a podrobné lékařské nebo úřední osvědčení o příčině smrti. Pojišťovna může požadovat další dokumenty nezbytné pro vyřízení uplatňovaného nároku.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni smrti pojištěného v pojistné smlouvě.

3.2 Pojistné plnění se vyplácí obmyšlenému.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.3 Pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Pojistná událost nenastává v souvislosti s jakoukoli nemocí, včetně duševní nemoci nebo poruchy pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Zmizení pojištěného** – jestliže nebylo tělo pojištěného nalezeno do 1 roku po jeho zmizení následujícího po nuceném přistání, po předpokládaném utonutí, nebo po ztroskotání dopravního prostředku, ve kterém pojištěný prokazatelně cestoval jako pasažér, bude toto považováno za smrt pojištěného následkem úrazu ve smyslu pojistné smlouvy, za předpokladu, že pojištěný byl soudem prohlášen za mrtvého. Pokud by bylo zjištěno, že pojištěný je stále naživu až po vyplacení pojistného plnění z tohoto pojištění, musí být veškeré vyplacené pojistné plnění v plné výši vráceno pojišťovně.

ZPP SU 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY NÁHLÁ SMRT

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Náhlá smrt se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Náhlá smrt (dále jen „NS“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění NS je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je smrt pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, která nastala:

a) následkem úrazu, nebo
b) následkem akutního infarktu myokardu, nebo
c) následkem cévní mozkové příhody.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že smrt nastala v období prvních 30 dnů ode dne stanovení diagnózy nebo do 12 měsíců ode dne úrazu, přičemž diagnóza musí být stanovena, resp. úraz musí nastat, během trvání pojištění. Lhůta 30 dnů se nevztahuje na případy, kdy byla diagnóza stanovena až po smrti pojištěného.

2.4 Obmyšlený při oznámení pojistné události předloží zejména úředně ověřenou kopii úmrtního listu pojištěného či soudní prohlášení pojištěného za mrtvého v případě jeho zmizení, podrobné lékařské nebo úřední osvědčení o příčině smrti. Pojišťovna může požadovat další dokumenty nezbytné pro vyřízení uplatňovaného nároku.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni smrti pojištěného v pojistné smlouvě.

3.2 Pojistné plnění se vyplácí obmyšlenému.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.3 Pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Pojistná událost nenastává, pokud smrt úrazem nastala následkem jakékoli nemoci jiné než uvedené v odstavci 2.2 písm. b) a c).

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Akutní infarkt myokardu** – diagnózy označené kódem začínajícím I21 dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), vydání platné k 1. 4. 2014.

7.2 **Cévní mozková příhoda** – diagnózy označené kódem začínajícím I64 dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), vydání platné k 1. 4. 2014.

7.3 **Den stanovení diagnózy** – den, kdy diagnóza byla poprvé zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

7.4 **Zmizení pojištěného** – jestliže nebylo tělo pojištěného nalezeno do 1 roku po jeho zmizení následujícího po nuceném přistání, po předpokládaném utonutí, nebo po ztroskotání dopravního prostředku, ve kterém pojištěný prokazatelně cestoval jako pasažér, bude toto považováno za smrt pojištěného následkem úrazu ve smyslu pojistné smlouvy, za předpokladu, že pojištěný byl soudem prohlášen za mrtvého. Pokud by bylo zjištěno, že pojištěný je stále naživu až po vyplacení pojistného plnění z tohoto pojištění, musí být veškeré vyplacené pojistné plnění v plné výši vráceno pojišťovně.

ZPP NS 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY SIROTČÍ PLNĚNÍ

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Sirotčí plnění se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Sirotčí plnění (dále jen „SP“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění SP je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je smrt pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, která nastala následkem úrazu, pokud následkem stejného úrazového děje nastala také smrt životního partnera pojištěného.

2.3 Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je, že k úrazu došlo v době trvání pojištění a smrt pojištěného i jeho životního partnera nastala následkem stejného úrazového děje nejpozději do 12 měsíců ode dne úrazu.

2.4 Obmyšlený při oznámení pojistné události předloží zejména úředně ověřenou kopii úmrtního listu pojištěného a podrobné lékařské nebo úřední osvědčení o příčině smrti. Pojišťovna může požadovat další dokumenty nezbytné pro vyřízení uplatňovaného nároku.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni smrti pojištěného v pojistné smlouvě.

3.2 Pojistné plnění se vyplácí obmyšlenému. Obmyšleným v pojištění SP je každé dítě pojištěného, které splňuje obě následující podmínky:

a) je mladší 18 let nebo mladší 26 let v případě řádného školního studia nebo v případě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který významným způsobem omezuje nebo brání vykonávání výdělečné činnosti,

b) je současně obmyšleným pro životní pojištění pojištěného dle odstavce 1.3.

3.3 Vznikne-li právo na pojistné plnění několika obmyšleným (dětem pojištěného), a nejsou-li jejich podíly pro toto pojištění v pojistné smlouvě výslovně určeny jinak, má každé z nich právo na stejný podíl.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách

pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.3 Pojištění zaniká okamžikem, kdy poslední z dětí pojištěného přestane splňovat podmínky stanovené pro obmyšlenou osobu dle odstavce 3.2 výše. Pojistník je povinen tuto skutečnost pojišťovně nahlásit bez zbytečného odkladu. V případě zániku pojištění dle tohoto článku pojišťovna vrátí pojistníkovi pojistné zaplacené za dobu po zániku pojištění.

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Nárok na pojistné plnění nevzniká, pokud pojistná událost nastala následkem jakékoli nemoci včetně duševní nemoci nebo poruchy pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Životní partner pojištěného** – manžel/ka pojištěného, registrovaný partner/ka pojištěného nebo jeho druh/družka, s podmínkou, že žije s pojištěným ve společné domácnosti.

7.2 **Dítě pojištěného** – vlastní nebo osvojené dítě pojištěného ve věku do 18. narozenin nebo ve věku do 26. narozenin v případě řádného školního studia nebo v případě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který významným způsobem omezuje nebo brání vykonávání výdělečné činnosti, které je ve společné péči pojištěného a jeho životního partnera.

ZPP SP 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY SMRT PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Smrt při dopravní nehodě se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Smrt při dopravní nehodě (dále jen „SDN“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění SDN je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je smrt pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, která nastala následkem úrazu při dopravní nehodě.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že k úrazu došlo při dopravní nehodě v době trvání pojištění a smrt nastala jeho následkem nejpozději do 12 měsíců ode dne úrazu.

2.4 Obmyšlený při oznámení pojistné události předloží zejména úředně ověřenou kopii úmrtního listu pojištěného, podrobné lékařské nebo úřední osvědčení o příčině smrti a záznam policie o dopravní nehodě. Pojišťovna může požadovat další dokumenty nezbytné pro vyřízení uplatňovaného nároku.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni smrti pojištěného v pojistné smlouvě.

3.2 Pojistné plnění se vyplácí obmyšlenému.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.3 Pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v případě jakékoli nemoci včetně duševní nemoci nebo poruchy pojištěného,

b) v případě hrubého porušení pravidel silničního provozu pojištěným dle zákona 361/2000 Sb., o silničním provozu,

c) v případě jízdy pojištěného zvláštním vozidlem dle zákona č. 56/2001 Sb., o podmínkách provozu vozidel na pozemních komunikacích,

d) v případě použití motorového vozidla k nikoli obvyklému užití (např. provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability vozidla apod.).

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Dopravní nehoda** – neočekávaná událost v silniční dopravě nezpůsobená úmyslně pojištěným, k níž došlo v okamžiku, kdy se pojištěný jako řidič nebo cestující přepravoval motorovým vozidlem, bez ohledu na to, zda se motorové vozidlo v daném okamžiku pohybovalo či nikoli, včetně nastupování a vystupování, při níž došlo k úrazu vedoucímu ke smrti pojištěného v přímé souvislosti s využitím motorového vozidla. Za dopravní nehodu se rovněž považuje událost, při níž dojde k úrazu vedoucímu ke smrti pojištěného způsobenému motorovým vozidlem při provozu na pozemních komunikacích. Motorové vozidlo musí být řádně zaregistrované a/nebo schválené pro přepravu osob. Dopravní nehoda musí být doložena protokolem o nehodě v silničním provozu.

ZPP SDN 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU S PROGRESÍ 850% A PAMĚTÍ

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Trvalé následky úrazu s progresí 850 % a pamětí se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Trvalé následky úrazu s progresí 850 % a pamětí (dále jen „TNUPP“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění TNUPP je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je trvalé tělesné poškození pojištěného, které vzniklo v době trvání pojištění následkem úrazu, a které je uvedeno v Oceňovací tabulce (příloha těchto ZPP TNUPP). Za pojistnou událost uzná pojišťovna také trvalé tělesné poškození, které není výslovně uvedeno v Oceňovací tabulce, pokud je srovnatelné s některým poškozením uvedeným v této tabulce.

2.3 Pokud je sjednána varianta Extra vážné úrazy, pojistnou událostí je pouze tělesné poškození pojištěného označené v Oceňovací tabulce ve sloupci Extra vážné. Za pojistnou událost uzná pojišťovna také trvalé tělesné poškození, které není výslovně uvedeno v Oceňovací tabulce, pokud je srovnatelné s některým poškozením uvedeným v této tabulce ve sloupci Extra vážné.

2.4 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že k úrazu došlo v době trvání pojištění a trvalé tělesné poškození vzniklo a/nebo se projevilo nejpozději do 12 měsíců ode dne úrazu.

2.5 V pojistné smlouvě může být sjednána minimální výše celkového procentního ohodnocení trvalých tělesných poškození vzniklých následkem jednoho úrazu (minimální ohodnocení). Pokud je celkové procentní ohodnocení trvalých tělesných poškození vzniklých následkem jednoho úrazu nižší než sjednané minimální ohodnocení, pojistná událost nevzniká. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, činí minimální ohodnocení 0,5 %.

2.6 Povahu a rozsah trvalého tělesného poškození posoudí pojišťovna po uplynutí 12 měsíců ode dne úrazu, pokud je to vzhledem k charakteru tělesného poškození možné. V případě, že na konci 12. měsíce ode dne úrazu nelze jednoznačně stanovit konečnou povahu a rozsah trvalého tělesného poškození, pojišťovna je stanoví co nejdříve to bude možné. Jestliže nelze konečnou povahu a rozsah trvalého tělesného poškození pojištěného jednoznačně stanovit ani na konci 3. roku ode dne úrazu, je konečná povaha a rozsah trvalého tělesného poškození stanovena podle stavu na konci této lhůty. Pokud je pojistná událost pojišťovně oznámena až po uplynutí této lhůty, posuzuje se povaha a rozsah trvalého tělesného poškození ke dni oznámení pojistné události. Pojišťovna může povahu a rozsah tělesného poškození posoudit před koncem 12. měsíce ode dne úrazu, pokud lze aktuální stav tělesného poškození považovat za konečný a v budoucnu neměnný.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dnu úrazu v pojistné smlouvě.

3.2 Toto procento je odvozeno od ohodnocení konečné povahy a rozsahu trvalého tělesného poškození uvedeného v Oceňovací tabulce a sjednané varianty progrese. V případě, že trvalé tělesné poškození není v Oceňovací tabulce uvedeno, stanoví jeho ohodnocení lékař pojišťovny s přihlédnutím k ohodnocení trvalého tělesného poškození uvedenému v Oceňovací tabulce, které je svou povahou danému trvalému tělesnému poškození nejbližší. Nárok na pojistné plnění za toto tělesné poškození však může vzniknout pouze v případě, že jeho ohodnocení stanovené dle předchozí věty činí minimálně 0,5 %.

3.3 Zanechá-li jeden úraz více trvalých tělesných poškození, je příslušné procento odvozeno od součtu ohodnocení jednotlivých trvalých tělesných poškození, nejvýše však 100 %.

3.4 Pro pojištění TNUPP je příslušné procento z pojistné částky pro účely stanovení výše progrese a následného výpočtu pojistného plnění odvozeno následujícím výpočtem:

Ohodnocení trvalého tělesného poškození, resp. součtu trvalých tělesných poškození	Procento progrese
0 % až 25 %	100 %
26 % až 30 %	150 %
31 % až 35 %	200 %
36 % až 40 %	250 %
41 % až 45 %	300 %
46 % až 50 %	350 %
51 % až 55 %	400 %
56 % až 60 %	450 %
61 % až 65 %	500 %
66 % až 70 %	550 %
71 % až 75 %	600 %
76 % až 80 %	650 %
81 % až 85 %	700 %
86 % až 90 %	750 %
91 % až 95 %	800 %
96 % až 100 %	850 %

Součet tělesných poškození se matematicky zaokrouhluje dolů na celé číslo.

3.5 Týkají-li se jednotlivá trvalá tělesná poškození po jednom nebo více úrazech:

a) téže části těla (orgánu, končetiny nebo její části), jsou hodnocena jako celek, a to nejvýše ohodnocením uvedeným v Oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušné části těla (orgánu, končetiny nebo její části),

b) části těla (orgánu, končetiny nebo její části), která byla poškozena již před úrazem, pojišťovna pojistné plnění sníží v poměru k rozsahu těchto předcházejících tělesných poškození.

3.6 Pro účely výpočtu progrese se u druhé a všech následujících pojistných událostí, jejichž předmětem pojistného plnění je alespoň jedno tělesné poškození označené ve sloupci Extra vážné, sčítají všechna tělesná poškození (tzv. paměť), která vznikla od počátku pojištění, byla již předmětem pojistného plnění a jsou označena v Oceňovací tabulce ve sloupci Extra vážné. Dále do výpočtu progrese vstupují také tělesná poškození, která vznikla od počátku pojištění, byla již předmětem pojistného plnění a nejsou výslovně uvedeny v Oceňovací tabulce, pokud jsou srovnatelné s některým poškozením uvedeným v této tabulce ve sloupci Extra vážné.

Příklad z praxe

Pojištěný měl úraz, při kterém přišel o jednu ledvinu. Pojištěný měl sjednánu pojistnou částku ve výši 1 000 000 Kč. V Oceňovací tabulce je ohodnocena ztráta jedné ledviny 25 %. Pojištěnému bude vyplaceno 250 000 Kč.

Pojištěný bude mít po čase úraz a bude mu amputováno předloktí dominantní ruky (v Oceňovací tabulce ohodnoceno 50 %).

Jelikož první i druhá pojistná událost jsou extra vážné úrazy, budou se pro účely výpočtu procenta progrese u druhé pojistné události sčítat procenta ohodnocení (25 % + 50 % = 75 %). Pro výpočet druhého pojistného plnění se tedy použije procento progrese ve výši 600 %.

*Pojištěnému bude za druhé pojistné plnění vyplaceno 3 000 000 Kč (50 % * 600 % * 1 000 000 Kč).*

Poznámka: Pokud by druhá pojistná událost nebyla dle Oceňovací tabulky označena jako Extra vážný, nesčítá se procento progrese s předchozími událostmi. Tedy například: Pokud by byl druhý úraz ztráta jednoho ušního boltce (v Oceňovací tabulce ohodnocen 10 % a nejedná se o extra vážný úraz), pak za tuto událost bude vyplaceno pojistné plnění 100 000 Kč.

3.7 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 80. narozeninách pojištěného (případně po 81. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.3 Pojištění nezaniká dnem výplaty pojistného plnění.

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení jsou uvedeny v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

b) plně nebo částečně v souvislosti s onemocněním včetně systémových infekčních onemocnění, a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu, výjimkou jsou pouze pyogenní infekce rány nebo poranění při úrazu,

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

V případě, že pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude vyplaceno.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Ztráta části těla (orgánu, končetiny nebo její části)** – úplná fyzická ztráta nebo úplné pozbytí funkce, není-li přímo v Oceňovací tabulce uvedeno jinak.

ZPP TNUPP 1.0

PŘÍLOHA: OCEŇOVACÍ TABULKA PLATNÁ K 1. 2. 2016

ČÁST A:

Při hodnocení omezení hybnosti nebo nestability se již nehodnotí zjištěná svalová atrofie. Je-li funkční projev trvalého následku závažného poranění hlavy uveden v tabulce, je hodnocen podle příslušné položky. Není-li uveden v tabulce, je hodnocen podle položky č. 61.

Tělesné poškození			Extra vážné
Oko			
001	Ztráta zraku	dle části B	✔
002	Za anatomickou ztrátu celého oka se ke ztrátě zraku připočítává	5 %	✔
003	Zúžení zorného pole	0,5 % – 20 %	
004	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována snesitelnou brýlovou korekcí ve věku do 15 let včetně	15 %	
005	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována snesitelnou brýlovou korekcí ve věku nad 15 let	12 %	
006	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována kontaktní čočkou	10 %	
007	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována artefakií ve věku do 50 let včetně	8 %	
008	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována artefakií ve věku nad 50 let	3 %	
009	Ztráta čočky u vidoucího oka nekompenzovatelná nebo kompenzovatelná částečně – hodnotí se podle výsledné zrakové ostrosti	dle části B	
010	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku do 15 let včetně	12 %	
011	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku od 15 let do 45 let včetně	8 %	
012	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku od 45 let do 60 let včetně	3 %	
013	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku nad 60 let	0 %	
014	Traumatická porucha postavení očí s dvojitým viděním svisle	20 %	
015	Traumatická porucha postavení očí s dvojitým viděním vodorovně	13 %	
016	Traumatická porucha postavení očí s dvojitým viděním jen při určitém pohledu	7 %	
017	Úplná oboustranná ptosa horního víčka u vidoucího oka	40 %	
018	Úplná jednostranná ptosa horního víčka u vidoucího oka	20 %	
019	Poúrazový lagoftalmus	7 %	
020	Deformace víček	6 %	
021	Chybné postavení očních řas (trichiaza) způsobující komplikace	5 %	
022	Porušení průchodnosti slzných cest v oblasti dolního víčka nebo níže	5 %	
023	Porušení průchodnosti slzných cest v oblasti horního víčka	2 %	
024	Rozšíření a ochrnutí zornice vidoucího oka	3 %	
025	Deformita oka (mimo poruch zornice)	5 %	

	Tělesné poškození		Extra vážné
026	Deformace očnice	6 %	
	Ucho		
027	Hluchota oboustranná	50 %	✔
028	Hluchota jednostranná	20 %	✔
029	Nedoslýchavost jednostranná – velmi těžkého stupně (ztráta 81 dB – 95 dB)	13,5 % – 20 %	
030	Nedoslýchavost jednostranná – těžkého stupně (ztráta 61 dB – 80 dB)	7,5 % – 13 %	
031	Nedoslýchavost jednostranná – středního stupně (ztráta 41 dB – 60 dB)	3,5 % – 7 %	
032	Nedoslýchavost jednostranná – lehkého stupně (ztráta 26 dB – 40 dB)	0,5 % – 3 %	
033	Porucha labyrintu oboustranná	30 %	
034	Porucha labyrintu jednostranná	15 %	
035	Ztráta obou boltců	15 %	✔
036	Ztráta jednoho boltce	10 %	
037	Těžká deformace boltce	4 %	
038	Lehká deformace boltce	2 %	
	Nos		
039	Ztráta nosu se zúžením průduchů	30 %	✔
040	Ztráta nosu bez zúžení průduchů	15 %	
041	Ztráta hrotu nosu	8 %	
042	Deformace nosu	7 %	
043	Perforace nosní přepážky	5 %	
044	Ztráta čichu a/nebo chuti	až 10 %	✔
	Hlava		
045	Ztráta vlasů po skalpaci nad 50 % povrchu hlavy	15,5 % – 30 %	✔
046	Ztráta vlasů po skalpaci do 50 % povrchu hlavy včetně	až 15 %	
047	Kostní defekt klenby lební v rozsahu nad 10 cm^2	15,5 % – 25 %	
048	Kostní defekt klenby lební v rozsahu od 2 cm^2 do 10 cm^2 včetně	5,5 % – 15 %	
049	Kostní defekt klenby lební v rozsahu do 2 cm^2 včetně	až 5 %	
050	Moková píštěl po poranění spodiny lební (likvorea)	10 %	
051	Porucha řeči centrálního původu po úrazu – těžkého stupně	25 %	✔
052	Porucha řeči centrálního původu po úrazu – středního stupně	12 %	
053	Porucha řeči centrálního původu po úrazu – lehkého stupně	6 %	
054	Traumatická porucha lícního nervu těžkého stupně – oboustranná	50 %	
055	Traumatická porucha lícního nervu těžkého stupně – jednostranná	20 %	
056	Traumatická porucha lícního nervu lehkého stupně – oboustranná	10 %	
057	Traumatická porucha lícního nervu lehkého stupně – jednostranná	5 %	
058	Traumatické postižení trojklanného nervu	3 %	
059	Organický psychosyndrom	10 %	
060	Postkomoční syndrom	3 %	
061	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) neurologické mozkové poruchy po závažném poranění hlavy	5 % – 50 %	
	Dutina ústní a zuby		
062	Ztráta jazyka	30 %	✔
063	Stav po poranění jazyka s defektem tkáně nebo jizevnatými deformacemi	7 %	
064	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami (zúžení úst, omezení hybnosti dolní čelisti, defekty rtu) a/nebo deformující jizvy těžkého stupně	20 %	✔

	Tělesné poškození		Extra vážné
065	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami (zúžení úst, omezení hybnosti dolní čelisti, defekty rtu) a/nebo deformující jizvy středně těžkého stupně	13 %	
066	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami (zúžení úst, omezení hybnosti dolní čelisti, defekty rtu) a/nebo deformující jizvy lehkého stupně	7 %	
067	Ztráta jednoho zubu trvalého chrupu	0,5 %	
068	Ztráta každého dalšího zubu trvalého chrupu (max 10 % za všechny zuby)	1 %	
069	Ztráta vitality, odlomení nebo poškození jednoho a/nebo více zubů trvalého chrupu	0 %	
070	Ztráta vitality, odlomení, poškození nebo ztráta zubní náhrady nebo zubu mléčného chrupu	0 %	
	Krk		
071	Trvalá tracheostomie	50 %	✔
072	Zúžení hrtanu a/nebo průdušnice – těžkého stupně	50,5 % – 80 %	✔
073	Zúžení hrtanu a/nebo průdušnice – středního stupně	30,5 % – 50 %	
074	Zúžení hrtanu a/nebo průdušnice – lehkého stupně	10 % – 30 %	
075	Ztráta hlasu – afonie (z jiných příčin než zúžení hrtanu a/nebo průdušnice)	25 %	✔
076	Poškození hlasu – středního stupně (z jiných příčin než zúžení hrtanu a/nebo průdušnice)	12 %	
077	Poškození hlasu – lehkého stupně (z jiných příčin než zúžení hrtanu a/nebo průdušnice)	6 %	
	Hrudník, plíce, srdce a jícen		
078	Poúrazové selhání obou plic – úplné	100 %	✔
079	Ztráta jedné plíce	50 %	✔
080	Omezení hybnosti hrudníku a/nebo srůsty plic následkem poranění plic a/nebo stěny hrudní – těžkého stupně	20 %	
081	Omezení hybnosti hrudníku a/nebo srůsty plic následkem poranění plic a/nebo stěny hrudní – středního stupně	10 %	
082	Omezení hybnosti hrudníku a/nebo srůsty plic následkem poranění plic a/nebo stěny hrudní – lehkého stupně	5 %	
083	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) následky poranění plic – oboustranné	10 % – 80 %	
084	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) následky poranění plic – jednostranné	5 % – 40 %	
085	Poškození velkých cév v oblasti hrudníku a/nebo srdce – těžkého stupně	70,5 % – 100 %	✔
086	Poškození velkých cév v oblasti hrudníku a/nebo srdce – středního stupně	40,5 % – 70 %	
087	Poškození velkých cév v oblasti hrudníku a/nebo srdce – lehkého stupně	10 % – 40 %	
088	Zúžení jícnu – těžkého stupně	60 %	✔
089	Zúžení jícnu – středního stupně	30 %	
090	Zúžení jícnu – lehkého stupně	5 %	
091	Píštěl jícnu	30 %	
092	Ztráta prsu do 45 let věku včetně	10 %	✔
093	Ztráta prsu nad 45 let věku	5 %	✔
	Břicho a trávicí orgány		
094	Poškození trávicích orgánů	20 % – 100 %	✔
095	Ztráta sleziny	20 %	✔
096	Chronická sterkorální píštěl	20 %	
097	Porucha funkce řitních svěračů	10 % – 20 %	
098	Poškození břišní stěny (včetně kýly)	0 %	
	Močové a pohlavní orgány		
099	Ztráta obou ledvin	100 %	✔
100	Ztráta jedné ledviny	25 %	✔
101	Poškození ledviny a/nebo močového měchýře a/nebo močových cest – těžkého stupně	25,5 % – 50 %	
102	Poškození ledviny a/nebo močového měchýře a/nebo močových cest – středního stupně	10,5 % – 25 %	
103	Poškození ledviny a/nebo močového měchýře a/nebo močových cest – lehkého stupně	5 % – 10 %	

Tělesné poškození				Extra vážné
104	Píštěl močového měchýře a/nebo močové roury		20 %	
105	Ztráta obou varlat do 45 let věku včetně		40 %	✔
106	Ztráta obou varlat nad 45 let věku		30 %	✔
107	Ztráta jednoho varlete		10 %	✔
108	Ztráta a/nebo závažné deformity penisu do 45 let věku včetně		50 %	✔
109	Ztráta a/nebo závažné deformity penisu nad 45 let věku		40 %	✔
110	Hydrokéla poúrazová		5 %	
111	Ztráta dělohy do 45 let věku včetně		50 %	✔
112	Ztráta dělohy nad 45 let věku		10 %	✔
113	Ztráta obou vaječníků nebo jednoho při poškození druhého jiného původu do 45 let věku včetně		40 %	✔
114	Ztráta obou vaječníků nebo jednoho při poškození druhého jiného původu nad 45 let věku		20 %	✔
115	Ztráta jednoho vaječníku		10 %	✔
116	Poúrazová deformace pochvy a zevních ženských pohlavních orgánů – těžkého stupně		40 %	✔
117	Poúrazová deformace pochvy a zevních ženských pohlavních orgánů – středního stupně		20 %	
118	Poúrazová deformace pochvy a zevních ženských pohlavních orgánů – lehkého stupně		10 %	
Páteř, mícha a pánev				
119	Poúrazová kvadruplegie		100 %	✔
120	Poúrazová kvadruparéza		50 %	✔
121	Poúrazová paraplegie		100 %	✔
122	Poúrazová hemiplegie		100 %	✔
123	Poúrazová paraparéza		25 %	✔
124	Poúrazová hemiparéza		25 %	✔
125	Poúrazová monoplegie		50 %	✔
126	Poúrazová monoparéza		10 %	✔
127	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů – těžkého stupně		40 %	✔
128	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů – středního stupně		20 %	
129	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů – lehkého stupně		7 %	
130	Poúrazové poškození páteře s objektivním postižením míšních kořenů – těžkého stupně		15 %	
131	Poúrazové poškození páteře s objektivním postižením míšních kořenů – středního stupně		10 %	
132	Poúrazové poškození páteře s objektivním postižením míšních kořenů – lehkého stupně		7 %	
133	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) poúrazové poškození páteře – těžkého stupně		5 %	
134	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) poúrazové poškození páteře – středního stupně		3 %	
135	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) poúrazové poškození páteře – lehkého stupně		1 %	
136	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin do 45 let věku včetně – těžkého stupně		65 %	✔
137	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin do 45 let věku včetně – středního stupně		30 %	
138	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin do 45 let věku včetně – lehkého stupně		10 %	
139	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku – těžkého stupně		50 %	✔
140	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku – středního stupně		25 %	
141	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku – lehkého stupně		10 %	
Horní končetina		Dominantní	Nedominantní	
142	Anatomická ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo mezi ramenním kloubem a loketním kloubem s pahýlem nevhodným k protézování	70 %	60 %	✔

	Tělesné poškození			Extra vážné
143	Anatomická ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo mezi ramenním kloubem a loketním kloubem s pahýlem vhodným k protézování	50 %	40 %	✔
144	Úplná ztuhlost ramenního kloubu	30 %	25 %	
145	Omezení pasivní hybnosti ramenního kloubu – těžkého stupně	10,5 % – 18 %	8,5 % – 15 %	
146	Omezení pasivní hybnosti ramenního kloubu – středního stupně	5,5 % – 10 %	4,5 % – 8 %	
147	Omezení pasivní hybnosti ramenního kloubu – lehkého stupně	až 5 %	až 4 %	
148	Habituální vykloubení ramene	15 %	12 %	
149	Endoprotéza ramenní hlavice	3 %	2 %	
150	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulárního a/nebo akromioklavikulárního kloubu	6 %	5 %	
151	Pakloub kosti pažní	40 %	30 %	
152	Úplná ztuhlost loketního kloubu	25 %	20 %	
153	Omezení hybnosti loketního kloubu – těžkého stupně	12,5 % – 18 %	10,5 % – 15 %	
154	Omezení hybnosti loketního kloubu – středního stupně	8,5 % – 12 %	5,5 % – 10 %	
155	Omezení hybnosti loketního kloubu – lehkého stupně	až 8 %	až 5 %	
156	Viklavý loketní kloub	17 %	15 %	
157	Anatomická ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu	50 %	40 %	✔
158	Pakloub obou kostí předloktí	40 %	30 %	
159	Pakloub kosti vřetenní	30 %	25 %	
160	Pakloub kosti loketní	20 %	15 %	
161	Poškození kloubů radioulnárních – úplná ztuhlost	20 %	16 %	
162	Poškození kloubů radioulnárních – omezená supinace a pronace předloktí těžkého stupně	15 %	12 %	
163	Poškození kloubů radioulnárních – omezená supinace a pronace předloktí středního stupně	12 %	9 %	
164	Poškození kloubů radioulnárních – omezená supinace a pronace předloktí lehkého stupně	10 %	7 %	
165	Anatomická ztráta ruky v zápěstí	50 %	40 %	✔
166	Anatomická ztráta všech prstů ruky (včetně záprstních kostí)	48 %	38 %	✔
167	Anatomická ztráta prstů ruky s výjimkou palce	45 %	35 %	✔
168	Úplná ztuhlost zápěstí	20 %	15 %	
169	Omezení hybnosti zápěstí – těžkého stupně	10,5 % – 15 %	5,5 % – 10 %	
170	Omezení hybnosti zápěstí – středního stupně	5,5 % – 10 %	3,5 % – 5 %	
171	Omezení hybnosti zápěstí – lehkého stupně	až 5 %	až 3 %	
172	Pakloub člunkové kosti	15 %	12 %	
173	Anatomická ztráta palce ruky včetně záprstní kosti	27 %	21 %	✔
174	Anatomická ztráta obou článků palce ruky	20 %	16 %	
175	Anatomická ztráta koncového článku palce ruky	12 %	7 %	
176	Úplná ztuhlost všech kloubů palce	18 %	16 %	
177	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce ruky	9 %	8 %	
178	Úplná ztuhlost základního kloubu palce ruky	9 %	7,5 %	
179	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce ruky	8 %	7 %	
180	Omezení hybnosti karpometakarpálního kloubu palce ruky	6 %	5 %	
181	Omezení hybnosti základního kloubu palce ruky	4 %	3 %	
182	Omezení hybnosti mezičlánkového kloubu palce ruky	3 %	2 %	
183	Anatomická ztráta ukazováku	15 %	12 %	✔
184	Anatomická ztráta dvou distálních článků ukazováku	8 %	6 %	
185	Anatomická ztráta koncového článku ukazováku	5 %	4 %	

	Tělesné poškození			Extra vážné
186	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku	12 %	10 %	
187	Úplná ztuhlost základního kloubu ukazováku	7 %	6 %	
188	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu ukazováku	5 %	4 %	
189	Úplná ztuhlost konečného kloubu ukazováku	1 %	0,5 %	
190	Omezení hybnosti základního článku ukazováku	3 %	2 %	
191	Omezení hybnosti mezičlánkového kloubu ukazováku	2 %	1 %	
192	Omezení hybnosti konečného kloubu ukazováku	1 %	0,5 %	
193	Anatomická ztráta všech tří článků III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	5 %	4 %	✔
194	Anatomická ztráta dvou článků III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	4 %	3 %	✔
195	Anatomická ztráta jednoho článku III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	3 %	2 %	✔
196	Úplná ztuhlost III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	5 %	4 %	
197	Úplná ztuhlost základního kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	3 %	2,5 %	
198	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	2 %	1,5 %	
199	Úplná ztuhlost konečného kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	1 %	0,50 %	
200	Omezení hybnosti v některém kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	1 %	0,50 %	
201	Trvalé poúrazové omezení krevního oběhu či lymfatického systému horní končetiny	až 5 %	až 4 %	
202	Poúrazová atrofie svalstva horní končetiny	2 %	1 %	
203	Obrna celé pleteně pažní (plexus brachialis)	70 %	50 %	✔
204	Obrna podpažního nervu (n. axillaris)	30 %	25 %	
205	Obrna vřetenního nervu (n. radialis)	35 %	27 %	
206	Obrna svalově kožního nervu (n. musculocutaneus)	30 %	20 %	
207	Obrna loketního nervu (n. ulnaris)	30 %	25 %	
208	Obrna středního nervu (n. medianus)	30 %	25 %	
	Dolní končetina			
209	Anatomická ztráta dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo mezi kyčelním a kolenním kloubem s pahýlem nevhodným k protézování		70 %	✔
210	Anatomická ztráta dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo mezi kyčelním a kolenním kloubem s pahýlem vhodným k protézování		60 %	✔
211	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu		30 %	
212	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – těžkého stupně		20,5 % – 27 %	
213	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – středního stupně		13,5 % – 20 %	
214	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – lehkého stupně		až 13 %	
215	Nekróza hlavice kosti stehenní		20 %	
216	Endoprotéza kyčelního kloubu		5 %	
217	Pakloub stehenní kosti		30 %	
218	Zkrácení dolní končetiny o více než 6 cm		25 %	
219	Zkrácení dolní končetiny o 4 až 6 cm včetně		15 %	
220	Zkrácení dolní končetiny o 2 až 4 cm včetně		5 %	
221	Zkrácení dolní končetiny do 2 cm		0 %	
222	Deformity kosti stehenní vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační úchylce (úchylky nad 45° jsou hodnoceny jako ztráta končetiny; při hodnocení osové úchylky nelze současně hodnotit zkrácení končetiny)		5 % (za každých celých 5° úchylky)	
223	Úplná ztuhlost kolenního kloubu		25 %	
224	Omezení hybnosti kolenního kloubu – těžkého stupně		18,5 % – 23 %	
225	Omezení hybnosti kolenního kloubu – středního stupně		10,5 % – 18 %	
226	Omezení hybnosti kolenního kloubu – lehkého stupně		až 10 %	

	Tělesné poškození		Extra vážné
227	Viklavost kolenního kloubu způsobená poruchou funkce předního a zadního zkříženého vazu	25 %	
228	Viklavost kolenního kloubu způsobená poruchou funkce postranního vazu	5 %	
229	Endoprotéza kolenního kloubu	5 %	
230	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérci se ztuhlým kolenem s pahýlem nevhodným k protézování	50 %	✔
231	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérci se ztuhlým kolenem s pahýlem vhodným k protézování	40 %	✔
232	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérci se zachovalým kolenem s pahýlem nevhodným k protézování	45 %	✔
233	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérci se zachovalým kolenem s pahýlem vhodným k protézování	35 %	✔
234	Pakloub kosti holenní a/nebo obou kostí bérce	35 %	
235	Pakloub kosti lýtkové	5 %	
236	Deformity bérce vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační úchylce (úchylky nad 45° jsou hodnoceny jako ztráta končetiny v bérci; při hodnocení osové úchylky nelze současně hodnotit zkrácení končetiny)	5 %	
237	Anatomická ztráta nohy v hlezenném kloubu	40 %	✔
238	Anatomická ztráta chodidla v Chopartově kloubu	30 %	✔
239	Anatomická ztráta chodidla v Lisfrancově kloubu	25 %	✔
240	Deformity v oblasti hlezna a nohy	5 % – 25 %	
241	Úplná ztuhlost hlezenného kloubu v nepříznivém postavení (špička chodidla ohnutá směrem nahoru nebo ohnutá směrem dolů v úhlu větším než 20°)	30 %	
242	Úplná ztuhlost hlezenného kloubu v příznivém postavení	25 %	
243	Omezení hybnosti hlezenného kloubu – těžkého stupně	20,5 % – 25 %	
244	Omezení hybnosti hlezenného kloubu – středního stupně	15,5 % – 20 %	
245	Omezení hybnosti hlezenného kloubu – lehkého stupně	až 15 %	
246	Viklavost hlezenného kloubu	15 %	
247	Omezení pronace	2 %	
248	Omezení supinace	1 %	
249	Anatomická ztráta všech prstů nohy	25 %	✔
250	Anatomická ztráta obou článků palce nohy včetně záprstní kosti	20 %	✔
251	Anatomická ztráta obou článků palce	15 %	✔
252	Anatomická ztráta koncového článku palce nohy	3 %	✔
253	Úplná ztuhlost všech kloubů palce nohy	10 %	
254	Omezení hybnosti základního kloubu palce nohy	5 %	
255	Omezení hybnosti mezičlánkového kloubu palce nohy	2 %	
256	Anatomická ztráta II., III., IV. nebo V. prstu, za každý prst	2 %	✔
257	Trvalé poúrazové omezení krevního oběhu či lymfatického systému dolní končetiny	až 10 %	
258	Obrna sedacího nervu (n. ischiadicus)	50 %	✔
259	Obrna stehenního nervu (n. femoralis)	30 %	✔
260	Obrna holenního nervu (n. tibialis)	35 %	✔
261	Obrna lýtkové nervu (n. fibularis)	30 %	✔
262	Poúrazová atrofie svalstva dolní končetiny	5 %	
	Jizevnaté deformace		
263	Rozsáhlé plošné jizvy po popáleninovém traumatu od 1 % povrchu těla	0,5 % – 40 %	✔
264	Keloidní a/nebo hypertrofické jizvy v obličeji	0,5 % – 5 %	
265	Ostatní jizvy neuvedené v tabulce (např. jizvy kosmetického charakteru, pigmentové jizvy apod.)	0 %	

ČÁST B: HODNOCENÍ SNÍŽENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI (VISU) SE SNESITELNOU KOREKCÍ

Visus	6/6 (1)	6/9 (0,66)	6/12 (0,5)	6/18 (0,33)	6/24 (0,25)	6/30 (0,2)	6/36 (0,16)	6/60 (0,1)	3/60 (0,05)	1/60 (0,016)	0
6/6 (1)	0 %	2 %	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	35 %	50 %
6/9 (0,66)	2 %	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	38 %	55 %
6/12 (0,5)	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	42 %	60 %
6/18 (0,33)	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	46 %	65 %
6/24 (0,25)	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	70 %
6/30 (0,2)	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	75 %
6/36 (0,16)	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	80 %
6/60 (0,1)	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	77 %	85 %
3/60 (0,05)	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	77 %	83 %	90 %
1/60 (0,016)	35 %	38 %	42 %	46 %	52 %	60 %	68 %	77 %	83 %	90 %	95 %
0	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY NÁSLEDKY ÚRAZU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Následky úrazu se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Následky úrazu (dále jen „NU“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění NU je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je tělesné poškození pojištěného, které vzniklo v době trvání pojištění následkem úrazu a které je uvedené v Oceňovací tabulce (příloha těchto ZPP NU).

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že k úrazu došlo v době trvání pojištění, tělesné poškození vzniklo a/nebo se projevilo nejpozději do 12 měsíců ode dne úrazu a pojištěný přežije alespoň 30 dní ode dne úrazu.

2.4 Povahu a rozsah tělesného poškození posoudí pojišťovna jak nejdříve je to vzhledem k charakteru tělesného poškození možné.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni úrazu v pojistné smlouvě. Toto procento je odvozeno od ohodnocení povahy a rozsahu tělesného poškození uvedeného v Oceňovací tabulce.

3.2 Zanechá-li jeden úraz více tělesných poškození uvedených v Oceňovací tabulce, je příslušné procento odvozeno od součtu ohodnocení jednotlivých oblastí tělesných poškození, nejvýše však 100 %. Tělesná poškození zařazená do stejné oblasti jsou pro tento účel hodnocena jako celek, a to nejvyšším ohodnocením vzniklého tělesného poškození v dané oblasti uvedeným v Oceňovací tabulce.

3.3 Utrpí-li pojištěný během trvání tohoto pojištění opakovaně stejné tělesné poškození následkem úrazu, vznikne nárok na pojistné plnění odpovídající jedné polovině ohodnocení za toto tělesné poškození.

3.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.3 Pojištění nezaniká dnem nahlášení pojistné události.

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

b) plně nebo částečně v souvislosti s onemocněním včetně systémových infekčních onemocnění, a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu, výjimkou jsou pouze pyogenní infekce rány nebo poranění při úrazu,

c) v případě povrchového poranění kůže a jakékoli rány, které nebyly ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazujícím šití rány,

d) v případě jakýchkoli zlomenin, pokud pojištěný trpí vrozenou lomivostí kostí, osteoporózou, nádorem a/nebo cystou pojivové tkáně v místě úrazu, a/nebo únavových zlomenin,

e) v případě jakéhokoli natažení svalů, šlach a/nebo kloubních vazů (distenze), pokud není uvedené v Oceňovací tabulce,

f) v případě jakéhokoli tělesného poškození následkem úrazu, které není uvedeno v Oceňovací tabulce v příloze těchto ZPP.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Oblast tělesného poškození** – pro pojištění NU jsou tělesná poškození rozdělena do následujících oblastí:

I. Hlava a smyslové orgány,
II. Krk,
III. Hrudník,
IV. Břicho, močové a pohlavní orgány,
V. Bederní páteř a pánev,
VI. Horní končetina,
VII. Dolní končetina,
VIII. Jiné tělesné poškození.

7.2 **Zhmoždění** – závažné tupé nepronikající poranění způsobené mechanickou silou, v jejímž důsledku vzniká významný krevní výron, bolest, otok a přechodná porucha funkce zasažené části těla a/nebo orgánu prokázané zobrazujícími metodami, přičemž u prstů a kloubů musí být navíc lékařem doporučena a provedena fixace.

7.3 **Fixace** – pevná fixace kovem nebo imobilizace (znehybnění) prostřednictvím sádrové nebo plastové fixace, ortézy, pevné dlahy. Za fixaci se nepovažují elastická obinadla nebo bandáže ani zinkoklihový nebo škrobový obvaz.

7.4 **Dislokace** – posun kostních úlomků, který vyžaduje repozici provedenou lékařem a/nebo osteosyntézu.

7.5 **Vykloubení** – vykloubení (luxace), které vyžadovalo a bylo léčeno minimálně repozicí provedenou odborným lékařem.

7.6 **Distorze** – podvrtnutí, v jehož důsledku vzniká význam ný krevní výron, bolest, otok a přechodná porucha funkce zasažené části těla, které vyžadovalo a bylo léčeno odborným lékařem minimálně přiložením ortézy. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je doložení snímku ze sonografu, magnetické rezonance nebo z jakéhokoli jiného diagnostického zařízení, které prokazuje vznik distorze s poraněním vazů.

7.7 **Neúplné a/nebo úplné přerušení** – porušení kontinuity tkáně prokázané odborným vyšetřením (např. USG/MRI/ASK).

7.8 **Rána** – řezné, sečné, tržné, bodné, střelné rány a rány vzniklé kousnutím zasahujícím do podkoží, ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazujícím šití rány.

7.9 **Chirurgický zákrok** – operace/chirurgický výkon, který je proveden lékařem v lokální nebo v celkové anestezii, přičemž se jedná o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pojištěného, nebo výkon, který vede k odstranění škodlivých okolností hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností.

7.10 **Popálenina** – poškození celistvosti kůže způsobené kontaktem se zdroji tepelné energie, chemikáliemi nebo zdroji velmi nízké teploty.

ZPP NU 1.2

PŘÍLOHA: OCEŇOVACÍ TABULKA PLATNÁ K 1. 2. 2016

V případě neúplné zlomeniny (např. infrakce, fisury, odlomení hran kostí, výstupků a malých úlomků), subperiostální zlomeniny a/nebo kompresivní zlomeniny vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění odpovídající jedné polovině ohodnocení úplné zlomeniny, není-li uvedeno jinak.

	I. Hlava a smyslové orgány	
001	Zlomenina spodiny lební tříštivá a/nebo otevřená	30 %
002	Zlomenina spodiny lební	15 %
003	Zlomenina klenby lební s vpáčenými úlomky a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	25 %
004	Zlomenina klenby lební	12 %
005	Zlomenina horní čelisti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
006	Zlomenina horní čelisti	7 %
007	Zlomenina dolní čelisti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
008	Zlomenina dolní čelisti	4 %
009	Zlomenina nosních kůstek s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	5 %
010	Zlomenina nosních kůstek	1,5 %
011	Zlomeniny jiných kostí lebky a/nebo obličeje tříštivá a/nebo otevřená	5 %
012	Zlomenina jiných kostí lebky a/nebo obličeje	2 %
013	Vykloubení čelisti oboustranné a/nebo jednostranné	5 %
014	Dislokace chrupavky nosní přepážky	1,5 %
015	Subarachnoidální krvácení a/nebo jiná nitrolební poranění	30 %
016	Subdurální krvácení	25 %
017	Epidurální krvácení	20 %
018	Zhmoždění mozku	20 %
019	Otok mozku	10 %
020	Otřes mozku vyžadující hospitalizaci delší než 4 dny	5 %
021	Otřes mozku vyžadující hospitalizaci nepřesahující 4 dny	3 %
022	Vytržení a/nebo ruptura očního bulbu	20 %
023	Poranění očního bulbu s cizím tělesem s odchlípením sítnice	15 %
024	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením čočky	12 %
025	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením řasnatého tělesa a/nebo duhovky	11 %
026	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením rohovky	10 %
027	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením bělimy	9 %
028	Poranění očnice s cizím tělesem	7 %
029	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa s odchlípením sítnice	12 %
030	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením čočky	10 %
031	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením řasnatého tělesa a/nebo duhovky	7 %
032	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením rohovky	5 %
033	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením bělimy	4 %
034	Poranění a/nebo pohmoždění očnice bez cizího tělesa	5 %
035	Pohmoždění očního bulbu s krvácením do přední komory a/nebo sklivce	5 %
036	Poranění spojivky	3 %
037	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina rohovky 3. a/nebo vyššího stupně	7 %
038	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina obou víček 3. a/nebo vyššího stupně	4 %
039	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina rohovky a/nebo spojivky 1. a/nebo 2. stupně	3,5 %
040	Odtržení vlasové části v délce přesahující polovinu jejího obvodu	4 %
041	Perforace ušního bubínku	3 %
042	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy a/nebo nervu	0,5 % – 4 %
	II. Krk	
043	Zlomenina 1. a/nebo 2. krčního obratle tříštivá a/nebo otevřená	45 %
044	Zlomenina 1. a/nebo 2. krčního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	25 %
045	Zlomenina 1. a/nebo 2. krčního obratle	15 %
046	Zlomenina 3. – 7. krčního obratle tříštivá a/nebo otevřená	15 % za každý
047	Zlomenina 3. – 7. krčního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	8 % za každý
048	Zlomenina 3. – 7. krčního obratle	5 % za každý, max. však 15 %

049	Zlomenina příčného a/nebo trnového výběžku krčního obratle	0,5 % za každý
050	Zlomenina jiných částí krku	10 %
051	Vykloubení krčního obratle	25 %
052	Vykloubení jiných částí krku	5 %
053	Ruptura krční meziobratlové ploténky	10 %
054	Blok krční páteře	3 %
055	Otevřené poranění hrtanu a/nebo průdušnice	23 %
056	Otevřené poranění štítné žlázy a/nebo hltanu a/nebo krční části jícnu	15 %
057	Poranění krční a/nebo vertebrální tepny	16 %
058	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy, hlasivky, míchy, hrtanu a/nebo hltanu	0,5 % – 4 %
	III. Hrudník	
059	Zlomenina hrudního obratle tříštivá a/nebo otevřená	15 % za každý, max. však 45 %
060	Zlomenina hrudního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	8 % za každý, max. však 24 %
061	Zlomenina hrudního obratle	5 % za každý, max. však 15 %
062	Zlomenina příčného a/nebo trnového výběžku hrudního obratle	0,5 % za každý
063	Zlomenina hrudní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	12 %
064	Zlomenina hrudní kosti	4 %
065	Zlomenina žebra	1 % za každé
066	Vykloubení hrudního obratle	15 %
067	Vykloubení jiných částí hrudníku	2 %
068	Ruptura hrudní meziobratlové ploténky	10 %
069	Blok hrudní páteře	1 %
070	Poranění srdce s hemoperikardem s otevřeným poraněním dutiny hrudní	50 %
071	Poranění srdce s hemoperikardem bez otevřeného poranění dutiny hrudní	30 %
072	Poranění srdce s otevřeným poraněním dutiny hrudní	25 %
073	Poranění srdce bez otevřeného poranění dutiny hrudní	20 %
074	Poranění plic s otevřeným poraněním dutiny hrudní	25 %
075	Poranění plic bez otevřeného poranění dutiny hrudní	15 %
076	Pneumotorax s otevřeným poraněním dutiny hrudní	10 %
077	Pneumotorax bez otevřeného poranění dutiny hrudní	5 %
078	Poranění bránice a/nebo brzlíku a/nebo mízního systému s otevřeným poraněním dutiny hrudní	17 %
079	Poranění bránice a/nebo brzlíku a/nebo mízního systému bez otevřeného poranění dutiny hrudní	10 %
080	Krvácení do hrudníku s otevřeným poraněním dutiny hrudní	15 %
081	Krvácení do hrudníku bez otevřeného poranění dutiny hrudní	7 %
082	Poranění pohrudnice	3 %
083	Poranění hrudní aorty a/nebo horní duté žíly	23 %
084	Poranění podklíčkových a/nebo plicních cév	17 %
085	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy, míchy a/nebo prsu	0,5 % – 4 %
	IV. Břicho, močové a pohlavní orgány	
086	Poranění sleziny a/nebo jater a/nebo žlučníku a/nebo slinivky břišní a/nebo ledviny s otevřeným poraněním dutiny břišní	25 %
087	Poranění sleziny a/nebo jater a/nebo žlučníku a/nebo slinivky břišní a/nebo ledviny bez otevřeného poranění dutiny břišní	10 %
088	Poranění tlustého střeva vyžadující operační zákrok s resekcí	22 %
089	Poranění tlustého střeva vyžadující operační zákrok bez resekce	16 %
090	Poranění tenkého střeva vyžadující operační zákrok s resekcí	20 %
091	Poranění tenkého střeva vyžadující operační zákrok bez resekce	13 %
092	Perforace dvanáctníku	20 %
093	Perforace žaludku	17 %
094	Perforace dělohy	25 %
095	Perforace močovodu a/nebo močového měchýře a/nebo močové trubice	20 %
096	Poranění jiných nitrobřišních nebo pánevních orgánů s otevřeným poraněním dutiny břišní	8 %

097	Poranění břišní aorty a/nebo dolní duté žíly	20 %
098	Poranění jiných hlavních kmenů nitrobřišních cév	10 %
099	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy, močového a/nebo pohlavního orgánu	0,5 % – 4 %
	V. Bederní páteř a pánev	
100	Zlomenina bederního obratle tříštivá a/nebo otevřená	15 % za každý, max. však 45 %
101	Zlomenina bederního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	8 % za každý, max. však 24 %
102	Zlomenina bederního obratle	5 % za každý, max. však 15 %
103	Zlomenina příčného a/nebo trnového výběžku bederního obratle	0,5 % za každý
104	Zlomenina křížové kosti	15 %
105	Zlomenina kostrče	5 %
106	Zlomenina kloubní jamky kyčelního kloubu tříštivá a/nebo otevřená	25 %
107	Zlomenina kloubní jamky kyčelního kloubu	15 %
108	Zlomenina kyčelní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	20 %
109	Zlomenina kyčelní kosti	10 %
110	Zlomenina stydké a/nebo sedací kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	11 %
111	Zlomenina stydké a/nebo sedací kosti	5 %
112	Vykloubení bederního obratle	15 %
113	Vykloubení křížokyčelního kloubu	12 %
114	Vykloubení jiné části bederní páteře a/nebo pánve	4 %
115	Ruptura bederní meziobratlové ploténky	10 %
116	Ruptura spony stydké	8 %
117	Blok bederní páteře	3 %
118	Blok křížokyčelního kloubu	1 %
119	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, cévy, šlachy, nervu a/nebo míchy	0,5 % – 4 %
	VI. Horní končetina	
120	Zlomenina klíční kosti nitrokloubní	15 %
121	Zlomenina klíční kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
122	Zlomenina klíční kosti	4 %
123	Zlomenina lopatky s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
124	Zlomenina lopatky	5 %
125	Zlomenina horního konce pažní kosti nitrokloubní	23 %
126	Zlomenina horního konce pažní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	16 %
127	Zlomenina horního konce pažní kosti	5 %
128	Zlomenina střední části pažní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	17 %
129	Zlomenina střední části pažní kosti	5 %
130	Zlomenina dolního konce pažní kosti nitrokloubní	23 %
131	Zlomenina dolního konce pažní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	16 %
132	Zlomenina dolního konce pažní kosti	8 %
133	Zlomenina horního konce loketní a/nebo vřetenní kosti nitrokloubní	15 %
134	Zlomenina horního konce loketní a/nebo vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	11 %
135	Zlomenina horního konce loketní a/nebo vřetenní kosti	5 %
136	Zlomenina střední části loketní a/nebo vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
137	Zlomenina střední části loketní a/nebo vřetenní kosti	5 %
138	Zlomenina dolního konce loketní a/nebo vřetenní kosti nitrokloubní	15 %
139	Zlomenina dolního konce loketní a/nebo vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	11 %
140	Zlomenina dolního konce loketní a/nebo vřetenní kosti	5 %
141	Zlomenina loďkovité kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	8 %
142	Zlomenina loďkovité kosti	5 %
143	Zlomenina jiné zápěstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	5 % za každou
144	Zlomenina jiné zápěstní kosti	1,5 % za každou
145	Zlomenina 1. záprstní kosti nitrokloubní	11 %
146	Zlomenina 1. záprstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	8 %

147	Zlomenina 1. záprstní kosti	3 %
148	Zlomenina 2. – 5. záprstní kosti nitrokloubní	3 % za každou
149	Zlomenina 2. – 5. záprstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	2 % za každou
150	Zlomenina 2. – 5. záprstní kosti	1 % za každou
151	Zlomenina palce nitrokloubní	8 %
152	Zlomenina palce s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	6 %
153	Zlomenina palce	4 %
154	Zlomenina 2. – 5. prstu nitrokloubní	3 % za každý
155	Zlomenina 2. – 5. prstu s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	2 % za každý
156	Zlomenina 2. – 5. prstu	1 % za každý
157	Vykloubení loketní a/nebo vřetenní kosti	10 %
158	Vykloubení ramenního kloubu	7 %
159	Vykloubení klíční kosti	5 %
160	Vykloubení zápěstí	4 %
161	Vykloubení jednoho kloubu prstu	2 % za každý
162	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy a/nebo vazu v úrovni předloktí, zápěstí a/nebo ruky	4 %
163	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy a/nebo vazu v úrovni ramene a/nebo paže	3 %
164	Rána pronikající do podkoží; distorze; ztráta celé nehtové ploténky; zhmoždění svalu, šlachy, cévy a/nebo nervu	0,5 % – 4 %
	VII. Dolní končetina	
165	Zlomenina horního konce stehenní kosti nitrokloubní	37 %
166	Zlomenina horního konce stehenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	25 %
167	Zlomenina horního konce stehenní kosti	10 %
168	Zlomenina střední části stehenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
169	Zlomenina střední části stehenní kosti	8 %
170	Zlomenina dolního konce stehenní kosti nitrokloubní	35 %
171	Zlomenina dolního konce stehenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	25 %
172	Zlomenina dolního konce stehenní kosti	10 %
173	Zlomenina čéšky s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
174	Zlomenina čéšky	5 %
175	Zlomenina horního konce holenní kosti nitrokloubní	23 %
176	Zlomenina horního konce holenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
177	Zlomenina horního konce holenní kosti	7 %
178	Zlomenina střední části holenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
179	Zlomenina střední části holenní kosti	5 %
180	Zlomenina dolního konce holenní kosti nitrokloubní	23 %
181	Zlomenina dolního konce holenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
182	Zlomenina dolního konce holenní kosti	7 %
183	Zlomenina lýtkové kosti nitrokloubní	15 %
184	Zlomenina lýtkové kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
185	Zlomenina lýtkové kosti	4 %
186	Zlomenina kotníku typu Weber C	23 %
187	Zlomenina kotníku typu Weber A nebo B s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	18 %
188	Zlomenina kotníku typu Weber A nebo B	12 %
189	Zlomenina patní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	18 %
190	Zlomenina patní kosti	8 %
191	Zlomenina hlezenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	18 %
192	Zlomenina hlezenní kosti	7 %
193	Zlomenina nártní kosti nitrokloubní	6 % za každou
194	Zlomenina nártní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	4 % za každou
195	Zlomenina nártní kosti (MTT)	2 % za každou
196	Zlomenina jiné zánártní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	5 % za každou
197	Zlomenina jiné zánártní kosti (T-tarsus)	3 % za každou
198	Zlomenina palce nitrokloubní	9 %
199	Zlomenina palce s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	8 %

200	Zlomenina palce bez dislokace	3 %
201	Zlomenina 2. – 5. prstu nitrokloubní	2 % za každý
202	Zlomenina 2. – 5. prstu s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	1,5 % za každý
203	Zlomenina 2. – 5. prstu	0,5 % za každý
204	Vykloubení kyčelního kloubu	10 %
205	Vykloubení kolenního kloubu	15 %
206	Vykloubení čéšky	5 %
207	Vykloubení hlezenního a/nebo Chopartova a/nebo Lisfrancova kloubu	10 %
208	Vykloubení jednoho kloubu prstu	2,5 % za každý
209	Úplné přerušení Achillovy šlachy	6 %
210	Úplné přerušení všech svalů a/nebo šlach čtyřhlavého svalu	5 %
211	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy a/nebo vazu dolní končetiny	4 %
212	Rána pronikající do podkoží; ruptura menisku; distorze; ztráta celé nehtové ploténky palce; zhmoždění svalu, šlachy, cévy a/nebo nervu	0,5 % – 4 %
	VIII. Jiné tělesné poškození	
213	Cizí těleso v dolních cestách dýchacích odstraněno operačně	8 %
214	Cizí těleso v dolních cestách dýchacích odstraněno endoskopicky	3 %
215	Cizí těleso v trávicím ústrojí odstraněno operačně	5 %
216	Cizí těleso v trávicím ústrojí odstraněno endoskopicky	0,5 %
217	Cizí těleso v močovém a/nebo pohlavním ústrojí odstraněno operačně	4 %
218	Cizí těleso v močovém a/nebo pohlavním ústrojí odstraněno endoskopicky	1 %
219	Toxický účinek kontaktu s jedovatými živočichy (vyjma bodnutí blanokřídlým hmyzem bez pyogenní infekce)	2 %
220	Otrava jedovatými houbami a/nebo plody a/nebo plyny a/nebo parami a/nebo chemickými látkami vyžadující hospitalizaci delší než 2 dny	0,5 % – 4 %
221	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu, průdušnice a plic 3. a/nebo vyššího stupně	80 %
222	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu a průdušnice 3. a/nebo vyššího stupně	40 %
223	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiné části dýchacího ústrojí 3. a/nebo vyššího stupně	10 %
224	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu, průdušnice a plic 1. a/nebo 2. stupně	25 %
225	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu a průdušnice 1. a/nebo 2. stupně	15 %
226	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiné části dýchacího ústrojí 1. a/nebo 2. stupně	5 %
227	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst, hltanu a jícnu 3. a/nebo vyššího stupně	40 %
228	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst a hltanu 3. a/nebo vyššího stupně	20 %
229	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst, hltanu a jícnu 1. a/nebo 2. stupně	15 %
230	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst a hltanu 1. a/nebo 2. stupně	8 %
231	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina močového a/nebo pohlavního orgánu 3. a/nebo vyššího stupně	30 %
232	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina močového a/nebo pohlavního orgánu 1. a/nebo 2. stupně	15 %
233	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiného vnitřního orgánu 3. a/nebo vyššího stupně	6 %
234	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiného vnitřního orgánu 1. a/nebo 2. stupně	3 %

IX. Popálení, poleptání a/nebo omrzlina povrchu těla Celkové ohodnocení popálení, poleptání a/nebo omrzliny se stanoví jako součet ohodnocení dle celkového rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny a dodatečného ohodnocení dle rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny 3. a/nebo vyššího stupně.			
		Ohodnocení dle celkového rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny	Dodatečné ohodnocení dle rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny 3. a/nebo vyššího stupně
235	do 0,25 % povrchu těla	0 %	2,5 %
236	od 0,25 % včetně do 1 % povrchu těla	2 %	8 %
237	od 1 % včetně do 5 % povrchu těla	3 %	17 %
238	od 5 % včetně do 10 % povrchu těla	6 %	19 %
239	od 10 % včetně do 20 % povrchu těla	12 %	25 %
240	od 20 % včetně do 30 % povrchu těla	25 %	28 %
241	od 30 % včetně do 40 % povrchu těla	35 %	35 %
242	od 40 % včetně do 50 % povrchu těla	45 %	55 %
243	od 50 % včetně do 60 % povrchu těla	55 %	55 %
244	od 60 % včetně do 70 % povrchu těla	65 %	55 %
245	od 70 % povrchu těla včetně	75 %	55 %

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY INVALIDITA 1+2+3

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Invalidita 1+2+3 se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Invalidita 1+2+3 (dále jen „I1+“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění I1+ je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojistné plnění lze sjednat ve formě stanovené pojistné částky nebo pravidelné invalidní penze.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

Invalidita znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potvrdí posudkový lékař nebo lékař určený pojišťovnou.

2.1 Pojistným nebezpečím je invalidita pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí z pojištění I1+ je invalidita pojištěného potvrzená posudkem o invaliditě a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedenými a podmíněná určitou dobou svého trvání po doručení posudku.

2.3 Pokud bylo pojistné plnění sjednáno ve formě stanovené pojistné částky a pokles pracovní schopnosti pojištěného byl nejméně 35 %, tak se pojistné plnění vyplatí formou dvou dávek. Pojistná událost pro výplatu první dávky nastává uplynutím 1 měsíce od doručení posudku o invaliditě pojišťovně a pojistná událost pro druhou dávku pak dnem potvrzení invalidity po 18 měsících jejího nepřetržitého trvání od doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

2.4 Pokud bylo pojistné plnění sjednáno ve formě pravidelné invalidní penze, nastává pojistná událost uplynutím 1 měsíce ode dne doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

2.5 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že pojištění I1+ trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl/a k invaliditě pojištěného, do dne pojistné události a dále, že nemoc, která vedla k invaliditě, nebyla diagnostikována, nebo se její příznaky neprojevily v čekací době. Podmínka úrazu nebo vzniku nemoci v průběhu pojištění I1+ se nevztahuje na tělesná poškození a/nebo nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto pojištění, pokud není v odstavci 8.1 uvedeno jinak.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění I1+ je stanovena čekací doba 90 dnů pro invaliditu z důvodu nemoci.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit přiznání jakéhokoli starobního důchodu nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu

následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména posudek o invaliditě pojištěného, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4.4 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání invalidity. Pokud pojištěný trvání invalidity neprokáže, pojišťovna zastaví výplatu dávek i měsíční invalidní penze a bude vyžadovat vrácení vyplacených dávek a invalidních penzí za dobu, po kterou nebylo trvání invalidity pojištěného prokázáno.

4.5 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu dávek nebo invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného), nejpozději však do 15 dnů od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události dle odstavce 2.3 vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni doručení posudku o invaliditě pojišťovně kombinovanou formou.

5.2 Kombinovanou formou pojistného plnění se rozumí kombinace dvou dávek. Výše první dávky je rovna 50 % ze sjednané pojistné částky pro pojištění I1+ ke dni doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

5.3 Výše druhé dávky je rovna sjednané pojistné částce pro pojištění I1+ ke dni doručení posudku o invaliditě snížené o hodnotu první vyplacené dávky dle odstavce 5.2.

Příklad z praxe
Pojištěný si sjednal pojistnou částku ve výši 1 000 000 Kč. V případě, že se pojištěný stane invalidním podle tohoto pojištění, vyplatí pojišťovna první dávku ve výši 500 000 Kč. Pokud i po uplynutí 18 měsíců invalidita pojištěného trvá, vyplatí pojišťovna druhou dávku ve výši 500 000 Kč.

5.4 V případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou, může pojišťovna na návrh pojistníka změnit kombinovanou formu pojistného plnění na jednorázovou výplatu a nevyžadovat dobu trvání invalidity 18 měsíců ode dne doručení posudku pojišťovně.

Příklad z praxe
V případě, že invalidita je trvalá a nevratná a není tedy pravděpodobné zvýšení pracovní schopnosti pojištěného v budoucnosti, je pojistné plnění vyplaceno jednorázově.

5.5 V případě pojistné události dle odstavce 2.4 výše je vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané v pojistné smlouvě ke dni pojistné události.

5.6 V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce.

Příklad z praxe
Pojištěný si sjednal měsíční invalidní penzi ve výši 10 000 Kč s navýšením o 3 % ročně. V případě, že se pojištěný stane invalidním podle tohoto pojištění, začne pojišťovna vyplácet každý měsíc invalidní penzi 10 000 Kč. Ve druhém roce výplaty se měsíční invalidní penze zvýší o 3 % na 10 300 Kč měsíčně, ve třetím roce se zvýší o další 3 % na 10 609 Kč měsíčně atd.

5.7 Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká dnem:

a) konce pojistné doby, na kterou bylo pojištění I1+ sjednáno,
b) kdy pracovní schopnost pojištěného přestala být nepřetržitě snížena nejméně o 35 %,
c) od kterého byl pojištěnému přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu,
d) smrti pojištěného.

5.8 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Pojištění zaniká dnem doručení posudku o invaliditě pojišťovně. Pojistné události dle odstavce 2.3 a 2.4, které mohou nastat v souvislosti s doručením posudku o invaliditě pojišťovně, však tímto zánikem nejsou dotčeny.

6.4 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu jakýkoli starobní důchod.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného, s výjimkou pokud pojistná událost nastala v souvislosti s poklesem pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 50 % a za podmínky, že nenastala v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány před počátkem pojištění,

Příklad z praxe
V případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 50 % (tzv. invalidita 2. a 3. stupně) bude vyplaceno pojistné plnění i v důsledku duševní nemoci nebo poruchy, která se objevila po počátku pojištění.

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději do 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Invalidita pojištěného** – výhradně pro účely pojištění I1+ je to pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu nejméně o 35 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný. Invaliditu pojištěného posuzuje pojišťovna zejména na základě posudku o invaliditě, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

9.2 **Pracovní schopnost** – schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

9.3 **Pokles pracovní schopnosti** – pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; 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 pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachovalé pracovní schopnosti a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

9.4 **Posudek o invaliditě** – posudek vydaný Správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného.

9.5 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění I1+.

ZPP I1+ 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY INVALIDITA 2+3

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Invalidita 2+3 se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Invalidita 2+3 (dále jen „I2+“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění I2+ je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojistné plnění lze sjednat ve formě stanovené pojistné částky nebo pravidelné invalidní penze.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

Invalidita znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potvrdí posudkový lékař nebo lékař určený pojišťovnou.

2.1 Pojistným nebezpečím je invalidita pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí z pojištění I2+ je invalidita pojištěného potvrzená posudkem o invaliditě a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedenými a podmíněná určitou dobou svého trvání po doručení posudku.

2.3 Pokud bylo pojistné plnění sjednáno ve formě stanovené pojistné částky a pokles pracovní schopnosti pojištěného byl nejméně 50 %, tak se pojistné plnění vyplatí formou dvou dávek. Pojistná událost pro výplatu první dávky nastává uplynutím 1 měsíce od doručení posudku o invaliditě pojišťovně a pojistná událost pro druhou dávku pak dnem potvrzení invalidity po 18 měsících jejího nepřetržitého trvání od doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

2.4 Pokud bylo pojistné plnění sjednáno ve formě pravidelné invalidní penze, nastává pojistná událost uplynutím 1 měsíce ode dne doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

2.5 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že pojištění I2+ trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl/a k invaliditě pojištěného, do dne pojistné události a dále, že nemoc, která vedla k invaliditě, nebyla diagnostikována, nebo se její příznaky neprojevily v čekací době. Podmínka úrazu nebo vzniku nemoci v průběhu pojištění I2+ se nevztahuje na tělesná poškození a/nebo nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto pojištění, pokud není v odstavci 8.1 uvedeno jinak.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění I2+ je stanovena čekací doba 90 dnů pro invaliditu z důvodu nemoci.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit přiznání jakéhokoli starobního důchodu nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu

následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména posudek o invaliditě pojištěného, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4.4 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání invalidity. Pokud pojištěný trvání invalidity neprokáže, pojišťovna zastaví výplatu dávek i měsíční invalidní penze a bude vyžadovat vrácení vyplacených dávek a invalidních penzí za dobu, po kterou nebylo trvání invalidity pojištěného prokázáno.

4.5 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu dávek nebo invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného), nejpozději však do 15 dnů od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události dle odstavce 2.3 vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni doručení posudku o invaliditě pojišťovně kombinovanou formou.

5.2 Kombinovanou formou pojistného plnění se rozumí kombinace dvou dávek. Výše první dávky je rovna 50 % ze sjednané pojistné částky pro pojištění I2+ ke dni doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

5.3 Výše druhé dávky je rovna sjednané pojistné částce pro pojištění I2+ ke dni doručení posudku o invaliditě snížené o hodnotu první vyplacené dávky dle odstavce 5.2.

Příklad z praxe
Pojištěný si sjednal pojistnou částku ve výši 1 000 000 Kč. V případě, že se pojištěný stane invalidním podle tohoto pojištění, vyplatí pojišťovna první dávku ve výši 500 000 Kč. Pokud i po uplynutí 18 měsíců invalidita pojištěného trvá, vyplatí pojišťovna druhou dávku ve výši 500 000 Kč.

5.4 V případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou, může pojišťovna na návrh pojistníka změnit kombinovanou formu pojistného plnění na jednorázovou výplatu a nevyžadovat dobu trvání invalidity 18 měsíců ode dne doručení posudku pojišťovně.

Příklad z praxe
V případě, že invalidita je trvalá a nevratná a není tedy pravděpodobné zvýšení pracovní schopnosti pojištěného v budoucnosti, je pojistné plnění vyplaceno jednorázově.

5.5 V případě pojistné události dle odstavce 2.4 výše je vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané v pojistné smlouvě ke dni pojistné události.

5.6 V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce.

Příklad z praxe
Pojištěný si sjednal měsíční invalidní penzi ve výši 10 000 Kč s navýšením o 3 % ročně. V případě, že se pojištěný stane invalidním podle tohoto pojištění, začne pojišťovna vyplácet každý měsíc invalidní penzi 10 000 Kč. Ve druhém roce výplaty se měsíční invalidní penze zvýší o 3 % na 10 300 Kč měsíčně, ve třetím roce se zvýší o další 3 % na 10 609 Kč měsíčně atd.

5.7 Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká dnem:

a) konce pojistné doby, na kterou bylo pojištění I2+ sjednáno,
b) kdy pracovní schopnost pojištěného přestala být nepřetržitě snížena nejméně o 50 %,
c) od kterého byl pojištěnému přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu,
d) smrti pojištěného.

5.8 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Pojištění zaniká dnem doručení posudku o invaliditě pojišťovně. Pojistné události dle odstavce 2.3 a 2.4, které mohou nastat v souvislosti s doručením posudku o invaliditě pojišťovně, však tímto zánikem nejsou dotčeny.

6.4 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu jakýkoli starobní důchod.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány před počátkem pojištění,

Příklad z praxe
V případě, že invalidita pojištěného dle tohoto pojištění nastane v důsledku duševní nemoci nebo poruchy, která se objevila až po počátku pojištění, pojistné plnění bude vyplaceno.

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí,

při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději do 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Invalidita pojištěného** – výhradně pro účely pojištění I2+ je to pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu nejméně o 50 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný. Invaliditu pojištěného posuzuje pojišťovna zejména na základě posudku o invaliditě, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

9.2 **Pracovní schopnost** – schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

9.3 **Pokles pracovní schopnosti** – pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; 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 pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachovalé pracovní schopnosti a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

9.4 **Posudek o invaliditě** – posudek vydaný Správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného.

9.5 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění I2+.

ZPP I2+ 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY INVALIDITA 3

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Invalidita 3 se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Invalidita 3 (dále jen „I3“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění I3 je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojistné plnění lze sjednat ve formě stanovené pojistné částky nebo pravidelné invalidní penze.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

Invalidita znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potvrdí posudkový lékař nebo lékař určený pojišťovnou.

2.1 Pojistným nebezpečím je invalidita pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí z pojištění I3 je invalidita pojištěného potvrzená posudkem o invaliditě a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedenými a podmíněná určitou dobou svého trvání po doručení posudku.

2.3 Pokud bylo pojistné plnění sjednáno ve formě stanovené pojistné částky a pokles pracovní schopnosti pojištěného byl nejméně 70 %, tak se pojistné plnění vyplatí formou dvou dávek. Pojistná událost pro výplatu první dávky nastává uplynutím 1 měsíce od doručení posudku o invaliditě pojišťovně a pojistná událost pro druhou dávku pak dnem potvrzení invalidity po 18 měsících jejího nepřetržitého trvání od doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

2.4 Pokud bylo pojistné plnění sjednáno ve formě pravidelné invalidní penze, nastává pojistná událost uplynutím 1 měsíce ode dne doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

2.5 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že pojištění I3 trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl/a k invaliditě pojištěného, do dne pojistné události a dále, že nemoc, která vedla k invaliditě, nebyla diagnostikována, nebo se její příznaky neprojevily v čekací době. Podmínka úrazu nebo vzniku nemoci v průběhu pojištění I3 se nevztahuje na tělesná poškození a/nebo nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto pojištění, pokud není v odstavci 8.1 uvedeno jinak.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění I3 je stanovena čekací doba 90 dnů pro invaliditu z důvodu nemoci.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit přiznání jakéhokoli starobního důchodu nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu

následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména posudek o invaliditě pojištěného, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4.4 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání invalidity. Pokud pojištěný trvání invalidity neprokáže, pojišťovna zastaví výplatu dávek i měsíční invalidní penze a bude vyžadovat vrácení vyplacených dávek a invalidních penzí za dobu, po kterou nebylo trvání invalidity pojištěného prokázáno.

4.5 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu dávek nebo invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného), nejpozději však do 15 dnů od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události dle odstavce 2.3 vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni doručení posudku o invaliditě pojišťovně kombinovanou formou.

5.2 Kombinovanou formou pojistného plnění se rozumí kombinace dvou dávek. Výše první dávky je rovna 50 % ze sjednané pojistné částky pro pojištění I3 ke dni doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

5.3 Výše druhé dávky je rovna sjednané pojistné částce pro pojištění I3 ke dni doručení posudku o invaliditě snížené o hodnotu první vyplacené dávky dle odstavce 5.2.

Příklad z praxe
Pojištěný si sjednal pojistnou částku ve výši 1 000 000 Kč. V případě, že se pojištěný stane invalidním podle tohoto pojištění, vyplatí pojišťovna první dávku ve výši 500 000 Kč. Pokud i po uplynutí 18 měsíců invalidita pojištěného trvá, vyplatí pojišťovna druhou dávku ve výši 500 000 Kč.

5.4 V případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou, může pojišťovna na návrh pojistníka změnit kombinovanou formu pojistného plnění na jednorázovou výplatu a nevyžadovat dobu trvání invalidity 18 měsíců ode dne doručení posudku pojišťovně.

Příklad z praxe
V případě, že invalidita je trvalá a nevratná a není tedy pravděpodobné zvýšení pracovní schopnosti pojištěného v budoucnosti, je pojistné plnění vyplaceno jednorázově.

5.5 V případě pojistné události dle odstavce 2.4 výše je vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané v pojistné smlouvě ke dni pojistné události.

5.6 V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce.

Příklad z praxe
Pojištěný si sjednal měsíční invalidní penzi ve výši 10 000 Kč s navýšením o 3 % ročně. V případě, že se pojištěný stane invalidním podle tohoto pojištění, začne pojišťovna vyplácet každý měsíc invalidní penzi 10 000 Kč. Ve druhém roce výplaty se měsíční invalidní penze zvýší o 3 % na 10 300 Kč měsíčně, ve třetím roce se zvýší o další 3 % na 10 609 Kč měsíčně atd.

5.7 Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká dnem:

a) konce pojistné doby, na kterou bylo pojištění I3 sjednáno,
b) kdy pracovní schopnost pojištěného přestala být nepřetržitě snížena nejméně o 70 %,
c) od kterého byl pojištěnému přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu,
d) smrti pojištěného.

5.8 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Pojištění zaniká dnem doručení posudku o invaliditě pojišťovně. Pojistné události dle odstavce 2.3 a 2.4, které mohou nastat v souvislosti s doručením posudku o invaliditě pojišťovně, však tímto zánikem nejsou dotčeny.

6.4 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu jakýkoli starobní důchod.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány před počátkem pojištění,

Příklad z praxe
V případě, že invalidita pojištěného dle tohoto pojištění nastane v důsledku duševní nemoci nebo poruchy, která se objevila až po počátku pojištění, pojistné plnění bude vyplaceno.

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí,

při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději do 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Invalidita pojištěného** – výhradně pro účely pojištění I3 je to pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu nejméně o 70 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný. Invaliditu pojištěného posuzuje pojišťovna zejména na základě posudku o invaliditě, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

9.2 **Pracovní schopnost** – schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

9.3 **Pokles pracovní schopnosti** – pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; 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 pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachovalé pracovní schopnosti a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

9.4 **Posudek o invaliditě** – posudek vydaný Správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného.

9.5 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění I3.

ZPP I3 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY INVALIDITA 4

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Invalidita 4 se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Invalidita 4 (dále jen „I4“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění I4 je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojistné plnění lze sjednat ve formě stanovené pojistné částky nebo invalidní penze.

1.5 Pojištění invalidity 4 lze pro pojištěného sjednat pouze tehdy, pokud má současně v rámci stejného produktu sjednáno pojištění invalidity 1+2+3 a/nebo invalidity 2+3 a/nebo invalidity 3. Tato podmínka musí být splněna po celou dobu trvání pojištění, s výjimkou uvedenou v odstavci 6.5.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažný zdravotní stav pojištěného.

2.2 Pojistná událost z pojištění I4 je současné splnění obou následujících podmínek:

a) u pojištěného nastane alespoň jeden z následujících stavů:

- kvadruplegie nebo
- terminální stadium onemocnění nebo
- snížená soběstačnost,

b) pojištěný se stane invalidním s poklesem pracovní schopnosti nejméně o 70 % a tato invalidita je potvrzena posudkem o invaliditě a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedenými.

Invalidita znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potvrdí posudkový lékař nebo lékař určený pojišťovnou.

2.3 Pojistná událost pro výplatu pojistného plnění ve formě stanovené pojistné částky nastává dnem, ke kterému bude doručen poslední z dokumentů prokazujících splnění obou podmínek dle odstavce 2.2.

2.4 Pojistná událost pro výplatu pojistného plnění ve formě invalidní penze nastává uplynutím 1 měsíce ode dne, ke kterému bude doručen poslední z dokumentů prokazujících splnění obou podmínek dle odstavce 2.2.

2.5 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že pojištění I4 trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl/a k invaliditě pojištěného a stavu dle odstavce 2.2 písm. a), do dne pojistné události, a dále, že nemoc, která vedla k invaliditě a stavu dle odstavce 2.2 písm. a) , nebyla diagnostikována, nebo se její příznaky neprojevily v čekací době. Podmínka úrazu nebo vzniku nemoci v průběhu pojištění I4 se nevztahuje na tělesná poškození a/nebo nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto pojištění, pokud není v článku 8.1 uvedeno jinak.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění I4 je stanovena čekací doba 90 dnů pro pojistnou událost z důvodu nemoci.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit přiznání jakéhokoli starobního důchodu nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku.

4.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží pojišťovně dokumenty, které dokládají, že byly splněny obě podmínky dle odstavce 2.2, zejména nejnovější posudek o invaliditě pojištěného, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného a rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči v případě snížené soběstačnosti pojištěného.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 Pokud je sjednáno pojistné plnění ve formě stanovené pojistné částky, v případě pojistné události vyplatí pojišťovna pojistné plnění jednorázově ve výši pojistné částky, která byla pro pojištění I4 sjednána ke dni pojistné události dle odstavce 2.3.

Příklad z praxe

Pojištěný si sjednal pojištění invalidity 2+3 s pojistnou částkou ve výši 700 000 Kč, pojištění invalidity 3 s pojistnou částkou ve výši 500 000 Kč a dále si obě tato pojištění rozšířil o pojištění invalidity 4, vždy se shodnou výší pojistné částky jako má základní pojištění invalidity. Celková pojistná ochrana pro případ invalidity s poklesem pracovní schopnosti nejméně o 70 % je tedy 1 200 000 Kč.

V důsledku kvadruplegie se pojištěný stal invalidním s poklesem pracovní schopnosti o více než 70 %. Pojišťovna mu vyplatí 700 000 Kč z pojištění invalidity 2+3, 500 000 Kč z pojištění invalidity 3 (dle podmínek pro tato pojištění) a kromě toho také jednorázově 1 200 000 Kč z pojištění invalidity 4 ihned po pojistné události.

5.2 Pokud je sjednáno pojistné plnění ve formě invalidní penze, v případě pojistné události začne pojišťovna vyplácet invalidní penzi dle frekvence a ve výši sjednané v pojistné smlouvě ke dni pojistné události dle odstavce 2.4.

5.3 V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce.

Příklad z praxe

Pojištěný si sjednal pojištění invalidity 3 s měsíční invalidní penzí ve výši 10 000 Kč s navýšením o 3 % ročně, které si dále rozšířil o pojištění invalidity 4 taktéž s navýšením o 3 % ročně a se shodnou výší měsíční invalidní penze jako má základní pojištění invalidity.

Pojištěný se stal invalidním s poklesem pracovní schopnosti o víc než 70 % a zároveň mu byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti III. Pojišťovna mu začne vyplácet měsíčně invalidní penzi ve výši 10 000 Kč z pojištění invalidity 3 (dle podmínek pro toto pojištění) a kromě toho také dalších 10 000 Kč z pojištění invalidity 4. Ve druhém roce bude invalidní penze z obou pojištění navýšena o 3 % na 10 300 Kč měsíčně, ve třetím roce o další 3 % na 10 609 Kč atd.

5.4 Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká dnem:

a) konce pojistné doby, na kterou bylo pojištění I4 před zánikem z důvodu pojistné události sjednáno,

b) od kterého byl pojištěnému přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu,

c) smrti pojištěného.

5.5 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 70. narozeninách pojištěného (případně po 71. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Pojištění zaniká dnem, kdy je pojišťovně doručen poslední z dokumentů prokazujících splnění obou podmínek dle odstavce 2.2. Pojistná událost dle odstavce 2.4, která může nastat v souvislosti s doručením příslušné dokumentace pojišťovně, však tímto zánikem není dotčena.

6.4 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu jakýkoli starobní důchod.

6.5 Ke dni zániku příslušného pojištění invalidity 1+2+3 a/nebo invalidity 2+3 a/nebo invalidity 3, ke kterému se váže pojištění invalidity 4 dle odstavce 1.5, z jakéhokoli jiného důvodu než v důsledku pojistné události, zaniká i pojištění invalidity 4.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány před počátkem pojištění,

Příklad z praxe

V případě, že invalidita pojištěného dle tohoto pojištění nastane v důsledku duševní nemoci nebo poruchy, která se objevila až po počátku pojištění, pojistné plnění bude vyplaceno.

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději do 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Invalidita pojištěného** – výhradně pro účely pojištění I4 je to pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu nejméně o 70 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný. Invaliditu pojištěného posuzuje pojišťovna zejména na základě posudku o invaliditě, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

9.2 **Pracovní schopnost** – schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

9.3 **Pokles pracovní schopnosti** – pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; 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 pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachovalé pracovní schopnosti a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

9.4 **Posudek o invaliditě** – posudek vydaný Správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného.

9.5 **Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči** – rozhodnutí vydané Úřadem práce v řízení vedeném podle Hlavy VII (§ 23 a násl.) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující přiznání příspěvku na péči.

9.6 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění I4.

9.7 **Kvadruplegie** – trvalé a úplné ochrnutí všech končetin.

9.8 **Terminální stadium onemocnění** – může jít o různé druhy velmi závažných onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností do 12 měsíců k úmrtí pojištěného (např. generalizovaná nádorová onemocnění, která se vymkla kontrole léčbou nebo o konečná stadia selhávání životně důležitých orgánů, kde transplantace není v konkrétním případě možná např. pro celkové poškození organismu). Zda se jedná o terminální stadium onemocnění posuzuje pojišťovna zejména na základě lékařské dokumentace, resp. posudku o invaliditě, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

9.9 **Snížená soběstačnost** – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli kterému:

a) byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči podle příslušných předpisů o sociálních službách nejméně pro stupeň závislosti III nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený příspěvek pro těžkou závislost na pomoci jiné fyzické osoby a zároveň

b) pojištěný není schopen zvládat z důvodu nepříznivého zdravotního stavu 7 a více (u osob mladších 18 let 6 a více) základních životních potřeb podle příslušných předpisů o sociálních službách a zároveň

c) pojištěný neprovozuje žádnou soustavnou výdělečnou činnost.

Při posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby se podpůrně využijí příslušné právní předpisy upravující přiznání příspěvku na péči. Sníženou soběstačnost pojištěného posuzuje pojišťovna zejména na základě rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

ZPP I4 1.0

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ STANDARD

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Závažná onemocnění Standard se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Závažná onemocnění Standard (dále jen „ZO2“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZO2 je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažné onemocnění pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo okamžik ukončení jednoho z lékařských zákroků uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události je přežití pojištěného po dobu alespoň 30 dnů ode dne stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo skončení lékařského zákroku, uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.4 Dále je podmínkou vzniku pojistné události skutečnost, že pojištěný netrpěl příslušným závažným onemocněním nebo onemocněním, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, před počátkem pojištění, ani se u něj neobjevily příznaky tohoto závažného onemocnění nebo onemocnění, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, v průběhu čekací doby.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění ZO2 je stanovena čekací doba na 90 dnů. Pokud pojistná událost nastane v čekací době, pojištění zaniká.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 Pojišťovna vyplatí pojistné plnění nejvýše z jedné pojistné události.

4.3 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně

po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká výplatou pojistného plnění.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

a1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

a2) onemocněním viru HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

a3) onemocněním viru HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

b) v případě jakéhokoli onemocnění nebo provedení lékařského zákroku, které nejsou výslovně uvedeny v Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků,

c) v případě, kdy dojde k závažnému onemocnění nebo provedení lékařského zákroku následkem požití alkoholu, léků nebo jiných omamných či návykových látek,

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Den stanovení diagnózy** – okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

8.2 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění ZO2.

9 SEZNAM ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ, DIAGNÓZ A LÉKAŘSKÝCH ZÁKROKŮ

9.1 Pro pojištění ZO2 obsahuje Seznam závažných, diagnóz a lékařských zákroků následující položky:

a) Akutní infarkt myokardu,
b) Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice),
c) Zhoubné novotvary (nádory),
d) Konečná (terminální) fáze selhání ledvin,
e) Transplantace životně důležitého orgánu,
f) Bypass srdečních (věnčitých) tepen,
g) Slepota,
h) Hluchota,
i) Nezhoubný nádor mozku,
j) Onemocnění HIV získané při transfúzi krve,
k) Onemocnění HIV získané při výkonu povolání,
l) Onemocnění HIV získané při fyzickém napadení nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,
m) Závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte,
n) Roztroušená skleróza,
o) Kóma.

9.2 **AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU** – onemocnění, při němž dochází k odumření části srdečního svalu v důsledku náhlého uzávěru věnčité tepny, která zásobuje danou oblast. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být prokázána anamnézou typické bolesti na hrudi, významným zvýšením hladiny kardiospecifických enzymů a nově vzniklými elektrokardiografi (EKG) změnami, které dokumentují vznik a rozvoj akutního infarktu myokardu.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) pojištěný prodělal jakýkoli akutní infarkt myokardu již před uzavřením pojištění ZO2,

b) onemocnění bylo klasifikováno jako angina pectoris jakéhokoli typu,

c) onemocnění bylo klasifikováno jako mikroinfarkt s pouze mírným zvýšením hladiny Troponinu–T a nebyly diagnostikovány žádné elektrokardiografické (EKG) změny nebo jiné klinické symptomy.

9.3 **CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (MOZKOVÁ MRTVICE)** – cévní onemocnění mozku, které má za následek vznik takových klinicky prokazatelných neurologických příznaků, které v akutní fázi trvají po dobu alespoň 24 hodin a zároveň následně přecházejí v trvalý neurologický defekt, který je prokazatelný při odborném vyšetření s odstupem 6 týdnů po vzniku onemocnění; diagnóza cévní mozkové příhody musí být přitom dokumentována vznikem nových odpovídajících změn při vyšetření počítačovou tomografií (CT) nebo nukleární magnetickou rezonancí (MRI).

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) onemocnění bylo klasifikováno jako transientní ischemická ataka,

b) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené migrénou,

c) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným okysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,

d) příznaky porušené funkce oka a/nebo očního nervu byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným okysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,

e) příznaky poruchy vestibulárního aparátu byly způsobené jeho nedostatečným prokrvením (ischemií).

9.4 **ZHOUBNÉ NOVOTVARY (NÁDORY)** – onemocnění, při němž dochází k nekontrolovanému růstu a šíření zhoubných buněk, které pronikají do normální tkáně. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci, která obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru (nádoru), která byla potvrzena onkologem nebo patologem.

Pro potřeby definice pojistné události termín „zhoubné novotvary (nádory)“ zahrnuje:

a) solidní (kompaktní) zhoubné nádory,
b) leukémii (vyjma chronické lymfatické leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace),
c) maligní lymfomy,
d) Hodgkinovu chorobu,
e) zhoubná onemocnění kostní dřeně,
f) metastázující kožní nádory.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) chronická lymfatická leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace,

b) nádor typu carcinoma in situ,

c) cervikální dysplazie a/nebo karcinom cervixu klasifikované jako CIN-1, CIN-2 nebo CIN-3,

d) nádorové bujení klasifikované histologicky jako premaligní (prekanceróza) a/nebo jako neinvazivní karcinom,

e) karcinom prostaty hodnocený podle TNM klasifikace stupněm T1 (včetně T1a nebo T1b) a/nebo hodnocený nižšími stupni podle jakékoli jiné srovnatelné klasifikace,

f) kožní melanom hodnocený podle klinické a patologické klasifikace stupněm nižším než IIA (to znamená stupněm nižším než T2b podle TNM klasifikace, s histologicky ověřenou hloubkou invaze méně než 2 mm bez ulcerace),

g) všechny hyperkeratózy a karcinomy vycházející z bazálních a skvamozních kožních buněk,

h) jakékoli nádory, pokud u pojištěného byla prokázána přítomnost viru HIV (AIDS).

9.5 **KONEČNÁ (TERMINÁLNÍ) FÁZE SELHÁNÍ LEDVIN** – úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci prokazující, že musí podstupovat pravidelnou hemodialýzu po dobu minimálně 3 měsíců. Pojistná událost nastává uplynutím posledního dne uvedené lhůty.

9.6 **TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÉHO ORGÁNU** – pokud byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu 6 měsíců, a to uplynutím posledního dne této lhůty. Pro účely pojištění ZO2 se za lékařský zákrok považuje transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

a) srdce,
b) plíce,
c) játra,
d) ledvina,
e) pankreas (slinivka břišní),
f) totální (úplná) ablace kostní dřeně a následná transplantace lidské kostní dřeně za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným (terminálním) selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistná událost však nenastává v následujících případech transplantace kostní dřeně:

a) transplantaci nepředchází totální (úplná) ablace kostní dřeně,

b) následná transplantace lidské kostní dřeně byla provedena za použití jiných než kmenových hematopoetických buněk.

9.7 **BYPASS SRDEČNÍCH (VĚNČITÝCH) TEPEN** – pokud pojištěný podstoupí kardiochirurgický výkon na otevřeném srdci za účelem provedení bypassu jedné nebo více zúžených nebo uzavřených srdečních (věnčitých) tepen za pomoci žilních štěpů. Pojištěný je povinen předložit angiografii (koronarografii), která

byla důvodem provedení výše uvedeného kardiochirurgického výkonu, a písemné vyjádření odborníka (kardiologa) potvrzující, že provedení tohoto zákroku bylo z lékařského hlediska nezbytné.

Pojistná událost však nenastává, pokud zprůchodnění srdečních (věnčitých) tepen je provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury.

9.8 **SLEPOTA** – úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta vidění obou očí způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (oftalmologa). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (oftalmologa) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu vidění obou očí ovlivnit. Pojistná událost však nenastává, pokud byla slepota obou očí způsobená úrazem.

9.9 **HLUCHOTA** – úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší trvající déle než 12 měsíců způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (ušního lékaře). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (ušního lékaře) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu sluchového vjemu obou uší ovlivnit. Pojistná událost však nenastává, pokud byla hluchota obou uší způsobená úrazem.

9.10 **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU** – nádor v nitrolební oblasti splňující obě následující kritéria:

a) jedná se o nezhoubný nádor v oblasti mozkové tkáně nebo o nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku,

b) přítomnost uvedeného nádoru nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) musí způsobovat příznaky trvalého neurologického poškození.

Diagnóza nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena písemným vyjádřením neurologa nebo neurochirurga.

Pojistná událost však nenastává, pokud je nezhoubný nádor mozku klasifikován jako:

a) cysta,
b) granulom,
c) malformace postihující mozkové tepny,
d) malformace postihující mozkové žíly,
e) hematom,
f) nádor v oblasti hypofýzy,
g) nádor v oblasti míchy.

9.11 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFÚZI KRVE** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění ZO2,

b) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

c) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla infekce do organismu pojištěného přenesena jakýmkoli jiným způsobem než krevní transfúzí nebo ke dni oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

9.12 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění ZO2

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

e) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

f) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

9.13 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI FYZICKÉM NAPADENÍ NEBO PŘI POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ PRVNÍ POMOCI PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

9.14 **ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ ZPŮSOBENÁ PŘISÁTÍM KLÍŠŤĚTE** – závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobená přisátím klíštěte. Příznaky onemocnění se musí projevit v období 3 měsíců následujících po přisátí klíštěte a přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klíšťová meningoencefalitida (KE) je encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou obvykle přeneseny klíštětem v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

a) pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

b) pojištěný pobýval v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE,

c) KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,

d) pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,

e) závažné neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeská nemoc je bakteriální zánětlivé infekční onemocnění se závažnými kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

a) pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

b) pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi,

c) pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),

d) příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

9.15 **ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA** – zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s ložisky demyelinizace v centrálním nervovém systému. Diagnóza musí být stanovena neurologem a doložena výsledky nukleární magnetické rezonance (MRI) a/nebo počítačové tomografi (CT) a některým z dalších testů (rozborem likvoru, vyšetřením evokovaných potenciálů, stanovením sérových autoprotilátek apod.). Onemocnění centrálního nervového systému z jakýchkoli jiných příčin (např. z důvodu nemocí krevních cév nebo bakteriálního a/nebo virového onemocnění) musí být jednoznačně vyloučeno.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby se onemocnění projevovalo trvalým a nezvratným neurologickým defektem.

Neurologickým defektem se rozumí minimálně jeden z těchto stavů:

a) obrna v obou horních nebo v obou dolních končetinách znemožňující pojištěnému provádět některý z běžných denních úkonů (např. samostatná konzumace připraveného jídla),

b) neurologicky potvrzené závažné narušení chůze,

c) pojištěný je odkázán na invalidní vozík.

Nezvratnost neurologického defektu stanoví a potvrzuje neurolog, a to nejdříve po 6 měsících od data prvního projevu trvalého neurologického defektu z důvodu onemocnění roztroušenou sklerózou.

9.16 **KÓMA** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější podněty či vnitřní potřeby přetrvávající nepřetržitě po dobu nejméně 96 hodin s nutností zajištění a podpory základních životních funkcí.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby následkem kómatu došlo k trvalému nezvratnému neurologickému defektu způsobujícímu trvalou a nezvratnou neschopnost pojištěného provádět alespoň jeden z níže uvedených denních úkonů:

a) pohybovat se z místnosti do místnosti po rovném povrchu,
b) samostatně konzumovat připravené jídlo,
c) verbálně komunikovat se svým okolím.

Trvalý nezvratný neurologický defekt způsobující alespoň jeden z výše uvedených projevů není podmínkou vzniku pojistné události v případě, že kóma trvá nepřetržitě déle než 2 měsíce.

ZPP ZO2 1.3

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ STANDARD PLUS

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Závažná onemocnění Standard Plus se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Závažná onemocnění Standard Plus (dále jen „ZO3“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZO3 je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažné onemocnění pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo okamžik ukončení jednoho z lékařských zákroků uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události je přežití pojištěného po dobu alespoň 30 dnů ode dne stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo skončení lékařského zákroku, uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.4 Dále je podmínkou vzniku pojistné události skutečnost, že pojištěný netrpěl příslušným závažným onemocněním nebo onemocněním, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, před počátkem pojištění, ani se u něj neobjevily příznaky tohoto závažného onemocnění nebo onemocnění, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, v průběhu čekací doby.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění ZO3 je stanovena čekací doba na 90 dnů. Pokud pojistná událost nastane v čekací době, pojištění zaniká.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 Pojišťovna vyplatí pojistné plnění nejvýše z jedné pojistné události.

4.3 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění,

nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká výplatou pojistného plnění.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

a1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

a2) onemocněním viru HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

a3) onemocněním viru HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

b) v případě jakéhokoli onemocnění nebo provedení lékařského zákroku, které nejsou výslovně uvedeny v Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků,

c) v případě, kdy dojde k závažnému onemocnění nebo provedení lékařského zákroku následkem požití alkoholu, léků nebo jiných omamných či návykových látek,

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Den stanovení diagnózy** – okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

8.2 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění ZO3.

9 SEZNAM ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ, DIAGNÓZ A LÉKAŘSKÝCH ZÁKROKŮ

9.1 Pro pojištění ZO3 obsahuje Seznam závažných, diagnóz a lékařských zákroků následující položky:

a) Akutní infarkt myokardu,
b) Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice),
c) Zhoubné novotvary (nádory),
d) Konečná (terminální) fáze selhání ledvin,
e) Transplantace životně důležitého orgánu,
f) Bypass srdečních (věnčitých) tepen,
g) Slepota,
h) Hluchota,
i) Nezhoubný nádor mozku,
j) Onemocnění HIV získané při transfúzi krve,
k) Onemocnění HIV získané při výkonu povolání,
l) Onemocnění HIV získané při fyzickém napadení nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,
m) Závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte,
n) Roztroušená skleróza,
o) Kóma,
p) Pokročilá demence,
q) Alzheimerova choroba,
r) Operace aorty,
s) Bakteriální meningitida,
t) Operace srdeční chlopně,
u) Spinální svalová atrofie,
v) Progresivní bulbární obrna,
w) Amyotrofická a primární laterální skleróza,
x) Paralýza,
y) Parkinsonova choroba,
z) Chronické selhání plic,
aa) Crohnova nemoc,
bb) Primární (idiopatická a familiární) plicní hypertenze,
cc) Encefalitida,
dd) Poliomyelitida (mozková obrna),
ee) Aplastická anémie,
ff) Tetanus.

9.2 **AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU** – onemocnění, při němž dochází k odumření části srdečního svalu v důsledku náhlého uzávěru věnčité tepny, která zásobuje danou oblast. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být prokázána anamnézou typické bolesti na hrudi, významným zvýšením hladiny kardiospecifi ckých enzymů a nově vzniklými elektrokardiografi (EKG) změnami, které dokumentují vznik a rozvoj akutního infarktu myokardu.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) pojištěný prodělal jakýkoli akutní infarkt myokardu již před uzavřením pojištění ZO3,
b) onemocnění bylo klasifikováno jako angina pectoris jakéhokoli typu,
c) onemocnění bylo klasifikováno jako mikroinfarkt s pouze mírným zvýšením hladiny Troponinu-T a nebyly diagnostikovány žádné elektrokardiografické (EKG) změny nebo jiné klinické symptomy.

9.3 **CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (MOZKOVÁ MRTVICE)** – cévní onemocnění mozku, které má za následek vznik takových klinicky prokazatelných neurologických příznaků, které v akutní fázi trvají po dobu alespoň 24 hodin a zároveň následně přecházejí v trvalý neurologický defekt, který je prokazatelný při odborném vyšetření s odstupem 6 týdnů po vzniku onemocnění; diagnóza cévní mozkové příhody musí být přitom dokumentována vznikem nových odpovídajících změn při vyšetření počítačovou tomografií (CT) nebo nukleární magnetickou rezonancí (MRI).

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) onemocnění bylo klasifikováno jako transientní ischemická ataka,
b) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené migrénou,
c) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným okysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
d) příznaky porušené funkce oka a/nebo očního nervu byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným okysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
e) příznaky poruchy vestibulárního aparátu byly způsobené jeho nedostatečným prokrvením (ischemií).

9.4 **ZHOUBNÉ NOVOTVARY (NÁDORY)** – onemocnění, při němž dochází k nekontrolovanému růstu a šíření zhoubných buněk, které pronikají do normální tkáně. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci, která obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru (nádoru), která byla potvrzena onkologem nebo patologem.

Pro potřeby definice pojistné události termín „zhoubné novotvary (nádory)“ zahrnuje:

a) solidní (kompaktní) zhoubné nádory,
b) leukémii (vyjma chronické lymfatické leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace),
c) maligní lymfomy,
d) Hodgkinovu chorobu,
e) zhoubná onemocnění kostní dřeně,
f) metastázující kožní nádory.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) chronická lymfatická leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace,

b) nádor typu carcinoma in situ,

c) cervikální dysplazie a/nebo karcinom cervixu klasifikované jako CIN-1, CIN-2 nebo CIN-3,

d) nádorové bujení klasifikované histologicky jako premaligní (prekanceróza) a/nebo jako neinvazivní karcinom,

e) karcinom prostaty hodnocený podle TNM klasifikace stupněm T1 (včetně T1a nebo T1b) a/nebo hodnocený nižšími stupni podle jakékoli jiné srovnatelné klasifikace,

f) kožní melanom hodnocený podle klinické a patologické klasifikace stupněm nižším než IIA (to znamená stupněm nižším než T2b podle TNM klasifikace, s histologicky ověřenou hloubkou invaze méně než 2 mm bez ulcerace),

g) všechny hyperkeratózy a karcinomy vycházející z bazálních a skvamozních kožních buněk,

h) jakékoli nádory, pokud u pojištěného byla prokázána přítomnost viru HIV (AIDS).

9.5 **KONEČNÁ (TERMINÁLNÍ) FÁZE SELHÁNÍ LEDVIN** – úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci prokazující, že musí podstupovat pravidelnou hemodialýzu po dobu minimálně 3 měsíců. Pojistná událost nastává uplynutím posledního dne uvedené lhůty.

9.6 **TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÉHO ORGÁNU** – pokud byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu 6 měsíců, a to uplynutím posledního dne této lhůty. Pro účely pojištění ZO3 se za lékařský zákrok považuje transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

a) srdce,
b) plíce,
c) játra,
d) ledvina,
e) pankreas (slinivka břišní),
f) totální (úplná) ablace kostní dřeně a následná transplantace lidské kostní dřeně za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným (terminálním) selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistná událost však nenastává v následujících případech transplantace kostní dřeně:

a) transplantaci nepředchází totální (úplná) ablace kostní dřeně,
b) následná transplantace lidské kostní dřeně byla provedena za použití jiných než kmenových hematopoetických buněk.

9.7 **BYPASS SRDEČNÍCH (VĚNČITÝCH) TEPEN** – pokud pojištěný podstoupí kardiochirurgický výkon na otevřeném srdci za účelem provedení bypassu jedné nebo více zúžených nebo uzavřených srdečních (věnčitých) tepen za pomoci žilních štěpů. Pojištěný je povinen předložit angiografii (koronarografii), která byla důvodem provedení výše uvedeného kardiochirurgického výkonu, a písemné vyjádření odborníka (kardiologa) potvrzující, že provedení tohoto zákroku bylo z lékařského hlediska nezbytné.

Pojistná událost však nenastává, pokud zprůchodnění srdečních (věnčitých) tepen je provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury.

9.8 **SLEPOTA** – úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta vidění obou očí způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (oftalmologa). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (oftalmologa) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu vidění obou očí ovlivnit. Pojistná událost však nenastává, pokud byla slepota obou očí způsobená úrazem.

9.9 **HLUCHOTA** – úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší trvající déle než 12 měsíců způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (ušního lékaře). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (ušního lékaře) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu sluchového vjemu obou uší ovlivnit. Pojistná událost však nenastává, pokud byla hluchota obou uší způsobená úrazem.

9.10 **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU** – nádor v nitrolební oblasti splňující obě následující kritéria:

a) jedná se o nezhoubný nádor v oblasti mozkové tkáně nebo o nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku,
b) přítomnost uvedeného nádoru nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) musí způsobovat příznaky trvalého neurologického poškození.

Diagnóza nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena písemným vyjádřením neurologa nebo neurochirurga.

Pojistná událost však nenastává, pokud je nezhoubný nádor mozku klasifikován jako:

a) cysta,
b) granulom,
c) malformace postihující mozkové tepny,
d) malformace postihující mozkové žíly,
e) hematom,
f) nádor v oblasti hypofýzy,
g) nádor v oblasti míchy.

9.11 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFÚZI KRVE** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění ZO3,
b) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,
c) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla infekce do organismu pojištěného přenesena jakýmkoli jiným způsobem než krevní transfúzí nebo ke dnu oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

9.12 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění ZO3
   - při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
   - jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
   - při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,
b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,
c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,
d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,
e) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,
f) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

9.13 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI FYZICKÉM NAPADENÍ NEBO PŘI POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ PRVNÍ POMOCI PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,
b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,
c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

9.14 **ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ ZPŮSOBENÁ PŘISÁTÍM KLÍŠŤĚTE** – závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobená přisátím klíštěte. Příznaky onemocnění se musí projevit v období 3 měsíců následujících po přisátí klíštěte a přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klíšťová meningoencefalitida (KE) je encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou obvykle přeneseny klíštětem v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

a) pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

b) pojištěný pobýval v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE,

c) KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,

d) pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,

e) závažné neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeská nemoc je bakteriální zánětlivé infekční onemocnění se závažnými kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

a) pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
b) pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi,
c) pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
d) příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

9.15 **ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA** – zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s ložisky demyelinizace v centrálním nervovém systému. Diagnóza musí být stanovena neurologem a doložena výsledky nukleární magnetické rezonance (MRI) a/nebo počítačové tomografi (CT) a některým z dalších testů (rozborem likvoru, vyšetřením evokovaných potenciálů, stanovením sérových autoprotilátek apod.). Onemocnění centrálního nervového systému z jakýchkoli jiných příčin (např. z důvodu nemocí krevních cév nebo bakteriálního a/nebo virového onemocnění) musí být jednoznačně vyloučeno.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby se onemocnění projevovalo trvalým a nezvratným neurologickým defektem. Neurologickým defektem se rozumí minimálně jeden z těchto stavů:

a) obrna v obou horních nebo v obou dolních končetinách znemožňující pojištěnému provádět některý z běžných denních úkonů (např. samostatná konzumace připraveného jídla),
b) neurologicky potvrzené závažné narušení chůze,
c) pojištěný je odkázán na invalidní vozík.

Nezvratnost neurologického defektu stanoví a potvrzuje neurolog, a to nejdříve po 6 měsících od data prvního projevu trvalého neurologického defektu z důvodu onemocnění roztroušenou sklerózou.

9.16 **KÓMA** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější podněty či vnitřní potřeby přetrvávající nepřetržitě po dobu nejméně 96 hodin s nutností zajištění a podpory základních životních funkcí.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby následkem kómatu došlo k trvalému nezvratnému neurologickému defektu způsobujícímu trvalou a nezvratnou neschopnost pojištěného provádět alespoň jeden z níže uvedených denních úkonů:

a) pohybovat se z místnosti do místnosti po rovném povrchu,
b) samostatně konzumovat připravené jídlo,
c) verbálně komunikovat se svým okolím.

Trvalý nezvratný neurologický defekt způsobující alespoň jeden z výše uvedených projevů není podmínkou vzniku pojistné události v případě, že kóma trvá nepřetržitě déle než 2 měsíce.

9.17 **POKROČILÁ DEMENCE** – trvalé organické psychiatrické onemocnění charakterizované povšechnou významnou ztrátou mozkových funkcí zahrnující poruchy paměti, úsudku, abstraktního myšlení a změnu osobnosti. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem na základě standardizovaných diagnostických metod a testů. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že ztráta mozkových funkcí v důsledku tohoto onemocnění je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného v důsledku tohoto onemocnění vyžaduje nepřetržitý dohled a péči druhé osoby, aby pojištěný neohrozil sebe nebo okolí.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.18 **ALZHEIMEROVA CHOROBA** – progresivní degenerativní onemocnění mozku charakterizované povšechnou atrofii mozkové kůry s typickými histopatologickými změnami. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem na základě standardizovaných diagnostických metod a testů. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že ztráta mozkových funkcí v důsledku tohoto onemocnění je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného v důsledku tohoto onemocnění vyžaduje nepřetržitý dohled a péči druhé osoby, aby pojištěný neohrozil sebe nebo okolí.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.19 **OPERACE AORTY** – operace na hlavním kmeni hrudní a/nebo břišní aorty (tj. nezahrnuje periferní větve) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpání, zúžení a/nebo traumatické roztržení aorty. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují uvedené skutečnosti a současně je doložena nezbytnost operačního zákroku.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci srdeční aorty došlo v důsledku získaného onemocnění vzniklého v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.20 **BAKTERIÁLNÍ MENINGITIDA** – zánět mozkových nebo míšních blan způsobený bakteriální infekcí. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby nebo
c) neschopnost verbálně komunikovat s okolím.

9.21 **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ** – operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem náhrady srdeční chlopně nebo její korekce v důsledku vady srdeční chlopně nebo její abnormality. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují tuto skutečnost a současně je doložena nezbytnost operačního zákroku.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění vzniklého v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.22 **SPINÁLNÍ SVALOVÁ ATROFIE** – progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo

b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

9.23 **PROGRESIVNÍ BULBÁRNÍ OBRNA** – progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt (poruchu), kterým je neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

9.24 **AMYOTROFICKÁ A PRIMÁRNÍ LATERÁLNÍ SKLERÓZA** – progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo

b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

9.25 **PARALÝZA** – trvalá a úplná ztráta funkce nejméně dvou celých končetin zapříčiněná úrazem nebo onemocněním postihujícím míchu. Končetinou se rozumí celá horní končetina nebo celá dolní končetina. Diagnóza musí být potvrzena neurologem.

9.26 **PARKINSONOVA CHOROBA** – pomalu progredující onemocnění centrálního nervového systému, kdy dochází k degenerativním změnám centrálních (mozkových) neuronů, které způsobují snížení hladiny dopaminu v některých částech mozku. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že diagnóza onemocnění byla jednoznačně potvrzena neurologem a současně odborné nálezy potvrzují vznik všech následujících skutečností:

a) příznaky onemocnění přetrvávají i přesto, že pojištěný řádně užívá předepsanou medikaci,

b) onemocnění vykazuje známky progresivního zhoršování,

c) onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt v podobě omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu).

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.27 **CHRONICKÉ SELHÁNÍ PLIC** – konečné stadium onemocnění plic. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že v důsledku tohoto onemocnění je nezbytné pojištěnému trvale podávat kyslík alespoň 8 hodin denně a současně jeho usilovný sekundový výdechový objem (FEV1) je trvale nižší než 1 litr.

9.28 **CROHNOVA NEMOC** – chronický granulomatózní zánět střev. Podmínkou vzniku pojistné události je, že diagnóza byla potvrzena histo(pato)logickým nálezem a současně odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo píštěl, obstrukci nebo perforaci střeva.

9.29 **PRIMÁRNÍ (IDIOPATICKÁ A FAMILIÁRNÍ) PLICNÍ HYPERTENZE** – patologické zvýšení tlaku v plicním tepenném řečišti, způsobující strukturální, funkční nebo oběhové poruchy v plicích, které vedou ke zvětšení pravé srdeční komory. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že v přímém důsledku tohoto onemocnění nastaly obě tyto skutečnosti:

a) klinické stadium srdečního selhání, resp. dušnosti, je trvale a nezvratně NYHA IV,

b) tlak v plicnici je vyšší než 30mm Hg po dobu minimálně 6 měsíců.

9.30 **ENCEFALITIDA** – zánět mozku (mozkových hemisfér, mozkového kmene nebo mozečku). Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z těchto neurologických patologických stavů: mentální retardace, slepota, hluchota, porucha řeči, hemiplegie nebo paralýza, a tento stav trvá (trval) nepřetržitě alespoň 6 týdnů a je příčinou některého z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo

b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby nebo

c) neschopnost verbálně komunikovat s okolím.

9.31 **POLIOMYELITIDA (MOZKOVÁ OBRNA)** – akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k poruše pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečnosti. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, kterým je trvalá a nezvratná paralýza končetin.

9.32 **APLASTICKÁ ANÉMIE** – selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených a bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je, že diagnóza aplastické anémie je potvrzena hematologem a současně odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění vedlo ke vzniku a trvání všech těchto skutečností:

a) koncentrace granulocytů v krvi je nižší než 500 na mm^3 a krevních destiček nižší než 20 000 na mm^3,

b) léčení probíhá minimálně jedním z následujících způsobů:
   - pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně 2 měsíců,
   - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je důsledkem léčby jiného onemocnění nebo pokud diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZO3 a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před počátkem pojištění ZO3.

9.33 **TETANUS** – akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo svalovou ochablost a respirační nedostatečnost trvající po dobu nejméně 4 týdnů a současně léčba pojištěného probíhá nezbytně za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

ZPP ZO3 1.3

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ PREMIUM

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Závažná onemocnění Premium se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Závažná onemocnění Premium (dále jen „ZO5“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZO5 je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažné onemocnění pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo okamžik ukončení jednoho z lékařských zákroků uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události je přežití pojištěného po dobu alespoň 30 dnů ode dne stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo skončení lékařského zákroku, uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.4 Dále je podmínkou vzniku pojistné události skutečnost, že pojištěný netrpěl příslušným závažným onemocněním nebo onemocněním, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, před počátkem pojištění, ani se u něj neobjevily příznaky tohoto závažného onemocnění nebo onemocnění, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, v průběhu čekací doby.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění ZO5 je stanovena čekací doba na 90 dnů. Pokud první pojistná událost nastane v čekací době, pojištění zaniká.

3.2 Pro druhou pojistnou událost je stanovena čekací doba 18 měsíců od vzniku první pojistné události pro diagnózu či lékařský zákrok, který byl předmětem první pojistné události a 90 dnů pro ostatní diagnózy a lékařské zákroky. Pokud druhá pojistná událost nastane v čekací době, pojištění nezaniká a k druhé pojistné události se nepřihlíží.

Příklad z praxe

Příklad 1:
Pojištěnému byl diagnostikován zhoubný nádor a bylo mu vyplaceno 100 % ze sjednané pojistné částky.

Po 19 měsících od nahlášení první pojistné události došlo k recidivě nádorového onemocnění. Po nahlášení druhé pojistné události bylo pojištěnému vyplaceno 50 % ze sjednané pojistné částky.

Pojištění ZO5 druhou pojistnou událostí zaniká.

Příklad 2:
Pojištěnému byl diagnostikován zhoubný nádor a bylo mu vyplaceno 100 % ze sjednané pojistné částky.

Po 4 měsících prodělal pojištěný akutní infarkt myokardu. Pojištěnému bylo vyplaceno 50 % ze sjednané pojistné částky.

Pojištění ZO5 druhou pojistnou událostí zaniká.

Příklad 3:
Pojištěnému byl diagnostikován zhoubný nádor a bylo mu vyplaceno 100 % ze sjednané pojistné částky.

Po 15 měsících od nahlášení první pojistné události došlo k recidivě nádorového onemocnění.

V tomto případě se pojistné plnění nevyplácí, ale pojištění nezaniká a pokračuje ve stejném rozsahu dál.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši 100 % pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 V případě druhé pojistné události z tohoto pojištění, vyplatí pojišťovna 50 % sjednané pojistné částky ke dni druhé pojistné události.

4.3 Pojišťovna vyplatí pojistné plnění nejvýše ze dvou pojistných událostí.

4.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká výplatou pojistného plnění z druhé pojistné události.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

a1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

a2) onemocněním viru HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

a3) onemocněním viru HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

b) v případě jakéhokoli onemocnění nebo provedení lékařského zákroku, které nejsou výslovně uvedeny v Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků,

c) v případě, kdy dojde k závažnému onemocnění nebo provedení lékařského zákroku následkem požití alkoholu, léků nebo jiných omamných či návykových látek,

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Den stanovení diagnózy** – okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

8.2 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba pro první pojistnou událost začíná běžet okamžikem počátku pojištění ZO5. Čekací doba pro druhou pojistnou událost začíná běžet okamžikem vzniku první pojistné události.

9 SEZNAM ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ, DIAGNÓZ A LÉKAŘSKÝCH ZÁKROKŮ

9.1 Pro pojištění ZO5 obsahuje Seznam závažných, diagnóz a lékařských zákroků následující položky:

a) Akutní infarkt myokardu,
b) Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice),
c) Zhoubné novotvary (nádory),
d) Konečná (terminální) fáze selhání ledvin,
e) Transplantace životně důležitého orgánu,
f) Bypass srdečních (věnčitých) tepen,
g) Slepota,
h) Hluchota,
i) Nezhoubný nádor mozku,
j) Onemocnění HIV získané při transfúzi krve,
k) Onemocnění HIV získané při výkonu povolání,
l) Onemocnění HIV získané při fyzickém napadení nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,
m) Závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte,
n) Roztroušená skleróza,
o) Kóma,
p) Pokročilá demence,
q) Alzheimerova choroba,
r) Operace aorty,
s) Bakteriální meningitida,
t) Operace srdeční chlopně,
u) Spinální svalová atrofie,
v) Progresivní bulbární obrna,
w) Amyotrofická a primární laterální skleróza,
x) Paralýza,
y) Parkinsonova choroba,
z) Chronické selhání plic,
aa) Crohnova nemoc,
bb) Primární (idiopatická a familiární) plicní hypertenze,
cc) Encefalitida,
dd) Poliomyelitida (mozková obrna),
ee) Aplastická anémie,
ff) Tetanus.

9.2 **AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU** – onemocnění, při němž dochází k odumření části srdečního svalu v důsledku náhlého uzávěru věnčité tepny, která zásobuje danou oblast. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být prokázána anamnézou typické bolesti na hrudi, významným zvýšením hladiny kardiospecifi ckých enzymů a nově vzniklými elektrokardiografi (EKG) změnami, které dokumentují vznik a rozvoj akutního infarktu myokardu.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) pojištěný prodělal jakýkoli akutní infarkt myokardu již před uzavřením pojištění ZO5,
b) onemocnění bylo klasifikováno jako angina pectoris jakéhokoli typu,
c) onemocnění bylo klasifikováno jako mikroinfarkt s pouze mírným zvýšením hladiny Troponinu-T a nebyly diagnostikovány žádné elektrokardiografické (EKG) změny nebo jiné klinické symptomy.

9.3 **CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (MOZKOVÁ MRTVICE)** – cévní onemocnění mozku, které má za následek vznik takových klinicky prokazatelných neurologických příznaků, které v akutní fázi trvají po dobu alespoň 24 hodin a zároveň následně přecházejí v trvalý neurologický defekt, který je prokazatelný při odborném vyšetření s odstupem 6 týdnů po vzniku onemocnění; diagnóza cévní mozkové příhody musí být přitom dokumentována vznikem nových odpovídajících změn při vyšetření počítačovou tomografií (CT) nebo nukleární magnetickou rezonancí (MRI).

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) onemocnění bylo klasifikováno jako transientní ischemická ataka,
b) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené migrénou,
c) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným okysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
d) příznaky porušené funkce oka a/nebo očního nervu byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným okysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
e) příznaky poruchy vestibulárního aparátu byly způsobené jeho nedostatečným prokrvením (ischemií).

9.4 **ZHOUBNÉ NOVOTVARY (NÁDORY)** – onemocnění, při němž dochází k nekontrolovanému růstu a šíření zhoubných buněk, které pronikají do normální tkáně. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci, která obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru (nádoru), která byla potvrzena onkologem nebo patologem.

Pro potřeby definice pojistné události termín „zhoubné novotvary (nádory)“ zahrnuje:

a) solidní (kompaktní) zhoubné nádory,
b) leukémii (vyjma chronické lymfatické leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace),
c) maligní lymfomy,
d) Hodgkinovu chorobu,
e) zhoubná onemocnění kostní dřeně,
f) metastázující kožní nádory.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) chronická lymfatická leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace,

b) nádor typu carcinoma in situ,

c) cervikální dysplazie a/nebo karcinom cervixu klasifikované jako CIN-1, CIN-2 nebo CIN-3,

d) nádorové bujení klasifikované histologicky jako premaligní (prekanceróza) a/nebo jako neinvazivní karcinom,

e) karcinom prostaty hodnocený podle TNM klasifikace stupněm T1 (včetně T1a nebo T1b) a/nebo hodnocený nižšími stupni podle jakékoli jiné srovnatelné klasifikace,

f) kožní melanom hodnocený podle klinické a patologické klasifikace stupněm nižším než IIA (to znamená stupněm nižším než T2b podle TNM klasifikace, s histologicky ověřenou hloubkou invaze méně než 2 mm bez ulcerace),

g) všechny hyperkeratózy a karcinomy vycházející z bazálních a skvamozních kožních buněk,

h) jakékoli nádory, pokud u pojištěného byla prokázána přítomnost viru HIV (AIDS).

9.5 **KONEČNÁ (TERMINÁLNÍ) FÁZE SELHÁNÍ LEDVIN** – úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci prokazující, že musí podstupovat pravidelnou hemodialýzu po dobu minimálně 3 měsíců. Pojistná událost nastává uplynutím posledního dne uvedené lhůty.

9.6 **TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÉHO ORGÁNU** – pokud byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu 6 měsíců, a to uplynutím posledního dne této lhůty.

Pro účely pojištění ZO5 se za lékařský zákrok považuje transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

a) srdce,
b) plíce,
c) játra,
d) ledvina,
e) pankreas (slinivka břišní),
f) totální (úplná) ablace kostní dřeně a následná transplantace lidské kostní dřeně za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným (terminálním) selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistná událost však nenastává v následujících případech transplantace kostní dřeně:

a) transplantaci nepředchází totální (úplná) ablace kostní dřeně,
b) následná transplantace lidské kostní dřeně byla provedena za použití jiných než kmenových hematopoetických buněk.

9.7 **BYPASS SRDEČNÍCH (VĚNČITÝCH) TEPEN** – pokud pojištěný podstoupí kardiochirurgický výkon na otevřeném srdci za účelem provedení bypassu jedné nebo více zúžených nebo uzavřených srdečních (věnčitých) tepen za pomoci žilních štěpů. Pojištěný je povinen předložit angiografii (koronarografii), která byla důvodem provedení výše uvedeného kardiochirurgického výkonu, a písemné vyjádření odborníka (kardiologa) potvrzující, že provedení tohoto zákroku bylo z lékařského hlediska nezbytné.

Pojistná událost však nenastává, pokud zprůchodnění srdečních (věnčitých) tepen je provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury.

9.8 **SLEPOTA** – úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta vidění obou očí způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (oftalmologa). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (oftalmologa) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu vidění obou očí ovlivnit. Pojistná událost však nenastává, pokud byla slepota obou očí způsobená úrazem.

9.9 **HLUCHOTA** – úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší trvající déle než 12 měsíců způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (ušního lékaře). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (ušního lékaře) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu sluchového vjemu obou uší ovlivnit. Pojistná událost však nenastává, pokud byla hluchota obou uší způsobená úrazem.

9.10 **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU** – nádor v nitrolební oblasti splňující obě následující kritéria:

a) jedná se o nezhoubný nádor v oblasti mozkové tkáně nebo o nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku,
b) přítomnost uvedeného nádoru nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) musí způsobovat příznaky trvalého neurologického poškození.

Diagnóza nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena písemným vyjádřením neurologa nebo neurochirurga.

Pojistná událost však nenastává, pokud je nezhoubný nádor mozku klasifikován jako:

a) cysta,
b) granulom,
c) malformace postihující mozkové tepny,
d) malformace postihující mozkové žíly,
e) hematom,
f) nádor v oblasti hypofýzy,
g) nádor v oblasti míchy.

9.11 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFÚZI KRVE** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění ZO5,

b) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

c) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla infekce do organismu pojištěného přenesena jakýmkoli jiným způsobem než krevní transfúzí nebo ke dnu oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

9.12 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění ZO5
   - při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
   - jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
   - při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

e) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

f) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

9.13 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI FYZICKÉM NAPADENÍ NEBO PŘI POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ PRVNÍ POMOCI PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

9.14 **ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ ZPŮSOBENÁ PŘISÁTÍM KLÍŠŤĚTE** – závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobená přisátím klíštěte. Příznaky onemocnění se musí projevit v období 3 měsíců následujících po přisátí klíštěte a přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klíšťová meningoencefalitida (KE) je encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou obvykle přeneseny klíštětem v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

a) pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

b) pojištěný pobýval v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE,

c) KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,

d) pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,

e) závažné neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeská nemoc je bakteriální zánětlivé infekční onemocnění se závažnými kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

a) pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

b) pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi,

c) pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),

d) příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

9.15 **ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA** – zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s ložisky demyelinizace v centrálním nervovém systému. Diagnóza musí být stanovena neurologem a doložena výsledky nukleární magnetické rezonance (MRI) a/nebo počítačové tomografi (CT) a některým z dalších testů (rozborem likvoru, vyšetřením evokovaných potenciálů, stanovením sérových autoprotilátek apod.). Onemocnění centrálního nervového systému z jakýchkoli jiných příčin (např. z důvodu nemocí krevních cév nebo bakteriálního a/nebo virového onemocnění) musí být jednoznačně vyloučeno.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby se onemocnění projevovalo trvalým a nezvratným neurologickým defektem. Neurologickým defektem se rozumí minimálně jeden z těchto stavů:

a) obrna v obou horních nebo v obou dolních končetinách znemožňující pojištěnému provádět některý z běžných denních úkonů (např. samostatná konzumace připraveného jídla),

b) neurologicky potvrzené závažné narušení chůze,

c) pojištěný je odkázán na invalidní vozík.

Nezvratnost neurologického defektu stanoví a potvrzuje neurolog, a to nejdříve po 6 měsících od data prvního projevu trvalého neurologického defektu z důvodu onemocnění roztroušenou sklerózou.

9.16 **KÓMA** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější podněty či vnitřní potřeby přetrvávající nepřetržitě po dobu nejméně 96 hodin s nutností zajištění a podpory základních životních funkcí.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby následkem kómatu došlo k trvalému nezvratnému neurologickému defektu způsobujícímu trvalou a nezvratnou neschopnost pojištěného provádět alespoň jeden z níže uvedených denních úkonů:

a) pohybovat se z místnosti do místnosti po rovném povrchu,
b) samostatně konzumovat připravené jídlo,
c) verbálně komunikovat se svým okolím.

Trvalý nezvratný neurologický defekt způsobující alespoň jeden z výše uvedených projevů není podmínkou vzniku pojistné události v případě, že kóma trvá nepřetržitě déle než 2 měsíce.

9.17 **POKROČILÁ DEMENCE** – trvalé organické psychiatrické onemocnění charakterizované povšechnou významnou ztrátou mozkových funkcí zahrnující poruchy paměti, úsudku, abstraktního myšlení a změnu osobnosti. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem na základě standardizovaných diagnostických metod a testů. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že ztráta mozkových funkcí v důsledku tohoto onemocnění je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného v důsledku tohoto onemocnění vyžaduje nepřetržitý dohled a péči druhé osoby, aby pojištěný neohrozil sebe nebo okolí.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.18 **ALZHEIMEROVA CHOROBA** – progresivní degenerativní onemocnění mozku charakterizované povšechnou atrofií mozkové kůry s typickými histopatologickými změnami. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem na základě standardizovaných diagnostických metod a testů. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že ztráta mozkových funkcí v důsledku tohoto onemocnění je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného v důsledku tohoto onemocnění vyžaduje nepřetržitý dohled a péči druhé osoby, aby pojištěný neohrozil sebe nebo okolí.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.19 **OPERACE AORTY** – operace na hlavním kmeni hrudní a/nebo břišní aorty (tj. nezahrnuje periferní větve) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpání, zúžení a/nebo traumatické roztržení aorty. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují uvedené skutečnosti a současně je doložena nezbytnost operačního zákroku.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci srdeční aorty došlo v důsledku získaného onemocnění vzniklého v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.20 **BAKTERIÁLNÍ MENINGITIDA** – zánět mozkových nebo míšních blan způsobený bakteriální infekcí. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby nebo
c) neschopnost verbálně komunikovat s okolím.

9.21 **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ** – operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem náhrady srdeční chlopně nebo její korekce v důsledku vady srdeční chlopně nebo její abnormality. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují tuto skutečnost a současně je doložena nezbytnost operačního zákroku.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění vzniklého v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.22 **SPINÁLNÍ SVALOVÁ ATROFIE** – progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

9.23 **PROGRESIVNÍ BULBÁRNÍ OBRNA** – progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt (poruchu), kterým je neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

9.24 **AMYOTROFICKÁ A PRIMÁRNÍ LATERÁLNÍ SKLERÓZA** – progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

9.25 **PARALÝZA** – trvalá a úplná ztráta funkce nejméně dvou celých končetin zapříčiněná úrazem nebo onemocněním postihujícím míchu. Končetinou se rozumí celá horní končetina nebo celá dolní končetina. Diagnóza musí být potvrzena neurologem.

9.26 **PARKINSONOVA CHOROBA** – pomalu progredující onemocnění centrálního nervového systému, kdy dochází k degenerativním změnám centrálních (mozkových) neuronů, které způsobují snížení hladiny dopaminu v některých částech mozku. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že diagnóza onemocnění byla jednoznačně potvrzena neurologem a současně odborné nálezy potvrzují vznik všech následujících skutečností:

a) příznaky onemocnění přetrvávají i přesto, že pojištěný řádně užívá předepsanou medikaci,
b) onemocnění vykazuje známky progresivního zhoršování,
c) onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt v podobě omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu).

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

9.27 **CHRONICKÉ SELHÁNÍ PLIC** – konečné stadium onemocnění plic. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že v důsledku tohoto onemocnění je nezbytné pojištěnému trvale podávat kyslík alespoň 8 hodin denně a současně jeho usilovný sekundový výdechový objem (FEV1) je trvale nižší než 1 litr.

9.28 **CROHNOVA NEMOC** – chronický granulomatózní zánět střev. Podmínkou vzniku pojistné události je, že diagnóza byla potvrzena histo(pato)logickým nálezem a současně odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo píštěl, obstrukci nebo perforaci střeva.

9.29 **PRIMÁRNÍ (IDIOPATICKÁ A FAMILIÁRNÍ) PLICNÍ HYPERTENZE** – patologické zvýšení tlaku v plicním tepenném řečišti, způsobující strukturální, funkční nebo oběhové poruchy v plicích, které vedou ke zvětšení pravé srdeční komory. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že v přímém důsledku tohoto onemocnění nastaly obě tyto skutečnosti:

a) klinické stadium srdečního selhání, resp. dušnosti, je trvale a nezvratně NYHA IV,
b) tlak v plicnici je vyšší než 30mm Hg po dobu minimálně 6 měsíců.

9.30 **ENCEFALITIDA** – zánět mozku (mozkových hemisfér, mozkového kmene nebo mozečku). Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z těchto neurologických patologických stavů: mentální retardace, slepota, hluchota, porucha řeči, hemiplegie nebo paralýza, a tento stav trvá (trval) nepřetržitě alespoň 6 týdnů a je příčinou některého z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby nebo
c) neschopnost verbálně komunikovat s okolím.

9.31 **POLIOMYELITIDA (MOZKOVÁ OBRNA)** – akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k poruše pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečnosti. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, kterým je trvalá a nezvratná paralýza končetin.

9.32 **APLASTICKÁ ANÉMIE** – selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených a bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je, že diagnóza aplastické anémie je potvrzena hematologem a současně odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění vedlo ke vzniku a trvání všech těchto skutečností:

a) koncentrace granulocytů v krvi je nižší než 500 na mm^3 a krevních destiček nižší než 20 000 na mm^3,

b) léčení probíhá minimálně jedním z následujících způsobů:
   – pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně 2 měsíců,
   – transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je důsledkem léčby jiného onemocnění nebo pokud diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZO5 a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před počátkem pojištění ZO5.

9.33 **TETANUS** – akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo svalovou ochablost a respirační nedostatečnost trvající po dobu nejméně 4 týdnů a současně léčba pojištěného probíhá nezbytně za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

ZPP ZO5 1.0

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY KARCINOM IN SITU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Karcinom in situ se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Karcinom in situ (dále jen „KS“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění KS je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojištění KS lze pro pojištěného sjednat pouze tehdy, pokud má současně sjednáno pojištění závažných onemocnění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažné onemocnění pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy závažného onemocnění, tedy okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

2.3 Pro účely pojištění KS se závažným onemocněním rozumí povrchový zhoubný nádor typu karcinom in situ ve tkáních dále vyjmenovaných orgánů dle zvolené varianty pojištění.

2.4 Pokud je v pojistné smlouvě sjednána varianta M, jsou předmětem pojištění orgány: penis, prostata, varle a prs. Pokud je v pojistné smlouvě sjednána varianta F, jsou předmětem pojištění orgány: děloha, děložní čípek, vaječník, vejcovod, pochva a prs.

2.5 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že pojištěný přežije po dobu alespoň 30 dnů ode dne stanovení diagnózy, a že odborné (histologické) lékařské nálezy prokazují přítomnost nádorových buněk a tyto změny jsou typu karcinomu in situ.

2.6 Diagnóza musí být vždy doložena výsledkem histologického vyšetření vzorku z pevné tkáně. Pouze u děložního čípku může být doložena výsledkem histologického vyšetření vzorku tkáně odebrané při konizaci a u prostaty může být doložena výsledkem histologického vyšetření vzorku tkáně odebraného při biopsii.

2.7 Pouze klinická diagnóza nebo výsledek povrchového stěru buněk (PAP) nebo přítomnost zvýšené hladiny PSA v krvi jsou považovány za předběžné diagnózy a nepostačují pro vznik pojistné události.

2.8 Dále je podmínkou vzniku pojistné události skutečnost, že pojištěný netrpěl karcinomem in situ před počátkem pojištění, ani se u něj neobjevily příznaky karcinomu in situ v průběhu čekací doby.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění KS je stanovena čekací doba na 90 dnů. Pokud pojistná událost nastane v čekací době, pojištění zaniká.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 Pojišťovna vyplatí pojistné plnění nejvýše z jedné pojistné události.

4.3 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 60. narozeninách pojištěného (případně po 61. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 60. narozeninách pojištěného (případně po 61. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká dnem přiznání pojistného plnění.

5.4 Ke dni zániku pojištění závažných onemocnění z jakéhokoli důvodu zaniká i pojištění KS.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Nárok na pojistné plnění nevzniká, pokud by pojištěnému vznikl současně pro danou diagnózu i nárok na pojistné plnění z pojištění závažných onemocnění.

7.2 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) změny tkáně jsou nižšího stádia, než příslušné stádium uvedené v odstavci 8.1,

b) v důsledku jiné nemoci než uvedené v odstavci 8.1,

c) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

c1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

c2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience)v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

c3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat

Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 Pro účely pojištění KS se **karcinomem in situ v tkáni**:

a) dělohy rozumí nádor, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,

b) děložního čípku nebo děložního hrdla rozumí nádor zasahující dvě třetiny tloušťky tkáně, který je klasifikován jako těžké dysplastické změny CIN3 nebo Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,

c) vaječníku rozumí nádor jednoho nebo obou vaječníků, přičemž není zasaženo pouzdro vaječníku, a nádor je klasifikován jako T1a N0 M0 nebo T1b N0M0 podle TNM klasifikace, resp. FIGO IA nebo FIGO IB,

d) vejcovodu rozumí nádor jednoho nebo obou vejcovodů tvořený maligními buňkami omezený na sliznici vejcovodu, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,

e) pochvy rozumí nádor charakterizovaný jako vaginální intraepiteliální neoplazie – VAIN, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,

f) prsu rozumí nádor jednoho nebo obou prsou tvořený maligními buňkami, které jsou lokalizovány v povrchu tkáně a nemají tak všechny charakteristické rysy zhoubného nádoru a současně je tento nádor klasifikován jako Tis N0 M0 (DCIS), Tis N0 M0 (LCIS) nebo Tis N0 M0 (Paget) podle TNM klasifikace,

g) penisu rozumí nádor předkožky a/nebo těla a/nebo žaludu penisu, který je klasifikován jako Tis N0 M0 nebo Ta podle TNM klasifikace; nádor v jiné lokalizaci, například v přilehlé kůži nad břichem a dále onemocnění typu Bowenova dermatóza a/nebo kondyloma nejsou pojistnou událostí,

h) prostaty rozumí nádor v prostatě pod pouzdrem (intraepiteliální), který je klasifikován jako těžké dysplastické změny „high grade“ PIN 3 nebo T1a nebo T1b podle TNM klasifikace,

i) varlete rozumí nádor zasahující oblast jednoho nebo obou varlat, který je klasifikován jako pTis N0 M0 podle TNM klasifikace.

8.2 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění KS.

ZPP KS 1.3

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZÁVAŽNÉ KOMPLIKACE CUKROVKY

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Závažné komplikace cukrovky se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Závažné komplikace cukrovky (dále jen „DIA“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění DIA je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažná zdravotní komplikace související s onemocněním pojištěného cukrovkou.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy onemocnění dle odstavce 10.2 nebo 10.3 nebo okamžik ukončení chirurgického zákroku dle odstavce 10.4 při současném splnění podmínek vymezených pro příslušnou závažnou komplikaci cukrovky dále v těchto odstavcích.

Co by Vás mohlo zajímat
Detailní seznam závažných komplikací cukrovky je uveden v článku 10 a obsahuje onemocnění diabetická nefropatie a diabetická retinopatie a chirurgický zákrok amputace dolní končetiny či její části v souvislosti s diabetickou nohou. Konkrétní podmínky pro přiznání nároku na výplatu pojistného plnění jsou vymezeny u jednotlivých onemocnění, resp. chirurgického zákroku.

2.3 Pojistná událost nastává doručením posledního lékařského dokumentu dokládajícího splnění podmínek stanovených v Seznamu závažných komplikací cukrovky v článku 10.

2.4 Podmínkou vzniku pojistné události je přežití pojištěného po dobu alespoň 30 dnů od provedení objektivního vyšetření pro příslušné onemocnění dle odstavce 10.2 a 10.3 zaznamenaného v lékařské dokumentaci nebo od provedení chirurgického zákroku dle článku 10.4 zaznamenaného v lékařské dokumentaci.

2.5 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že pojištění DIA trvalo nepřetržitě ode dne vzniku cukrovky, která vedla k závažné komplikaci uvedené v Seznamu závažných komplikací cukrovky, do dne pojistné události a dále, že cukrovka nebyla diagnostikována, nebo se její příznaky neprojevily v čekací době.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění DIA je stanovena čekací doba 1 rok.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištění nelze sjednat, pokud u pojištěného byla diagnostikována cukrovka již před počátkem pojištění.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit, že u pojištěného nastala některá ze závažných komplikací cukrovky a předložit příslušné lékařské zprávy.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě, s výjimkou uvedenou v odstavci 10.4 písm. b).

5.2 Pojišťovna vyplatí pojistné plnění nejvýše ve výši 100 % sjednané pojistné částky. V případě pojistné události dle odstavce 10.4 písm. b) pojištění DIA nezaniká a v případě nahlášení pojistné události jiného druhu je možné vyplatit pojistné plnění i z další pojistné události, maximálně však do výše 100 % sjednané pojistné částky.

5.3 Dojde-li v důsledku cukrovky k více závažným komplikacím dle článku 10 současně, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění pouze jednou, jen za závažnou komplikaci s nejvyšším pojistným plněním (tj. procentem ze sjednané pojistné částky).

5.4 Pojišťovna sníží pojistné plnění na jednu čtvrtinu, pokud pojištěný po stanovení diagnózy cukrovky je nadále aktivním kuřákem. Odlišně od odstavce 5.2 pojišťovna vyplatí pojistné plnění nejvýše ve výši 25 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA výplatou pojistného plnění zaniká.

5.5 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Pojištění DIA zaniká výplatou pojistného plnění, s výjimkou dle odstavce 10.4 písm. b).

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

a1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

a2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

a3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

b) v případě jakéhokoli onemocnění nebo provedení chirurgického zákroku, které nejsou výslovně uvedeny v Seznamu závažných komplikací cukrovky,

c) v případě, kdy dojde k cukrovce nebo komplikacím cukrovky nebo jejich zhoršení následkem požití alkoholu, léků nebo jiných omamných či návykových látek (vyjma nikotinu).

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Cukrovka** – výhradně pro účely pojištění DIA se jedná o onemocnění diabetes mellitus, které je způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností, potvrzené diabetologem.

9.2 **Den stanovení diagnózy** – okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

9.3 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění DIA.

9.4 **Aktivní kuřák** – aktivní konzument nikotinu v jakémkoli množství a podobě (cigarety, doutníky, dýmky, e-cigarety, žvýkací tabák a podobně).

10 SEZNAM ZÁVAŽNÝCH KOMPLIKACÍ CUKROVKY

10.1 Pro pojištění DIA jsou jednotlivé závažné komplikace cukrovky vymezeny v rámci následujících onemocnění, resp. chirurgického zákroku:

a) Diabetická nefropatie,
b) Diabetická retinopatie,
c) Amputace dolní končetiny či její části v souvislosti s diabetickou nohou.

10.2 **DIABETICKÁ NEFROPATIE** – výhradně pro účely pojištění DIA se jedná o nezánětlivé onemocnění ledvin, jehož podstatou je porucha drobných cév ledvin a poškození glomerulu (ledvinového váčku) v důsledku cukrovky, které způsobí pojištěnému alespoň jednu z následujících závažných komplikací cukrovky:

a) **Nezvratné poškození krevních cév v ledvinách** způsobené diabetickou nefropatií a prokázané objektivním nefrologickým vyšetřením (angiografie, CT s kontrastem, MR atd.).

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci od nefrologa a diabetologa.

Pojišťovna v tomto případě vyplatí pojistné plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA zaniká.

b) **Úplné (terminální) selhání ledvin vyžadující pravidelnou hemodialýzu/peritoneální dialýzu nebo transplantaci ledvin** způsobené diabetickou nefropatií a prokázané objektivním nefrologickým vyšetřením potvrzujícím úplné (terminální) selhání ledvin, lékařskou dokumentaci od diabetologa a lékařskou dokumentací dokládající splnění dále uvedených podmínek.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci, podle toho, co nastane nejdříve, dokládající, že:

- podstupuje pravidelnou hemodialýzu/peritoneální dialýzu nepřetržitě po dobu alespoň 3 měsíců pokud není vhodný dárce, nebo
- byla provedena transplantace ledvin (zprávu z chirurgie), nebo
- je alespoň 3 měsíce zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci ledviny (waiting-list) pokud není vhodný dárce.

Pojišťovna v tomto případě vyplatí pojistné plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA zaniká.

10.3 **DIABETICKÁ RETINOPATIE** – výhradně pro účely pojištění DIA se jedná o nezánětlivé onemocnění sítnice v důsledku cukrovky, které způsobí pojištěnému alespoň jednu z následujících závažných komplikací cukrovky:

a) **Proliferativní diabetická retinopatie** – nezánětlivé onemocnění sítnice, při kterém dochází ke tvorbě nových, patologických kapilár či cév, prokázaná objektivním vyšetřením od očního lékaře.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci od očního lékaře a od diabetologa.

Pojišťovna v tomto případě vyplatí pojistné plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA zaniká.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěný v minulosti podstoupil radioterapii nebo jinou léčbu zahrnující ozařování hlavy.

b) **Slepota** – úplná, trvalá a nezvratná ztráta zraku u obou očí způsobená cukrovkou a prokázaná objektivním vyšetřením od očního lékaře.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně lékařskou dokumentaci od očního lékaře a diabetologa.

Pojišťovna v tomto případě vyplatí pojistné plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA zaniká.

10.4 **AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY ČI JEJÍ ČÁSTI V SOUVISLOSTI S DIABETICKOU NOHOU** – výhradně pro účely pojištění DIA se jedná o chirurgický zákrok z důvodu poškození tepen končetiny v důsledku cukrovky, kdy se jedná o 4. nebo 5. stupeň diabetické nohy dle Wagnerovy stupnice (místní projevy gangrény nebo gangréna celé nohy). Pojištěný je povinen předložit pojišťovně zprávu z chirurgie a lékařskou dokumentaci od diabetologa. V případě této závažné komplikace cukrovky je výše pojistného plnění určena dle rozsahu provedené amputace:

a) **Amputace dolní končetiny nad hlezenním kloubem** – pojišťovna vyplatí pojistné plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA zaniká.

b) **Amputace dolní končetiny pod hlezenním kloubem** – pojišťovna vyplatí pojistné plnění ve výši 25 % sjednané pojistné částky. Pojištění DIA v tomto případě nezaniká. Dojde-li během trvání pojištění DIA opakovaně k pojistné události dle tohoto bodu, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění pouze jednou. V případě další pojistné události s výjimkou bodu 10.4 písm. b) je vyplaceno pojistné plnění ve výši 75 % sjednané pojistné částky a pojištění DIA zaniká.

ZPP DIA 1.0

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZLOMENINY A POPÁLENINY

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Zlomeniny a popáleniny se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Zlomeniny a popáleniny (dále jen „ZAP“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZAP je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného.

2.2 Pojistnou událostí je zlomenina nebo popálenina vzniklá následkem úrazu, která je uvedená v Oceňovací tabulce (příloha těchto ZPP ZAP). Za pojistnou událost uzná pojišťovna také zlomeninu nebo popáleninu, která není výslovně uvedena v Oceňovací tabulce, pokud je srovnatelná s některým poškozením uvedeným v této tabulce.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že k úrazu došlo v době trvání pojištění, zlomenina nebo popálenina musí být zapsána do zdravotnické dokumentace nejpozději do 12 měsíců ode dne úrazu.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni úrazu v pojistné smlouvě.

3.2 Toto procento je odvozeno od povahy a rozsahu zlomeniny nebo popáleniny uvedené v Oceňovací tabulce. V případě, že zlomenina nebo popálenina není v Oceňovací tabulce uvedena, stanoví její ohodnocení lékař pojišťovny s přihlédnutím k ohodnocení zlomeniny nebo popáleniny uvedené v Oceňovací tabulce, která je svou povahou dané zlomenině nebo popálenině nejbližší.

3.3 Zanechá-li jeden úraz více zlomenin nebo popálenin, je příslušné procento odvozeno od součtu ohodnocení jednotlivých zlomenin nebo popálenin, nejvýše však 100%.

3.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

4 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

4.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

4.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

5.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

5.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

6 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

6.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) plně nebo částečně v souvislosti s onemocněním včetně systémových infekčních onemocnění, a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu, výjimkou jsou pouze pyogenní infekce rány nebo poranění při úrazu,

b) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

c) jakýchkoli zlomenin, pokud pojištěný trpí vrozenou lomivostí kostí, osteoporózou, nádorem a/nebo cystou pojivové tkáně v místě úrazu, a/nebo únavových zlomenin,

d) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími,

e) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

f) v souvislosti se zlomením nebo vylomením zubu,

g) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

7 VYMEZENÍ POJMŮ

7.1 **Zlomenina** – traumatická zlomenina kosti (porušení celistvosti kosti) vzniklá úrazem, bez ohledu na to, zda zanechá trvalé následky nebo nikoli.

7.2 **Popálenina** – poškození celistvosti kůže způsobené kontaktem se zdroji tepelné energie, chemikáliemi nebo zdroji velmi nízké teploty.

7.3 **Mnohočetná zlomenina** – zlomenina jedné kosti na více než jednom místě. Jako mnohočetná zlomenina bude hodnocena také tříštivá zlomenina jedné kosti s více než dvěma úlomky.

7.4 **Úplná zlomenina** – zlomenina kosti v celé její síle.

7.5 **Otevřená zlomenina** – zlomenina kosti, při níž kost pronikla kůží.

ZPP ZAP 1.2

PŘÍLOHA: OCEŇOVACÍ TABULKA PLATNÁ K 1. 2. 2016

Zlomeniny		Pojistné plnění (v % z pojistné částky)
Zlomeniny pánevního kruhu (bez kostrče)		
001	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 otevřená a 1 úplná)	100 %
002	všechny ostatní otevřené zlomeniny	50 %
003	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 úplná)	30 %
004	jednoduché neotevřené zlomeniny	20 %
Zlomeniny kosti stehenní nebo patní		
005	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 otevřená a 1 úplná)	50 %
006	všechny ostatní otevřené zlomeniny	40 %
007	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 úplná)	30 %
008	jednoduché neotevřené zlomeniny	18 %
Zlomeniny spodiny lebeční		
009	zlomeniny spodiny lebeční	50 %
Zlomeniny kosti holenní, kosti pažní, vřetenní nebo zápěstní		
010	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 otevřená a 1 úplná)	40 %
011	všechny ostatní otevřené zlomeniny	30 %
012	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 úplná)	20 %
013	jednoduché neotevřené zlomeniny	15 %
Zlomeniny horní nebo dolní čelisti, vnitřního kotníku, zevního kotníku, kosti loketní		
014	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 otevřená a 1 úplná)	30 %
015	všechny ostatní otevřené zlomeniny	20 %
016	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 úplná)	16 %
017	jednoduché neotevřené zlomeniny	10 %
Zlomeniny lopatky, kosti klíční, čéšky, kosti hrudní, kosti záprstní, nártní nebo zánártní		
018	otevřené zlomeniny	20 %
019	neotevřené zlomeniny	13 %
Zlomeniny páteře (obratle kromě kostrče)		
020	všechny kompresivní zlomeniny obratlového těla	20 %
021	zlomeniny trnového, příčného nebo kloubního výběžku	7 %
Zlomeniny kosti čelní, spánkové, temenní nebo týlní		
022	s vpáčením úlomků	30 %
023	bez vpáčení úlomků	10 %
Zlomeniny 1 nebo více žeber, kosti lícní, kostrče nebo kosti lýtkové (kromě kotníku)		
024	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 otevřená a 1 úplná)	16 %
025	všechny ostatní otevřené zlomeniny	12 %
026	mnohočetné zlomeniny (alespoň 1 úplná)	8 %
027	jednoduché neotevřené zlomeniny	5 %
Zlomeniny prstu ruky nebo nohy		
028	otevřené zlomeniny	5 %
029	neotevřené zlomeniny	3 %

Popáleniny		Pojistné plnění (v % z pojistné částky)
030	Popáleniny kůže II. nebo III. stupně pokrývající 27 % a více tělesného povrchu	100 %
031	Popáleniny kůže II. nebo III. stupně pokrývající 18–26 % tělesného povrchu	60 %
032	Popáleniny kůže II. nebo III. stupně pokrývající 9–17 % tělesného povrchu	30 %
033	Popáleniny kůže II. nebo III. stupně pokrývající 4,5–8 % tělesného povrchu	16 %

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY CHIRURGICKÝ ZÁKROK

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Chirurgický zákrok se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Chirurgický zákrok (dále jen „CHZ“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění CHZ je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz a/nebo nemoc pojištěného vyžadující chirurgický zákrok.

2.2 Pojistnou událostí je chirurgický zákrok z důvodu úrazu nebo nemoci pojištěného, provedený v době platnosti pojištění, který je uveden v Oceňovací tabulce (příloha těchto ZPP CHZ). Za pojistnou událost uzná pojišťovna také chirurgický zákrok, který není výslovně uveden v Oceňovací tabulce, pokud je srovnatelný s některým zákrokem uvedeným v této tabulce.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne tohoto úrazu nebo vzniku této nemoci do dne pojistné události, tzn., že pojištěnému náleží pojistné plnění jen za chirurgické zákroky provedené po dobu platnosti pojištění CHZ.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení chirurgického zákroku.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění CHZ je stanovena čekací doba 90 dnů pro chirurgické zákroky z důvodu nemoci.

3.2 Pro chirurgické zákroky z důvodu úrazu se čekací doba neuplatňuje.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady, nejpozději však do 30 dnů od události, která může zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto pojištění. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.2 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o provedeném chirurgickém zákroku a předchozím zdravotním stavu pojištěného.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednaná ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

5.2 Příslušné procento odpovídá povaze a rozsahu chirurgického zákroku a je uvedeno v Oceňovací tabulce. V případě, že chirurgický zákrok není v Oceňovací tabulce uveden, stanoví jeho ohodnocení lékař pojišťovny s přihlédnutím k ohodnocení chirurgického zákroku uvedeného v Oceňovací tabulce, který je svou povahou a stupněm obtížnosti danému zákroku nejbližší.

5.3 Pokud je během jedné operace provedeno více chirurgických zákroků, bude pojistné plnění stanoveno jen za zákrok s nejvyšším procentním ohodnocením. Výše pojistného plnění za chirurgické zákroky provedené z důvodu stejného úrazu nebo stejné nemoci může dosáhnout maximálně 100 % pojistné částky sjednané pro toto pojištění.

5.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 60. narozeninách pojištěného (případně po 61. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 60. narozeninách pojištěného (případně po 61. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění:

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

d) v souvislosti se sterilizací, s antikoncepcí nebo s neplodností,

e) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

f) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími,

g) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními, léčebnými ozařováními, ultrazvukovými vyšetřeními a zákroky,

h) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

i) v souvislosti se zubním ošetřením nebo operací kromě těch, které jsou nutné v důsledku úrazu krytého tímto pojištěním a jsou provedeny na vlastním, nikoli umělém chrupu,

j) v souvislosti s chirurgickým odstraněním nosních a krčních mandlí po dobu prvních 180 dnů od počátku připojištění,

k) v souvislosti s nemocí způsobenou alkoholovou nebo drogovou závislostí.

8.2 Pojistná událost nenastává, pokud byl chirurgický zákrok proveden v souvislosti s léčbou nebo doléčením:

a) v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče,

b) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,

c) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Nemoc** – změna fyzického zdraví pojištěného, kterou pojištěný onemocněl poprvé po datu uzavření tohoto pojištění a po uplynutí stanovené čekací doby. Za nemoc se nepovažuje těhotenství, porod a potrat, a to vše z jakýchkoliv příčin.

9.2 **Chirurgický zákrok** – operace/chirurgický výkon, který je proveden lékařem v lokální nebo v celkové anestezii, přičemž se jedná o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin, způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pojištěného, nebo výkon, který vede k odstranění okolností hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností. Pro toto pojištění je chirurgickým zákrokem i konzervativní léčení zlomenin a popálenin uvedených v Oceňovací tabulce. Chirurgickým zákrokem však není konzervativní léčba měkkých tkání (např. vazů, svalů, atd.). Chirurgické zákroky související s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem nebo potratem nejsou považovány za chirurgické zákroky z důvodu nemoci a/nebo úrazu.

9.3 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění CHZ.

ZPP CHZ 2.2

PŘÍLOHA: OCEŇOVACÍ TABULKA PLATNÁ K 1. 2. 2016

Popis chirurgického zákroku		Maximální pojistné plnění (v % z pojistné částky)
	Absces	
001	Léčení jednoho či více karbunklů nebo abscesů vyžadující hospitalizaci	10 %
	Amputace (chirurgická)	
002	Amputace (chirurgická) celé dolní končetiny v kyčli	70 %
003	Amputace (chirurgická) horní končetiny, dolní končetiny ve stehně nebo bérci	50 %
004	Amputace (chirurgická) ruky, předloktí nebo nohy pod hlezenním kloubem (Chopart)	30 %
005	Amputace (chirurgická) prstu ruky či nohy – za každý	10 %
	Břicho	
006	Resekce žaludku, resekce střeva	70 %
007	Odnětí žlučníku (cholecystektomie), gastro-enterostomie	50 %
008	Odnětí červovitého přívěsku slepého střeva (appendektomie)	30 %
009	Jiný operační zákrok v dutině břišní provedený klasickým operačním přístupem (laparotomicky), přičemž dva či více chirurgických zákroků prováděných tím samým přístupem se považují za jednu operaci	50 %
	Hrdlo	
010	Odstranění krčních či nosních mandlí u osob nad 15 let	15 %
011	Odstranění krčních či nosních mandlí u dětí do 15 let	10 %
	Hrudník	
012	Otevření dutiny hrudní sternotomií (kompletní thorakoplastika)	100 %
013	Odnětí plíce (pneumonektomie) celé nebo částečné	70 %
014	Diagnostický či léčebný chirurgický zákrok v dutině hrudní s výjimkou punkce	30 %
015	Bronchoskopie – léčebná (kromě biopsie)	20 %
016	Bronchoskopie – diagnostická	10 %

Popis chirurgického zákroku		Maximální pojistné plnění (v % z pojistné částky)
017	Drenáž dutiny hrudní a odstranění hnisu s výjimkou punkce	10 %
	Jícen	
018	Operační odstranění zúžení – chirurgicky	60 %
019	Operační odstranění zúžení – endoskopicky	20 %
020	Gastroskopie (fibroskopie)	10 %
	Klouby	
Při vykloubení vyžadujícím chirurgický výkon na otevřeném kloubu bude počítán maximálně dvojnásobek uvedeného procenta.		
021	Excize kloubu – ramenního, loketního, kyčelního nebo kolenního s výjimkou punkce	25 %
022	Excize kloubu – jiného kloubu s výjimkou punkce	10 %
023	Resekce kloubu, fixace pomocí operace, desartikulace – ramena, kolena, kyčle nebo páteře	75 %
024	Plastika ramena, kolena, hlezna, lokte či zápěstí	30 %
025	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – kyčle nebo kolena vyjma čéšky	15 %
026	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – ramena nebo lokte, zápěstí či hlezenního kloubu	10%
027	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – dolní čelisti, čéšky, prstu ruky či nohy – za každý	5 %
	Konečník	
028	Radikální odstranění konečníku z důvodů jakékoliv malignity, včetně kolostomie	100 %
029	Radikální odstranění (včetně laseru a dalších fyzikálních metod) – vnějších i vnitřních hemoroidů, včetně prolapsu anorekta	20 %
030	Radikální odstranění (včetně laseru a dalších fyzikálních metod) – jen vnějších hemoroidů	10 %
031	Odstranění análního píštěle	15 %
032	Chirurgická léčba anální fisury (trhliny)	5 %
033	Koloskopie	10 %
034	Rektoskopie	5 %
	Kýly	
035	Radikální operace oboustranné tříselné kýly	40 %
036	Radikální operace jednostranné tříselné kýly	30 %
037	Radikální operace břišní kýly	40 %
038	Radikální operace pupeční kýly	25 %
	Lebka	
039	Chirurgický zákrok v dutině lebeční kromě trepanace a punkce	100 %
040	Odstranění kosti, dekomprese lbi	60 %
041	Trepanace	30 %
	Močový a pohlavní aparát	
042	Odnětí ledviny (nefrektomie)	70 %
043	Odstranění tumoru nebo kamenů z ledvin, močovodů či močového měchýře – operačně	60 %
044	Odstranění tumoru nebo kamenů z ledvin, močovodů či močového měchýře – katetrizací či endoskopicky	20 %
045	Zúžení močové trubice řešené operací	30 %
046	Endoskopické zásahy v močové trubici	15 %
047	Odstranění prostaty – úplné, operačně	70 %
048	Odstranění prostaty – částečné (parciální), endoskopicky	25 %
049	Odstranění varlete nebo nadvarlete (orchidektomie nebo epididymektomie)	25 %
050	Operace hydrokély, varikokély	10 %
051	Odstranění jiných benigních útvarů jiným než abdominálním přístupem	20 %
052	Odstranění dělohy a obou vaječníků včetně vejcovodů	70 %
053	Odstranění jednoho vaječníku včetně vejcovodu	30 %
054	Konizace čípku	20 %
055	Kyretáž	15 %
	Nádory – chirurgické odstranění	
056	Chirurgické odstranění maligních nádorů, kromě nádorů na mukózních blanách, v kůži a podkoží	50 %
057	Chirurgické odstranění maligních nádorů na mukózních blanách, v kůži a podkoží	25 %
058	Chirurgické odstranění pilonidální cysty nebo sinu	25 %
059	Chirurgické odstranění benigních nádorů varlat nebo prsů	20 %
060	Chirurgické odstranění ganglionu	5 %

Popis chirurgického zákroku		Maximální pojistné plnění (v % z pojistné částky)
061	Chirurgické odstranění benigních nádorů jednoho či více, kromě výše zmíněných	10 %
	Nos	
062	Operace extranazálních dutin	35 %
063	Resekce submukózy	25 %
064	Operace intranazálních dutin	15 %
065	Odstranění skořepy nosní (turbinektomie)	10 %
066	Odstranění jednoho nebo více polypů	5 %
	Oko	
067	Operace odchlípnutí sítnice – vícečetné postižení	100 %
068	Operace šedého zákalu (katarakta)	50 %
069	Operace zeleného zákalu (glaukom)	30 %
070	Vyjmutí (enukleace) očního bulbu	40 %
071	Odstranění pterygia	20 %
	Prsy	
072	Amputace jednoho prsu nebo obou – radikální s resekcí do podpaží	70 %
073	Amputace jednoho prsu nebo obou – jednoduchá	40 %
	Punkce	
074	Punkce dutiny břišní	10 %
075	Punkce dutiny hrudní, močového měchýře – kromě katetrizace	5 %
076	Punkce kloubů, páteře, hydrokély	5 %
	Štítná žláza	
077	Totální thyreoidektomie (odstranění obou laloků štítné žlázy)	70 %
078	Odstranění příštítných tělísek	50 %
	Ucho	
079	Tympanoplastika oboustranná	80 %
080	Tympanoplastika jednostranná	60 %
081	Radikální mastoidektomie oboustranná	60 %
082	Radikální mastoidektomie jednostranná	50 %
083	Paracentéza bubínku	5 %
	Zlomeniny	
084	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): kosti stehenní, kompresivní zlomeniny obratle (jednoho nebo více)	40 %
085	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): pánve s nutností trakce, obou kostí bérce	30 %
086	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): kosti pažní, kosti holenní	25 %
087	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): dolní čelisti, obou kostí předloktí, pánve bez nutnosti trakce, čéšky	20 %
088	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): lopatky, klíční kosti, jedné kosti předloktí	15 %
089	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): nosu, dvou a více žeber, hrudní kosti, kostrče, kosti zápěstní či záprstní, kosti lýtkové, patní, nártní či zánártní	10 %
090	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): příčných či kloubních výběžků obratle – za každý, jednoho žebra, prstu ruky či nohy – za každý	5 %
091	Konzervativní léčení tříštivých a otevřených zlomenin	výše uvedená procenta u položek 084–090 se násobí 1,5krát*
092	Operace zlomenin (chirurgický zákrok přímo na poraněné kosti)	výše uvedená procenta u položek 084–090 se násobí 2krát*

***Pozn.: Maximum všech násobků nesmí přesáhnout 100 %.**

	Žíly	
093	Radikální chirurgické odstranění varixů na obou dolních končetinách	30 %
094	Radikální chirurgické odstranění varixů na jedné dolní končetině	20 %
	Popáleniny	
095	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 27 % a více tělesného povrchu	100 %
096	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 18 % až 26 % tělesného povrchu	60 %
097	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 9 % až 17 % tělesného povrchu	30 %
098	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 1 % až 8 % tělesného povrchu	16 %

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY CHIRURGICKÝ ZÁKROK PO ÚRAZU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Chirurgický zákrok po úrazu se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Chirurgický zákrok po úrazu (dále jen „CHZU“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění CHZU je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného vyžadující chirurgický zákrok.

2.2 Pojistnou událostí je chirurgický zákrok z důvodu úrazu pojištěného, provedený v době platnosti pojištění, který je uveden v Oceňovací tabulce (příloha těchto ZPP CHZU). Za pojistnou událost uzná pojišťovna také chirurgický zákrok, který není výslovně uveden v Oceňovací tabulce, pokud je srovnatelný s některým zákrokem uvedeným v této tabulce.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne tohoto úrazu do dne pojistné události, tzn., že pojištěnému náleží pojistné plnění jen za chirurgické zákroky provedené po dobu platnosti pojištění CHZU.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení chirurgického zákroku.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

3.1 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady, nejpozději však do 30 dnů od události, která může zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto pojištění. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

3.2 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o provedeném chirurgickém zákroku a předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednaná ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 Příslušné procento odpovídá povaze a rozsahu chirurgického zákroku a je uvedeno v Oceňovací tabulce. V případě, že chirurgický zákrok není v Oceňovací tabulce uveden, stanoví jeho ohodnocení lékař pojišťovny s přihlédnutím k ohodnocení chirurgického zákroku uvedeného v Oceňovací tabulce, který je svou povahou a stupněm obtížnosti danému zákroku nejbližší.

4.3 Pokud je během jedné operace provedeno více chirurgických zákroků, bude pojistné plnění stanoveno jen za zákrok s nejvyšším procentním ohodnocením. Výše pojistného plnění za chirurgické zákroky provedené z důvodu stejného úrazu může dosáhnout maximálně 100 % pojistné částky sjednané pro toto pojištění.

4.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

c) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

d) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními, léčebnými ozařováními, ultrazvukovými vyšetřeními a zákroky,

e) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

> Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

f) v souvislosti se zubním ošetřením nebo operací kromě těch, které jsou nutné v důsledku úrazu krytého tímto pojištěním a jsou provedeny na vlastním, nikoli umělém chrupu,

g) v souvislosti s kýlou,

h) v souvislosti s úrazem způsobeným alkoholovou nebo drogovou závislostí.

7.2 Pojistná událost nenastává, pokud byl chirurgický zákrok proveden v souvislosti s léčbou nebo doléčením:

a) v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče,

b) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,

c) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče.

> **Co by Vás mohlo zajímat**
> Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Chirurgický zákrok** – operace/chirurgický výkon, který je proveden lékařem v lokální nebo v celkové anestezii, přičemž se jedná o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin, způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pojištěného, nebo výkon, který vede k odstranění okolností hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností. Pro toto pojištění je chirurgickým zákrokem i konzervativní léčení zlomenin a popálenin uvedených v Oceňovací tabulce. Chirurgickým zákrokem však není konzervativní léčba měkkých tkání (např. vazů, svalů, atd.).

ZPP CHZU 2.2

PŘÍLOHA: OCEŇOVACÍ TABULKA PLATNÁ K 1. 2. 2016

	Popis chirurgického zákroku	Maximální pojistné plnění (v % z pojistné částky)
	Amputace (chirurgická)	
001	Amputace (chirurgická) celé dolní končetiny v kyčli	70 %
002	Amputace (chirurgická) horní končetiny, dolní končetiny ve stehně nebo bérci	50 %
003	Amputace (chirurgická) ruky, předloktí nebo nohy pod hlezenním kloubem (Chopart)	30 %
004	Amputace (chirurgická) prstu ruky či nohy – za každý	10 %
	Břicho	
005	Resekce žaludku, resekce střeva	70 %
006	Jiný operační zákrok v dutině břišní provedený klasickým operačním přístupem (laparotomicky) z důvodů diagnostických nebo léčebných, přičemž dva či více chirurgických zákroků prováděných tím samým přístupem se považují za jednu operaci	50 %
	Hrudník	
007	Otevření dutiny hrudní sternotomií (kompletní thorakoplastika)	100 %
008	Odnětí plíce (pneumonektomie) celé nebo částečné	70 %
009	Diagnostický či léčebný chirurgický zákrok v dutině hrudní s výjimkou punkce	30 %
010	Bronchoskopie – léčebná (kromě biopsie)	20 %
011	Bronchoskopie – diagnostická	10 %
012	Drenáž dutiny hrudní a odstranění hnisu s výjimkou punkce	10 %
	Jícen	
013	Gastroskopie (fibroskopie)	10 %
	Klouby	
	Při vykloubení vyžadujícím chirurgický výkon na otevřeném kloubu bude počítán maximálně dvojnásobek uvedeného procenta.	
014	Excize kloubu – ramenního, loketního, kyčelního nebo kolenního s výjimkou punkce	25 %
015	Excize kloubu – jiného kloubu s výjimkou punkce	10 %
016	Resekce kloubu, fixace pomocí operace, desartikulace – ramena, kolena, kyčle nebo páteře	75 %
017	Plastika ramena, kolena, hlezna, lokte či zápěstí	30 %
018	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – kyčle nebo kolena vyjma čéšky	15 %
019	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – ramena nebo lokte, zápěstí či hlezenního kloubu	10%
020	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – dolní čelisti, čéšky, prstu ruky či nohy – za každý	5 %
	Konečník	
021	Chirurgické zákroky na konečníku	10 %
	Lebka	
022	Chirurgický zákrok v dutině lebeční kromě trepanace a punkce	100 %
023	Odstranění kosti, dekomprese lbi	60 %
024	Trepanace	30 %
	Močový a pohlavní aparát	
025	Odnětí ledviny (nefrektomie)	70 %
026	Odstranění varlete nebo nadvarlete (orchidektomie nebo epididymektomie)	25 %
	Nos	
027	Operace extranazálních dutin	35 %
028	Operace intranazálních dutin	15 %
	Oko	
029	Operace odchlípnutí sítnice – vícečetné postižení	100 %
030	Vyjmutí (enukleace) očního bulbu	40 %
	Punkce	
031	Punkce dutiny břišní	10 %
032	Punkce dutiny hrudní, močového měchýře – kromě katetrizace	5 %
033	Punkce kloubů, páteře	5 %
	Zlomeniny	
034	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): kosti stehenní, kompresivní zlomeniny obratle (jednoho nebo více)	40 %
035	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): pánve s nutností trakce, obou kostí bérce	30 %
036	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): kosti pažní, kosti holenní	25 %

Popis chirurgického zákroku		Maximální pojistné plnění (v % z pojistné částky)
037	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): dolní čelisti, obou kostí předloktí, pánve bez nutnosti trakce, čéšky	20 %
038	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): lopatky, klíční kosti, jedné kosti předloktí	15 %
039	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): nosu, dvou a více žeber, hrudní kosti, kostrče, kosti zápěstní či záprstní, kosti lýtkové, patní, nártní či zánártní	10 %
040	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): příčných či kloubních výběžků obratle – za každý, jednoho žebra, prstu ruky či nohy – za každý	5 %
041	Konzervativní léčení tříštivých a otevřených zlomenin	výše uvedená procenta u položek 034–040 se násobí 1,5krát*
042	Operace zlomenin (chirurgický zákrok přímo na poraněné kosti)	výše uvedená procenta u položek 034–040 se násobí 2krát*
***Pozn.: Maximum všech násobků nesmí přesáhnout 100 %.**		
Popáleniny		
043	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 27 % a více tělesného povrchu	100 %
044	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 18 % až 26 % tělesného povrchu	60 %
045	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 9 % až 17 % tělesného povrchu	30 %
046	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 1 % až 8 % tělesného povrchu	16 %

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY HOSPITALIZACE

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Hospitalizace se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Hospitalizace (dále jen „H“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění H je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz a/nebo nemoc pojištěného vyžadující hospitalizaci.

2.2 Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, tj. přijetí pojištěného k pobytu v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci, nejméně na 1 den. Jeden den hospitalizace znamená pobyt v nemocnici po dobu 24 hodin nebo přes noc.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, pro které byl pojištěný následně hospitalizován, do okamžiku pojistné události a v případě hospitalizace v důsledku úrazu je navíc podmínkou, že k této hospitalizaci došlo v období prvních 12 měsíců od okamžiku úrazu.

2.4 Za jednu pojistnou událost se považují následné hospitalizace v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 12 měsíců.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění H je stanovena čekací doba 90 dnů.

3.2 V případě pojistné události, kterou je hospitalizace v důsledku úrazu nebo v důsledku akutního infekčního onemocnění, se čekací doba neuplatňuje.

3.3 Zvláštní čekací doba v délce 240 dnů je sjednána pro případ hospitalizace související s těhotenstvím nebo s porodem.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit uznání za invalidního nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace pojištěného. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, propouštěcí zprávu z hospitalizace včetně všech souvisejících lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění, které se stanoví jako násobek částky sjednané v pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů hospitalizace, po které se pojištěný zdržoval v nemocnici.

5.2 Pro účely stanovení výše pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný do hospitalizace přijat, a den, kdy byl z této hospitalizace propuštěn, sčítají a považují se za 1 den hospitalizace. Pojišťovna vyplatí celkem z jedné pojistné události z pojištění H nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dnů.

5.3 Pojišťovna vyplatí dvojnásobné pojistné plnění pro případ hospitalizace uvedené v pojistné smlouvě za každý den, resp. minimálně 24 hodin strávených v nemocnici při naplnění všech následujících předpokladů:

a) pojištěný je hospitalizován z důvodu úrazu nebo z důvodů akutního onemocnění vzniklých poprvé po uzavření tohoto pojištění a tuto skutečnost prokáže příslušnou zdravotnickou dokumentací předanou pojišťovně v českém nebo anglickém jazyce,

b) pojištěný je v odborné péči lékaře a k hospitalizaci dojde během cesty pojištěného mimo území České republiky do jakéhokoli z členských států Evropské unie, a

c) na tuto hospitalizaci se nevztahuje některá z výluk platných pro pojištění H,

d) v případě, že je pobyt pojištěného na území členského státu Evropské unie vyjma státu jeho trvalého bydliště delší než 90 dnů, pojistná ochrana se vztahuje pouze na prvních 90 nepřetržitých dnů od data odjezdu pojištěného ze země jeho trvalého bydliště/ČR. Denní odškodné bude vyplaceno pouze za dny pobytu v nemocnici předcházející 90. dni pobytu na území členského státu Evropské unie vyjma země jeho trvalého bydliště/ČR, včetně 90. dne, bez ohledu na to, zda hospitalizace pojištěného bude nadále trvat. Pojištěný je povinen prokázat datum odjezdu ze země jeho trvalého bydliště/ČR a skutečnost, že jeho pobyt na území členského státu Evropské unie vyjma země jeho trvalého bydliště/ČR trval nepřetržitě po dobu kratší než 90 dnů.

5.4 Pokud doba trvání hospitalizace pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z pojištění H přesáhne částku uvedenou v Sazebníku, poskytne pojišťovna na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku.

5.5 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Zánikem pojištění zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícího dni zániku pojištění H.

6.4 Vyplatí-li pojišťovna z jedné pojistné události částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dní, pojištění zaniká.

6.5 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, případně dnem, kdy příslušné rozhodnutí bylo pojišťovně doručeno v souladu s odstavcem 4.1, pokud invalidita byla uznána zpětně.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění:

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

d) v souvislosti se sterilizací, antikoncepcí nebo neplodností,

e) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

f) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími,

g) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními,

h) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

8.2 Pojistná událost nenastává, pokud hospitalizace byla:

a) v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v domově důchodců nebo v ústavu sociální péče,

b) v lázeňském zařízení, v zotavovně, v sanatoriu, v zařízení následné péče nebo v rehabilitačním zařízení, kromě těch případů, pokud pobyt v těchto zařízeních bezprostředně navazuje na hospitalizaci v nemocnici trvající nejméně 3 kalendářní dny a pobyt v nich je nezbytnou součástí léčení úrazu nebo nemoci, které byly důvodem pro prvotní hospitalizaci – pojišťovna poskytne pojistné plnění za následnou rehabilitaci v těchto zařízeních v rámci jedné pojistné události maximálně za 21 dnů,

c) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,

d) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Hospitalizace** – z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice.

9.2 **Nemocnice** – zdravotnické zařízení, které splňuje všechny následující podmínky:

a) má licenci provozovat lékařskou praxi (pokud zákon toto oprávnění vyžaduje),
b) poskytuje především lůžkovou péči,
c) má 24hodinovou službu kvalifikovaných zdravotních sester a alespoň jednoho lékaře s atestací,
d) má vybavení pro chirurgickou praxi a diagnostiku pacientů ve svém areálu nebo na smluvní bázi v dostupném zařízení,
e) není bydlištěm pojištěného.

9.3 **Cesta pojištěného** – pobyt pojištěného na území členského státu Evropské unie vyjma země jeho trvalého bydliště/ČR nepřesahující 90 dnů.

9.4 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění H.

ZPP H 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY HOSPITALIZACE PO ÚRAZU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Hospitalizace po úrazu se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Hospitalizace po úrazu (dále jen „HU“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění HU je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného vyžadující hospitalizaci.

2.2 Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, tj. přijetí pojištěného k pobytu v nemocnici z důvodu úrazu, nejméně na 1 den. Jeden den hospitalizace znamená pobyt v nemocnici po dobu 24 hodin nebo přes noc.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne úrazu, pro který byl pojištěný následně hospitalizován, do okamžiku pojistné události. Navíc je podmínkou, že k této hospitalizaci došlo v období prvních 12 měsíců od okamžiku úrazu.

2.4 Za jednu pojistnou událost se považují následné hospitalizace v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 12 měsíců.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

3.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit uznání za invalidního nejpozději do 15 dnů ode dne právomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

3.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace pojištěného. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

3.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, propouštěcí zprávu z hospitalizace včetně všech souvisejících lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění, které se stanoví jako násobek částky sjednané v pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů hospitalizace, po které se pojištěný zdržoval v nemocnici.

4.2 Pro účely stanovení výše pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný do nemocničního ošetření přijat, a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují se za 1 den hospitalizace.

4.3 Pojišťovna vyplatí celkem z jedné pojistné události z pojištění HU nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dnů.

4.4 Pojišťovna vyplatí dvojnásobné pojistné plnění pro případ hospitalizace uvedené v pojistné smlouvě za každý den, resp. minimálně 24 hodin strávených v nemocnici při naplnění všech následujících předpokladů:

a) pojištěný je hospitalizován z důvodu úrazu vzniklého poprvé po uzavření tohoto pojištění a tuto skutečnost prokáže příslušnou zdravotnickou dokumentací předanou pojišťovně v českém nebo anglickém jazyce,

b) pojištěný je v odborné péči lékaře a k hospitalizaci dojde během cesty pojištěného mimo území České republiky do jakéhokoli z členských států Evropské unie, a

c) na tuto hospitalizaci se nevztahuje některá z výluk platných pro pojištění HU,

d) v případě, že je pobyt pojištěného na území členského státu Evropské unie vyjma státu jeho trvalého bydliště delší než 90 dnů, pojistná ochrana se vztahuje pouze na prvních 90 nepřetržitých dnů od data odjezdu pojištěného ze země jeho trvalého bydliště/ČR. Denní odškodné bude vyplaceno pouze za dny pobytu v nemocnici předcházející 90. dni pobytu na území členského státu Evropské unie vyjma země jeho trvalého bydliště/ČR, včetně 90. dne, bez ohledu na to, zda hospitalizace pojištěného bude nadále trvat. Pojištěný je povinen prokázat datum odjezdu ze země jeho trvalého bydliště/ČR a skutečnost, že jeho pobyt na území členského státu Evropské unie vyjma země jeho trvalého bydliště/ČR trval nepřetržitě po dobu kratší než 90 dnů.

4.5 Pokud doba trvání hospitalizace pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z pojištění HU přesáhne částku uvedenou v Sazebníku, poskytne pojišťovna na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku.

4.6 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Zánikem pojištění zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícího dni zániku pojištění HU.

5.4 Vyplatí-li pojišťovna z jedné pojistné události částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dní, pojištění zaniká.

5.5 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, případně dnem, kdy příslušné rozhodnutí bylo pojišťovně doručeno v souladu s odstavcem 3.1, pokud invalidita byla uznána zpětně.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

c) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

d) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními,

e) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

f) v souvislosti s kýlou.

7.2 Pojistná událost nenastává, pokud hospitalizace byla:

a) v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v domově důchodců nebo v ústavu sociální péče,

b) v lázeňském zařízení, v zotavovně, v sanatoriu, v zařízení následné péče nebo v rehabilitačním zařízení, kromě těch případů, pokud pobyt v těchto zařízeních bezprostředně navazuje na hospitalizaci v nemocnici trvající nejméně 3 kalendářní dny a pobyt v nich je nezbytnou součástí léčení úrazu nebo nemoci, které byly důvodem pro prvotní hospitalizaci – pojišťovna poskytne pojistné plnění za následnou rehabilitaci v těchto zařízeních v rámci jedné pojistné události maximálně za 21 dnů,

c) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,

d) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Hospitalizace** – z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice.

8.2 **Nemocnice** – zdravotnické zařízení, které splňuje všechny následující podmínky:

a) má licenci provozovat lékařskou praxi (pokud zákon toto oprávnění vyžaduje),

b) poskytuje především lůžkovou péči,

c) má 24hodinovou službu kvalifikovaných zdravotních sester a alespoň jednoho lékaře s atestací,

d) má vybavení pro chirurgickou praxi a diagnostiku pacientů ve svém areálu nebo na smluvní bázi v dostupném zařízení,

e) není bydlištěm pojištěného.

8.3 **Cesta pojištěného** – pobyt pojištěného na území členského státu Evropské unie vyjma země jeho trvalého bydliště/ČR nepřesahující 90 dnů.

ZPP HU 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY REKONVALESCENCE

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Rekonvalescence se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Rekonvalescence (dále jen „R“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění R je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojištění R lze pro pojištěného sjednat pouze pokud má současně sjednáno pojištění hospitalizace.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz a/nebo nemoc pojištěného vyžadující hospitalizaci a následnou rekonvalescenci.

2.2 Pojistnou událostí je rekonvalescence pojištěného následující po jeho hospitalizaci.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, pro které byl pojištěný následně hospitalizován, do okamžiku pojistné události a v případě hospitalizace v důsledku úrazu je navíc podmínkou, že k této hospitalizaci došlo v období prvních 12 měsíců od okamžiku úrazu.

2.4 Za jednu pojistnou událost se považují následné rekonvalescence následující po hospitalizacích pojištěného v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 12 měsíců.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění R je stanovena čekací doba 90 dnů.

3.2 V případě pojistné události, kterou je rekonvalescence následující po hospitalizaci v důsledku úrazu nebo v důsledku akutního infekčního onemocnění, se čekací doba neuplatňuje.

3.3 Zvláštní čekací doba v délce 240 dnů je sjednána pro případ rekonvalescence následující po hospitalizaci související s těhotenstvím nebo s porodem.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit uznání za invalidního nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace pojištěného. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, propouštěcí zprávu z hospitalizace včetně všech souvisejících lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění, které se stanoví jako násobek částky sjednané v pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a doby rekonvalescence.

5.2 Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, je denní dávka rekonvalescence stanovena jako polovina denní dávky sjednané pro pojištění hospitalizace.

5.3 Doba rekonvalescence je stanovena jako 2násobek počtu dnů trvání hospitalizace, po které rekonvalescence následuje, bez ohledu na skutečné trvání rekonvalescence. Pojišťovna vyplatí celkem z jedné pojistné události nejvýše částku odpovídající 365 dnům hospitalizace.

5.4 Pro účely stanovení výše pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný do hospitalizace přijat, a den, kdy byl z této hospitalizace propuštěn, sčítají a považují se za 1 den hospitalizace.

5.5 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Zánikem pojištění R zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícího dni zániku pojištění R.

6.4 Vyplatí-li pojišťovna z jedné pojistné události částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 730 dní, pojištění zaniká.

6.5 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, případně dnem, kdy příslušné rozhodnutí bylo pojišťovně doručeno v souladu s odstavcem 4.1, pokud invalidita byla uznána zpětně.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění:

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

d) v souvislosti se sterilizací, antikoncepcí nebo neplodností,

e) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

f) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími,

g) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními,

h) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

8.2 Pojistná událost nenastává, pokud hospitalizace byla:

a) v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v domově důchodců nebo v ústavu sociální péče,

b) v lázeňském zařízení, v zotavovně, v sanatoriu, v zařízení následné péče nebo v rehabilitačním zařízení, kromě těch případů, pokud pobyt v těchto zařízeních bezprostředně navazuje na hospitalizaci v nemocnici trvající nejméně 3 kalendářní dny a pobyt v nich je nezbytnou součástí léčení úrazu nebo nemoci, které byly důvodem pro prvotní hospitalizaci – pojišťovna poskytne pojistné plnění za následnou rehabilitaci v těchto zařízeních v rámci jedné pojistné události maximálně za 21 dnů,

c) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,

d) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Hospitalizace pojištěného** – z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice, tj. přijetí pojištěného k pobytu v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci, nejméně na 1 den. Jeden den hospitalizace znamená pobyt v nemocnici po dobu 24 hodin nebo přes noc.

9.2 **Nemocnice** – zdravotnické zařízení, které splňuje všechny následující podmínky:

a) má licenci provozovat lékařskou praxi (pokud zákon toto oprávnění vyžaduje),
b) poskytuje především lůžkovou péči,
c) má 24hodinovou službu kvalifikovaných zdravotních sester a alespoň jednoho lékaře s atestací,
d) má vybavení pro chirurgickou praxi a diagnostiku pacientů ve svém areálu nebo na smluvní bázi v dostupném zařízení,
e) není bydlištěm pojištěného.

9.3 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění R.

ZPP R 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY REKONVALESCENCE PO ÚRAZU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Rekonvalescence po úrazu se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Rekonvalescence po úrazu (dále jen „RU“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění RU je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojištění RU lze pro pojištěného sjednat pouze tehdy, pokud má současně sjednáno pojištění hospitalizace po úrazu.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného vyžadující hospitalizaci a následnou rekonvalescenci.

2.2 Pojistnou událostí je rekonvalescence pojištěného následující po jeho hospitalizaci po úrazu.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne takového úrazu, pro který byl pojištěný následně hospitalizován, do okamžiku pojistné události. Navíc je podmínkou, že k této hospitalizaci došlo v období prvních 12 měsíců od okamžiku úrazu.

2.4 Za jednu pojistnou událost se považují následné rekonvalescence následující po hospitalizacích pojištěného v důsledku stejného úrazu, pokud přestávka mezi hospitalizacemi nepřesahuje 12 měsíců.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

3.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit uznání za invalidního nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

3.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 30 dnů od ukončení hospitalizace pojištěného. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

3.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, propouštěcí zprávu z hospitalizace včetně všech souvisejících lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění, které se stanoví jako násobek částky sjednané v pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a doby rekonvalescence.

4.2 Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, je denní dávka rekonvalescence stanovena jako polovina denní dávky sjednané pro pojištění hospitalizace.

4.3 Doba rekonvalescence je stanovena jako 2násobek počtu dní trvání hospitalizace, po které rekonvalescence následuje, bez ohledu na skutečné trvání rekonvalescence. Pojišťovna vyplatí celkem z jedné pojistné události nejvýše částku odpovídající 365 dnům hospitalizace.

4.4 Pro účely stanovení výše pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný do hospitalizace přijat, a den, kdy byl z této hospitalizace propuštěn, sčítají a považují se za 1 den hospitalizace.

4.5 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Zánikem pojištění RU zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícího dni zániku pojištění RU.

5.4 Vyplatí-li pojišťovna z jedné pojistné události částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 730 dní, pojištění zaniká.

5.5 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, případně dnem, kdy příslušné rozhodnutí bylo pojišťovně doručeno v souladu s odstavcem 3.1, pokud invalidita byla uznána zpětně.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

c) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

d) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními,

e) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

f) v souvislosti s kýlou.

7.2 Pojistná událost nenastává, pokud hospitalizace byla:

a) v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v domově důchodců nebo v ústavu sociální péče,

b) v lázeňském zařízení, v zotavovně, v sanatoriu, v zařízení následné péče nebo v rehabilitačním zařízení, kromě těch případů, pokud pobyt v těchto zařízeních bezprostředně navazuje na hospitalizaci v nemocnici trvající nejméně 3 kalendářní dny a pobyt v nich je nezbytnou součástí léčení úrazu nebo nemoci, které byly důvodem pro prvotní hospitalizaci – pojišťovna poskytne pojistné plnění za následnou rehabilitaci v těchto zařízeních v rámci jedné pojistné události maximálně za 21 dnů,

c) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,

d) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Hospitalizace pojištěného** – z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice, tj. přijetí pojištěného k pobytu v nemocnici z důvodu úrazu, nejméně na 1 den. Jeden den hospitalizace znamená pobyt v nemocnici po dobu 24 hodin nebo přes noc.

8.2 **Nemocnice** – zdravotnické zařízení, které splňuje všechny následující podmínky:

a) má licenci provozovat lékařskou praxi (pokud zákon toto oprávnění vyžaduje),
b) poskytuje především lůžkovou péči,
c) má 24hodinovou službu kvalifikovaných zdravotních sester a alespoň jednoho lékaře s atestací,
d) má vybavení pro chirurgickou praxi a diagnostiku pacientů ve svém areálu nebo na smluvní bázi v dostupném zařízení,
e) není bydlištěm pojištěného.

ZPP RU 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Pracovní neschopnost se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Pracovní neschopnost (dále jen „PN“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění PN je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je pracovní neschopnost pojištěného, která vznikla následkem úrazu nebo nemoci.

2.2 Pojistná událost nastává dnem, kdy pracovní neschopnost pojištěného následkem úrazu nebo nemoci překročila odkladnou dobu stanovenou v pojistné smlouvě a nadále pokračuje.

2.3 Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci následkem kterého/které došlo k pracovní neschopnosti, do dne pojistné události. V případě pracovní neschopnosti následkem úrazu je dále podmínkou vzniku pojistné události, že tato pracovní neschopnost začala v období prvních 12 měsíců ode dne úrazu.

2.4 Za jednu pojistnou událost se považuje pracovní neschopnost, která vznikla následkem více nemocí či úrazů současně. Za jednu pojistnou událost se rovněž považují pracovní neschopnosti v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.

2.5 Výše sjednané denní dávky nesmí spolu s příjmy, které pojištěnému náleží z důvodu pracovní neschopnosti, zejména s plněními, která pojištěný v případě plné pracovní neschopnosti může nárokovat od zaměstnavatele, z titulu nemocenského pojištění nebo jiných dávek sociálního zabezpečení, vyjma starobního důchodu, rodičovského příspěvku a peněžité pomoci v mateřství, nebo s plněními od ostatních pojišťoven k vyrovnání své ztráty na výdělku nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz, přesáhnout průměrný čistý příjem pojištěného v uplynulém kalendářním roce na 1 kalendářní den.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ A ODKLADNÁ DOBA

3.1 U pojištění PN je stanovena čekací doba 90 dnů.

3.2 V případě pojistné události, kterou je plná pracovní neschopnost v důsledku úrazu nebo v důsledku akutního infekčního onemocnění, se čekací doba neuplatňuje.

3.3 U pojištění PN se dále uplatňuje odkladná doba a to v délce sjednané v pojistné smlouvě.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit uznání za invalidního nejpozději do 15 dní ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně nejpozději do 15 dní od nastalé nebo zjištěné skutečnosti písemně oznámit každou změnu povolání pojištěného, ukončení (přerušení) výkonu povolání pojištěného, snížení hrubých příjmů pojištěného v uplynulém kalendářním roce oproti příjmům oznámeným pojišťovně v souvislosti s pojištěním PN o více než 20 %, zvýšení nebo vznik jiných nároků pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti, zejména zvýšení, vznik nebo prodloužení délky

nároku na vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele nebo uzavření pojistné smlouvy na pojištění ztráty příjmu v důsledku nemoci a/nebo úrazu s jinou pojišťovnou.

4.3 Pokud se však pojišťovna dozví o snížení hrubého příjmu pojištěného až v souvislosti s pojistnou událostí, má pojišťovna právo snížit výši denního odškodného za tuto událost úměrně snížení příjmu. V takovém případě má pojišťovna nárok na pojistné v plné výši až do změny pojistné smlouvy. Změnu uvedenou výše pojišťovna neuplatní, pokud pokles hrubého příjmu pojištěného nepřesáhne 20 %.

4.4 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala nebo nastane pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 30 dní od vzniku pracovní neschopnosti, která může zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto pojištění. Pokud pojišťovně není vznik pracovní neschopnosti v této lhůtě oznámen, je pojišťovna oprávněna považovat za pojistnou událost až den takového oznámení pracovní neschopnosti.

4.5 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména potvrzení o pracovní neschopnosti, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, včetně všech souvisejících lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného a potvrzení o výši příjmů, vyjma starobního důchodu, rodičovského příspěvku a peněžité pomoci v mateřství.

4.6 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání pracovní neschopnosti pojištěného. Pokud pojištěný trvání pracovní neschopnosti neprokáže, pojišťovna vyplatí pojistné plnění pouze za prokázanou dobu pracovní neschopnosti.

4.7 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu plnění (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného), nejpozději však do 15 dní od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

4.8 Pojišťovna nepožaduje doložení potřebných dokladů potvrzených lékařem, pokud pojistná událost nastala při pobytu pojištěného na území členského státu EU vyjma České republiky. V takovém případě je však pojistná ochrana poskytována jen při lékařsky nezbytné hospitalizaci v důsledku akutního onemocnění nebo úrazu vzniklého na území tohoto státu. Pokud je některá povinnost podle tohoto odstavce porušena, je pojišťovna oprávněna pojistné plnění přiměřeně snížit.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění, které se stanoví jako:

a) násobek částky sjednané v pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti následujících po uplynutí odkladné doby sjednané v pojistné smlouvě, nebo

b) násobek částky sjednané v pojistné smlouvě a počtu kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti.

5.2 Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, stanoví se pojistné plnění podle odstavce 5.1 písm. a). Pojišťovna tak vyplatí celkem z jedné pojistné události nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dní snížených o počet dní sjednané odkladné doby.

5.3 Pojistné plnění podle odstavce 5.1 písm. b) bude vyplaceno zpětně od 1. dne až po poslední den pracovní neschopnosti za podmínky, že tato varianta byla v pojistné smlouvě sjednána a délka trvání pracovní neschopnosti se minimálně rovná délce odkladné lhůty, která byla sjednána v pojistné smlouvě. Pojišťovna tak vyplatí z jedné události z pojištění PN nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dní.

5.4 Pokud je délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro příslušnou diagnózu a tato neúměrná délka pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněna, je pojišťovna oprávněna pojistné plnění přiměřeně snížit.

5.5 Pokud doba trvání pracovní neschopnosti pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z pojištění PN přesáhne částku uvedenou v Sazebníku, poskytne pojišťovna na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku.

5.6 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Vyplatí-li pojišťovna z jedné pojistné události částku odpovídající maximální částce plnění stanovené v odstavci 5.2 a 5.3, pojištění zaniká vyplacením pojistného plnění.

6.4 Pojištění PN zaniká dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, případně dnem, kdy příslušné rozhodnutí bylo pojišťovně doručeno v souladu s odstavcem 4.1, pokud invalidita byla uznána zpětně.

6.5 Zánikem pojištění PN zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne zániku pojištění PN.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími,

c) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

d) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

d1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

d2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění:

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

d3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

e) v souvislosti se sterilizací, antikoncepcí nebo neplodností,

f) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

g) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

h) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními,

i) v souvislosti s léčbou v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče.

8.2 Pojistná událost dále nenastává, pokud pracovní neschopnost pojištěného nastala v období, kdy pojištěný není osobou výdělečně činnou (tj. nemá příjem ze závislé činnosti či funkčních požitků ani pravidelný příjem z podnikání či jiné samostatně výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů), a v období, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc (podporu) v nezaměstnanosti.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Nemoc** – změna fyzického zdraví pojištěného, kterou pojištěný onemocněl poprvé po datu uzavření tohoto pojištění a po uplynutí stanovené čekací lhůty. Za nemoc se nepovažuje těhotenství ani rizikové těhotenství.

9.2 **Lékař** – absolvent lékařské fakulty, který je členem příslušné stavovské organizace dle § 3 zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, a který léčí v rozsahu své lékařské atestace

zranění a/nebo nemoc, jejímž následkem je událost, která by mohla zakládat nárok na pojistné plnění z pojištění nebo připojištění. Lékařem nesmí být pojistník a/nebo některý z pojištěných a/nebo člen jejich rodin.

9.3 **Pracovní neschopnost** – přechodná nebo trvalá neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku nemoci nebo úrazu současné zaměstnání či výdělečnou činnost. Pracovní neschopnost posuzuje pojišťovna zejména na základě dokladů potvrzených lékařem, případně také na základě stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojišťovnou. Pracovní neschopnost související s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem nebo potratem, vše z jakýchkoli příčin, není považována za pracovní neschopnost.

9.4 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění.

9.5 **Odkladná doba** – minimální počet dnů pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci, po kterou musí pracovní neschopnost trvat, aby nastala pojistná událost ve smyslu těchto pojistných podmínek.

9.6 **Maximální denní dávka** – maximální výše denní dávky, kterou může pojištěný sjednat. Pro její stanovení použije pojišťovna výši hrubého měsíčního příjmu pojištěného.

9.7 **Hrubý příjem pojištěného** – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to před odpočtem daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti ve smyslu zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to před odpočtem výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, a před odpočtem daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu). Do hrubého příjmu pojištěného se nezapočítává starobní důchod, rodičovský příspěvek ani peněžitá pomoc v mateřství.

9.8 **Čistý příjem pojištěného** – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti ve smyslu zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, a po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu). Do čistého příjmu pojištěného se nezapočítává starobní důchod, rodičovský příspěvek ani peněžitá pomoc v mateřství.

ZPP PN 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRACOVNÍ NESCHOPNOST PO ÚRAZU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Pracovní neschopnost po úrazu se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Pracovní neschopnost po úrazu (dále jen „PNU“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění PNU je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je pracovní neschopnost pojištěného, která vznikla následkem úrazu.

2.2 Pojistná událost nastává dnem, kdy pracovní neschopnost pojištěného následkem úrazu překročila odkladnou dobu stanovenou v pojistné smlouvě a nadále pokračuje.

2.3 Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne úrazu, následkem kterého došlo k pracovní neschopnosti, do dne pojistné události. Dále je podmínkou vzniku pojistné události, že tato pracovní neschopnost začala v období prvních 12 měsíců ode dne úrazu.

2.4 Za jednu pojistnou událost se považuje pracovní neschopnost, která vznikla následkem více úrazů současně. Za jednu pojistnou událost se rovněž považují pracovní neschopnosti v důsledku stejného úrazu, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.

2.5 Výše sjednané denní dávky nesmí spolu s příjmy, které pojištěnému náleží z důvodu pracovní neschopnosti, zejména s plněními, která pojištěný v případě plné pracovní neschopnosti může nárokovat od zaměstnavatele, z titulu nemocenského pojištění nebo jiných dávek sociálního zabezpečení, vyjma starobního důchodu, rodičovského příspěvku a peněžité pomoci v mateřství, nebo s plněními od ostatních pojišťoven k vyrovnání své ztráty na výdělku nebo jako odškodnění pro pracovní úraz, přesáhnout průměrný čistý příjem pojištěného v uplynulém kalendářním roce na 1 kalendářní den.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ODKLADNÁ DOBA

3.1 U pojištění PNU se uplatňuje odkladná doba a to v délce sjednané v pojistné smlouvě.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit uznání za invalidního nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně nejpozději do 15 dní od nastalé nebo zjištěné skutečnosti písemně oznámit každou změnu povolání pojištěného, ukončení (přerušení) výkonu povolání pojištěného, snížení hrubých příjmů pojištěného v uplynulém kalendářním roce oproti příjmům oznámeným pojišťovně v souvislosti s pojištěním PNU o více než 20 %, zvýšení nebo vznik jiných nároků pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti, zejména zvýšení, vznik nebo prodloužení délky nároku na vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele nebo uzavření pojistné smlouvy na pojištění ztráty příjmu v důsledku nemoci a/nebo úrazu s jinou pojišťovnou.

4.3 Pokud se však pojišťovna dozví o snížení hrubého příjmu pojištěného až v souvislosti s pojistnou událostí, má pojišťovna právo snížit výši denního odškodného za tuto událost úměrně snížení

příjmu. V takovém případě má pojišťovna nárok na pojistné v plné výši až do změny pojistné smlouvy. Změnu uvedenou výše pojišťovna neuplatní, pokud pokles hrubého příjmu pojištěného nepřesáhne 20 %.

4.4 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala nebo nastane pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však do 30 dní od vzniku pracovní neschopnosti, které můžou zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto pojištění. Pokud pojišťovně není vznik pracovní neschopnosti v této lhůtě oznámen, je pojišťovna oprávněna považovat za pojistnou událost až den takového oznámení pracovní neschopnosti.

4.5 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména potvrzení o pracovní neschopnosti, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, včetně všech souvisejících lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného a potvrzení o výši příjmů, vyjma starobního důchodu, rodičovského příspěvku a peněžité pomoci v mateřství.

4.6 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání pracovní neschopnosti pojištěného. Pokud pojištěný trvání pracovní neschopnosti neprokáže, pojišťovna vyplatí pojistné plnění pouze za prokázanou dobu pracovní neschopnosti.

4.7 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu plnění (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného), nejpozději však do 15 dní od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

4.8 Pojišťovna nepožaduje doložení potřebných dokladů potvrzených lékařem, pokud pojistná událost nastala při pobytu pojištěného na území členského státu EU vyjma České republiky. V takovém případě je však pojistná ochrana poskytována jen při lékařsky nezbytné hospitalizaci v důsledku úrazu vzniklého na území tohoto státu. Pokud je některá povinnost podle tohoto odstavce porušena, je pojišťovna oprávněna pojistné plnění přiměřeně snížit.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění, které se stanoví jako:

a) násobek částky sjednané v pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti následujících po uplynutí odkladné doby sjednané v pojistné smlouvě, nebo

b) násobek částky sjednané v pojistné smlouvě a počtu kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti.

5.2 Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, stanoví se pojistné plnění podle odstavce 5.1 písm. a). Pojišťovna tak vyplatí celkem z jedné pojistné události nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dní snížených o počet dní sjednané odkladné doby.

5.3 Pojistné plnění podle odstavce 5.1 písm. b) bude vyplaceno zpětně od 1. dne až po poslední den pracovní neschopnosti za podmínky, že tato varianta byla v pojistné smlouvě sjednána a délka trvání pracovní neschopnosti se minimálně rovná délce odkladné lhůty, která byla sjednána v pojistné smlouvě. Pojišťovna tak vyplatí z jedné události z pojištění PN nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dní.

5.4 Pokud je délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro příslušnou diagnózu a tato neúměrná délka pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněna, je pojišťovna oprávněna pojistné plnění přiměřeně snížit.

5.5 Pokud doba trvání pracovní neschopnosti pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z pojištění PNU přesáhne částku uvedenou v Sazebníku, poskytne pojišťovna na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku.

5.6 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

6 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

6.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

6.3 Vyplatí-li pojišťovna z jedné pojistné události částku odpovídající maximální částce plnění stanovené v odstavci 5.2 a 5.3, pojištění zaniká vyplacením pojistného plnění.

6.4 Pojištění PNU zaniká dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, případně dnem, kdy příslušné rozhodnutí bylo pojišťovně doručeno v souladu s odstavcem 4.1, pokud invalidita byla uznána zpětně.

6.5 Zánikem pojištění PNU zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne zániku pojištění PNU.

7 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

7.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

7.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

8 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

8.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění,

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

c) v souvislosti s kosmetickými a plastickými výkony, kromě takových, které jsou nutné po úrazu krytém pojištěním, a s jakýmikoli zdravotními výkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

d) v souvislosti s běžnými lékařskými vyšetřeními a to včetně prevence, kontrolami nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorními testy, rentgenovými vyšetřeními nebo CT vyšetřeními,

e) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

f) v souvislosti s kýlou,

g) v souvislosti s léčbou v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče.

8.2 Pojistná událost dále nenastává, pokud pracovní neschopnost pojištěného nastala v období, kdy pojištěný není osobou výdělečně činnou (tj. nemá příjem ze závislé činnosti či funkčních požitků ani pravidelný příjem z podnikání či jiné samostatně výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů), a v období, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc (podporu) v nezaměstnanosti.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

9 VYMEZENÍ POJMŮ

9.1 **Lékař** – absolvent lékařské fakulty, který je členem příslušné stavovské organizace dle § 3 zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, a který léčí v rozsahu své lékařské atestace zranění a/nebo nemoc, jejímž následkem je událost, která by mohla zakládat nárok na pojistné plnění z pojištění nebo připojištění. Lékařem nesmí být pojistník a/nebo některý z pojištěných a/nebo člen jejich rodin.

9.2 **Pracovní neschopnost** – přechodná nebo trvalá neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu současné zaměstnání či výdělečnou činnost. Pracovní neschopnost posuzuje pojišťovna zejména na základě dokladů potvrzených lékařem, případně také na základě stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojišťovnou.

9.3 **Odkladná doba** – minimální počet dnů pracovní neschopnosti z důvodu úrazu, po kterou musí pracovní neschopnost trvat, aby nastala pojistná událost ve smyslu těchto pojistných podmínek.

9.4 **Maximální denní dávka** – maximální výše denní dávky, kterou může pojištěný sjednat. Pro její stanovení použije pojišťovna výši hrubého měsíčního příjmu pojištěného.

9.5 **Hrubý příjem pojištěného** – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to před odpočtem daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti ve smyslu zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to před odpočtem výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, a před odpočtem daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu). Do hrubého příjmu pojištěného se nezapočítává starobní důchod, rodičovský příspěvek ani peněžitá pomoc v mateřství.

9.6 **Čistý příjem pojištěného** – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti ve smyslu zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, a po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu). Do čistého příjmu pojištěného se nezapočítává starobní důchod, rodičovský příspěvek ani peněžitá pomoc v mateřství.

ZPP PNU 2.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY DOBA NEZBYTNÉ LÉČBY ÚRAZU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Doba nezbytné léčby úrazu se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Doba nezbytné léčby úrazu (dále jen „DNL“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění DNL je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojištění DNL je možné sjednat bez progrese nebo s progresí. Není-li příslušná varianta uvedena v pojistné smlouvě, je pojištění sjednáno bez progrese.

1.5 Pojištění DNL je možné sjednat ve standardní variantě, nebo ve variantě Extra vážné úrazy.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného.

2.2 Ve standardní variantě je pojistnou událostí tělesné poškození pojištěného, které vzniklo v době trvání pojištění následkem úrazu a vyžaduje léčbu pod dohledem lékaře trvající minimálně 8 po sobě bezprostředně následujících dnů.

2.3 Pokud je sjednána varianta Extra vážné úrazy, pojistnou událostí je pouze tělesné poškození pojištěného označené v Oceňovací tabulce ve sloupci Extra vážné úrazy.

2.4 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je, že k úrazu došlo v době trvání pojištění a tělesné poškození vzniklo a/nebo se projevilo nejpozději 12 měsíců ode dne úrazu.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 30 dnů od ukončení doby nezbytné léčby.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

3.1 V případě, že podmínkou pro sjednání příslušné výše denní dávky je prokázání příjmu pojištěného, je pojištěný a/nebo pojistník vždy povinen nahlásit pojišťovně každé snížení příjmů pojištěného v uplynulém kalendářním roce oproti příjmům prokázaným při sjednání tohoto pojištění o více než 20 % do 15 dnů od nastalé nebo zjištěné skutečnosti a na výzvu pojišťovny tuto skutečnost obratem prokázat. Pokud tato povinnost nebyla splněna, má pojišťovna právo pojistné plnění přiměřeně snížit dle skutečného poměru aktuálního příjmu k nahlášenému příjmu.

3.2 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady, nejpozději však do 30 dnů po ukončení doby nezbytné léčby, která může zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto pojištění. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

3.3 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména lékařskou zprávu o prvním ošetření po úrazu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného. V případě, že podmínkou pro sjednání příslušné výše denní dávky bylo prokázání příjmu pojištěného, musí být dodán také doklad o výši příjmu pojištěného.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši násobku pojistné částky sjednané v konkrétní pojistné smlouvě (dále jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dní doby nezbytné léčby tělesného poškození v době trvání pojištění. Pokud je skutečná doba nezbytné léčby delší než maximální doba nezbytné léčby uvedená pro dané tělesné poškození v aktuální Oceňovací tabulce (příloha těchto ZPP DNL), použije se pro stanovení pojistného plnění tato maximální doba nezbytné léčby. Pouze pro standardní variantu platí, že není-li tělesné poškození uvedeno v Oceňovací tabulce, stanoví maximální dobu nezbytné léčby lékař pojišťovny s přihlédnutím k maximálnímu počtu dní léčby tělesného poškození uvedenému v Oceňovací tabulce, které je svou povahou danému tělesnému poškození nejbližší.

4.2 Pojišťovna má právo změnit Oceňovací tabulku, zejména v návaznosti na vývoj lékařské vědy a/nebo lékařské praxe, případně v návaznosti na jiný lékařský nebo medicínský důvod, a to způsobem uvedeným ve VPPNP. Za aktuální Oceňovací tabulku se považuje tabulka pojišťovny platná ke dni nahlášení pojistné události.

4.3 Pokud je v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění s progresí, je pojistné plnění dále vynásobeno koeficientem progrese dle následující tabulky:

Počet dní nepřetržité doby nezbytné léčby tělesného poškození pro účely pojistného plnění	Koeficient progrese
do 120 dní včetně	1
nad 120 dní do 240 dní včetně	2
nad 240 dní	3

4.4 Zanechá-li jeden úraz více tělesných poškození, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění jen za tělesné poškození s nejdelší dobou nezbytné léčby.

4.5 V případě opakovaného léčení následků stejného úrazu se doby nezbytné léčby sečtou a jsou považovány za jednu pojistnou událost.

4.6 Utrpí-li pojištěný během trvání pojištění opakovaně tělesné poškození stejné části těla (orgánu, kloubu, svalu a/nebo kosti) následkem úrazu, vznikne pojištěnému od druhého a dalších opakovaných tělesných postižení nárok na pojistné plnění odpovídající maximálně jedné polovině doby nezbytné léčby. Nárok na pojistné plnění za tělesné poškození na stejné části těla (orgánu, kloubu, svalu a/nebo kosti) následkem úrazu vzniká maximálně 3krát v průběhu každých 12 bezprostředně po sobě následujících měsíců.

4.7 Utrpí-li pojištěný několik následných, vzájemně nesouvisejících úrazů, jejichž doby léčení se překrývají, plní pojišťovna vždy pouze jednu denní dávku denně.

4.8 Pokud doba trvání nezbytné léčby úrazu pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění přesáhne částku uvedenou v Sazebníku, poskytne pojišťovna na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku.

4.9 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 75. narozeninách pojištěného (případně po 76. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění nezaniká dnem nahlášení pojistné události.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení jsou uvedeny v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo kterého si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění;

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

c) plně nebo částečně v souvislosti s onemocněním včetně systémových infekčních onemocnění, a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu, výjimkou jsou pouze pyogenní infekce rány nebo poranění při úrazu,

d) v případě povrchového poranění kůže a jakékoli rány, které nebyly ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazujícím šití rány,

e) v případě jakýchkoli zlomenin, pokud pojištěný trpí vrozenou lomivostí kostí, osteoporózou, nádorem a/nebo cystou pojivové tkáně v místě úrazu, a/nebo únavových zlomenin,

f) v případě jakéhokoli natažení svalů, šlach a/nebo kloubních vazů (distenze), pokud není uvedené v Oceňovací tabulce,

g) v případě poškození páteře kromě stavů, které jsou uvedeny v Oceňovací tabulce,

h) ve variantě Extra vážné úrazy v případě jakéhokoli tělesného poškození následkem úrazu, které není uvedeno v Oceňovací tabulce ve sloupci Extra vážné úrazy v příloze těchto ZPP.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Doba nezbytné léčby** – stanoví se v návaznosti na vznik, průběh a následky úrazu. Doba nezbytné léčby musí být podložena dostatečnou zdravotní dokumentací a/nebo zdravotními záznamy pojištěného a potvrzením ošetřujícího lékaře o době nezbytné léčby úrazu, případně také potvrzením lékaře pojišťovny. Za dobu nezbytné léčby úrazu se nepovažuje doba léčby, v jejímž průběhu se pojištěný podroboval pouze občasným zdravotním kontrolám a/nebo rehabilitaci, doba léčby související s kosmetickými, plastickými a/nebo dalšími zdravotními úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné a léčba nebo doléčení v rehabilitačních centrech a ústavech, lázních a podobných zařízeních následné péče.

8.2 **Zhmoždění** – závažné tupé nepronikající poranění způsobené mechanickou silou, v jejímž důsledku vzniká významný krevní výron, bolest, otok a přechodná porucha funkce zasažené části těla a/nebo orgánu prokázané zobrazujícími metodami, přičemž u prstů a kloubů musí být navíc lékařem doporučena a provedena fixace.

8.3 **Fixace** – pevná fixace kovem nebo imobilizace (znehybnění) prostřednictvím sádrové nebo plastové fixace, ortézy, pevné dlahy. Za fixaci se nepovažují elastická obinadla nebo bandáže ani zinkoklihový nebo škrobový obvaz.

8.4 **Dislokace** – posun kostních úlomků, který vyžaduje repozici provedenou lékařem a/nebo osteosyntézu.

8.5 **Vykloubení** – vykloubení (luxace), které vyžadovalo a bylo léčeno minimálně repozicí provedenou odborným lékařem.

8.6 **Distorze** – podvrtnutí, v jehož důsledku vzniká významný krevní výron, bolest, otok a přechodná porucha funkce zasažené části těla, které vyžadovalo a bylo léčeno odborným lékařem minimálně přiložením ortézy. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je doložení snímku ze sonografu, magnetické rezonance nebo z jakéhokoli jiného diagnostického zařízení, které prokazuje vznik distorze s poraněním vazů.

8.7 **Neúplné a/nebo úplné přerušení** – porušení kontinuity tkáně prokázané odborným vyšetřením (např. USG/MRI/ASK).

8.8 **Rána** – řezné, sečné, tržné, bodné, střelné rány a rány vzniklé kousnutím zasahujícím do podkoží, ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazujícím šití rány.

8.9 **Popálenina** – poškození celistvosti kůže způsobené kontaktem se zdroji tepelné energie, chemikáliemi nebo zdroji velmi nízké teploty.

8.10 **Chirurgický zákrok** – operace/chirurgický výkon, který je proveden lékařem v lokální nebo v celkové anestezii, přičemž se jedná o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pojištěného, nebo výkon, který vede k odstranění škodlivých okolností hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností.

8.11 **Maximální denní dávka** – maximální výše denní dávky, kterou si může pojištěný sjednat. Pro její stanovení použije pojišťovna výši hrubého měsíčního příjmu pojištěného.

8.12 **Čistý příjem pojištěného** – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti ve smyslu zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, a to po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, a po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu).

ZPP DNL 3.1

PŘÍLOHA: OCEŇOVACÍ TABULKA PLATNÁ K 1. 2. 2016

V případě neúplné zlomeniny (např. infrakce, fisury, odlomení hran kostí, výstupků a malých úlomků), subperiostální zlomeniny a/nebo kompresivní zlomeniny odpovídá maximální doba léčby polovině maximální doby léčby pro úplnou zlomeninu, není-li v tabulce výslovně uvedeno jinak. Předchozí věta neplatí pro variantu Extra vážné úrazy. Operací se rozumí chirurgický zákrok v celkové a/nebo epidurální anestezii.

Tělesné poškození I. Hlava		Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
001	Částečná skalpace hlavy s kožním defektem	max. 40 dnů	
002	Úplná skalpace hlavy s kožním defektem	max. 90 dnů	✔
003	Zhmoždění mozku potvrzené neurologem a prokázané zobrazovacím vyšetřením (např. CT/MRI)	max. 150 dnů	✔
004	Krvácení do mozku – subarachnoidální	max. 100 dnů	✔
005	Krvácení do mozku – intraparenchymové lehkého stupně potvrzené zobrazovacím vyšetřením (např. CT)	max. 180 dnů	✔
006	Krvácení do mozku – intraparenchymové a mnohočetné těžkého stupně potvrzené zobrazovacím vyšetřením (např. CT)	max. 320 dnů	✔
007	Krvácení do mozkového kmene	max. 365 dnů	✔
008	Krvácení do mozku – nitrokomorové	max. 365 dnů	✔
009	Krvácení nitrolební – akutní subdurální hematom	max. 180 dnů	✔
010	Krvácení nitrolební – chronický subdurální hematom	max. 100 dnů	✔
011	Krvácení nitrolební – subdurální subakutní nebo subchronické	max. 365 dnů	✔
012	Krvácení nitrolební – epidurální hematom (včasný chirurgický zákrok – vypuštění hematomu)	max. 105 dnů	✔
013	Krvácení nitrolební – epidurální hematom (s projevy oboustranného ochrnutí končetin a komatózním stavem)	max. 365 dnů	✔
014	Otřes mozku potvrzený neurologem	max. 15 dnů	
015	Otřes mozku potvrzený neurologem a vyžadující hospitalizaci do 5 dnů	max. 25 dnů	
016	Otřes mozku potvrzený neurologem a vyžadující hospitalizaci 5 a více dnů	max. 40 dnů	

017	Zhmoždění obličeje a/nebo hlavy bez otřesu mozku	neplní se	
018	Neúplné přerušení svalů v oblasti obličeje a/nebo hlavy	max. 30 dnů	
019	Úplné přerušení svalů v oblasti obličeje a/nebo hlavy	max. 60 dnů	✔
020	Zlomenina spodiny lební	max. 80 dnů	✔
021	Zlomenina spodiny lební s únikem mozkomíšního moku	max. 120 dnů	✔
022	Zlomenina kosti klenby lební bez vpáčení úlomků	max. 30 dnů	
023	Zlomenina více kostí klenby lební bez vpáčení úlomků	max. 40 dnů	
024	Zlomenina kostí klenby lební s vpáčením úlomků	max. 60 dnů	✔
025	Zlomenina jařmové kosti	max. 40 dnů	
026	Zlomenina dolní čelisti	max. 60 dnů	✔
027	Zlomenina dolní čelisti s dislokací nebo tříštivá nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
028	Zlomenina dolní čelisti s dislokací a současně tříštivá – léčena konzervativně	max. 110 dnů	✔
029	Zlomenina dolní čelisti s dislokací a současně tříštivá – řešena operací	max. 130 dnů	✔
030	Zlomenina očnice	max. 60 dnů	✔
031	Luxace dolní čelisti (jednostranná nebo oboustranná)	max. 30 dnů	
032	Zlomenina horní čelisti	max. 80 dnů	✔
033	Zlomenina horní čelisti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 115 dnů	✔
034	Zlomenina alveolárního výběžku čelisti	max. 30 dnů	
035	Zlomenina alveolárního výběžku čelisti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 60 dnů	✔
036	Sdružené zlomeniny – Le Fort I	max. 90 dnů	✔
037	Sdružené zlomeniny – Le Fort II	max. 120 dnů	✔
038	Sdružené zlomeniny – Le Fort III	max. 185 dnů	✔
039	Zlomenina nosních kůstek a/nebo nosní přepážky	max. 25 dnů	
040	Zlomenina nosních kůstek s přerušením slzných kanálků – léčena konzervativně	max. 40 dnů	
041	Zlomenina nosních kůstek s přerušením slzných kanálků – řešena chirurgickým zákrokem	max. 60 dnů	✔

II. Oko		Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
042	Popálení a/nebo poleptání kůže víček jednoho a/nebo obou očí	max. 20 dnů	
043	Poleptání a/nebo popálení spojivky I. stupně	neplní se	
044	Poleptání a/nebo popálení spojivky II. stupně	max. 18 dnů	
045	Poleptání a/nebo popálení spojivky III. stupně	max. 40 dnů	
046	Poranění spojivky a/nebo rohovky	neplní se	
047	Popálení a/nebo poleptání rohovkového epitelu	max. 18 dnů	
048	Popálení a/nebo poleptání rohovkového parenchymu	max. 90 dnů	✔
049	Poranění rohovky s komplikací (např. následný zánět)	max. 15 dnů	
050	Hluboká rána rohovky bez perforace s komplikací (např. poúrazová katarakta, nitrooční zánět, chronický vřed rohovky)	max. 25 dnů	
051	Rána rohovky a/nebo bělimy s perforací – léčena konzervativně	max. 20 dnů	
052	Rána rohovky a/nebo bělimy s perforací s komplikací (např. poúrazová katarakta, nitrooční zánět, chronický vřed) – léčena konzervativně	max. 30 dnů	
053	Rána rohovky a/nebo bělimy s perforací – řešena chirurgickým zákrokem	max. 50 dnů	
054	Rána rohovky a/nebo bělimy s perforací a poraněním duhovky – řešena chirurgickým zákrokem	max. 80 dnů	✔
055	Rána rohovky a/nebo bělimy s perforací s komplikací (např. poúrazová katarakta, nitrooční zánět, cizí nitrooční tělísko, chronický vřed) – řešena chirurgickým zákrokem	max. 60 dnů	✔
056	Rána pronikající do očnice	max. 30 dnů	
057	Rána pronikající do očnice komplikovaná cizím nemagnetickým tělískem v očnici	max. 60 dnů	✔
058	Rána pronikající do očnice komplikovaná cizím magnetický tělískem v očnici	max. 30 dnů	
059	Zhmoždění oka s krvácením do přední komory	max. 20 dnů	
060	Zhmoždění oka s krvácením do přední komory komplikované sekundárním zvýšením nitrooč-ního tlaku – řešeno chirurgickým zákrokem	max. 75 dnů	✔
061	Zhmoždění oka s natržením duhovky	max. 40 dnů	
062	Zhmoždění oka s natržením duhovky s komplikací (např. zánět duhovky, poúrazová katarakta)	max. 60 dnů	✔
063	Neúplná luxace čočky	max. 30 dnů	
064	Neúplná luxace čočky komplikovaná sekundárním zvýšením nitroočního tlaku – řešena chirurgickým zákrokem	max. 70 dnů	✔

065	Luxace čočky	max. 50 dnů	
066	Luxace čočky komplikovaná sekundárním zvýšením nitroočního tlaku – řešena chirurgickým zákrokem	max. 80 dnů	✔
067	Krvácení do sklivce a sítnice	max. 60 dnů	✔
068	Krvácení do sklivce a sítnice komplikované sekundárním zvýšením nitroočního tlaku – řešeno chirurgickým zákrokem	max. 70 dnů	✔
069	Otřes sítnice	max. 15 dnů	
070	Odchlípení sítnice vzniklé přímým následkem poranění oka	max. 110 dnů	✔
071	Poranění zrakového nervu a chiasmatu	max. 100 dnů	✔
072	Poranění očního bulbu vyžadující bezprostřední vyjmutí (včetně vytržení/ruptury)	max. 60 dnů	✔
073	Poranění obou očních bulbů vyžadující bezprostřední vyjmutí (včetně vytržení/ruptury)	max. 60 dnů	✔
074	Poranění okohybného aparátu s diplopií	max. 75 dnů	✔
	III. Ucho	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
075	Poranění ušního boltce s rozsáhlým krevním výronem	max. 18 dnů	
076	Perforace ušního bubínku	max. 25 dnů	
077	Poranění ušního labyrintu	max. 20 dnů	
078	Akutrauma, barotrauma	neplní se	
	IV. Zuby	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
079	Ztráta nebo nutná extrakce jednoho až šesti zubů trvalého chrupu následkem úrazu (nikoli skousnutím)	max. 25 dnů	
080	Ztráta nebo nutná extrakce sedmi nebo více zubů trvalého chrupu následkem úrazu (nikoli skousnutím)	max. 35 dnů	
081	Ztráta nebo nutná extrakce jednoho nebo více zubů mléčného chrupu vyžadující chirurgické ošetření zubního lůžka	max. 18 dnů	
082	Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho nebo více zubů trvalého chrupu (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	max. 20 dnů	
083	Zlomení jednoho kořene zubu trvalého chrupu s nutnou fixační dlahou	max. 25 dnů	
084	Zlomení dvou a více kořenů zubů trvalého chrupu s nutnou fixační dlahou	max. 35 dnů	
085	Zlomení nebo jakékoli jiné poškození zubní náhrady nebo zubu mléčného chrupu, zlomení nebo částečné zlomení (odlomení) zubu trvalého chrupu	neplní se	
	V. Krk	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
086	Zhmoždění a/nebo poranění krku	max. 15 dnů	
087	Zhmoždění a/nebo poranění krku vyžadující tracheotomii	max. 45 dnů	
088	Perforující poranění, roztržení nebo poleptání hrtanu a/nebo průdušnice	max. 120 dnů	✔
089	Perforující poranění, roztržení nebo poleptání jícnu	max. 90 dnů	✔
090	Zlomenina jazylky nebo chrupavky štítné	max. 60 dnů	✔
091	Poškození hlasivek následkem úrazu	max. 25 dnů	
	VI. Hrudník	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
092	Zhmoždění plic	max. 20 dnů	
093	Roztržení plic	max. 90 dnů	✔
094	Roztržení bránice	max. 120 dnů	✔
095	Zhmoždění stěny hrudní – těžké, s objektivními známkami zhmoždění	max. 15 dnů	
096	Zhmoždění nebo poranění srdce prokázané odborným vyšetřením (např. ECHO)	max. 180 dnů	✔
097	Zlomenina hrudní kosti	max. 35 dnů	
098	Zlomenina hrudní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – řešena chirurgickým zákrokem	max. 60 dnů	✔
099	Zlomenina hrudní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 65 dnů	✔
100	Zlomenina jednoho žebra	max. 30 dnů	
101	Zlomeniny dvou až pěti žeber	max. 60 dnů	✔
102	Zlomeniny více než pěti žeber	max. 70 dnů	✔
103	Zlomenina dvou až pěti žeber s dislokací	max. 70 dnů	✔
104	Zlomenina více než pěti žeber s dislokací	max. 90 dnů	✔
105	Spontánní pneumotorax	neplní se	

106	Poúrazový pneumotorax	max. 60 dnů	✔
107	Poúrazový mediastinální a podkožní emfyzém	max. 30 dnů	
108	Poúrazové krvácení do hrudníku – léčeno konzervativně (včetně punkcí)	max. 60 dnů	✔
109	Poúrazové krvácení do hrudníku – řešeno operací	max. 110 dnů	✔
	VII. Břicho, močové a pohlavní orgány	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
110	Zhmoždění stěny břišní a/nebo nitrobřišních orgánů – těžké	max. 15 dnů	
111	Rána pronikající do dutiny břišní – řešena operací	max. 50 dnů	
112	Poranění nebo roztržení jater a/nebo žlučových cest – léčeno konzervativně	max. 20 dnů	
113	Poranění nebo roztržení jater a/nebo žlučových cest – řešeno laparoskopicky	max. 80 dnů	✔
114	Poranění nebo roztržení jater a/nebo žlučových cest – řešeno operací	max. 95 dnů	✔
115	Poranění nebo roztržení žlučníku s odstraněním žlučníku	max. 75 dnů	✔
116	Poranění sleziny – léčeno konzervativně	max. 15 dnů	
117	Poranění a/nebo roztržení sleziny – řešeno chirurgickým zákrokem	max. 80 dnů	✔
118	Roztržení a/nebo drtivé poranění slinivky břišní	max. 120 dnů	✔
119	Úrazová perforace žaludku	max. 90 dnů	✔
120	Úrazová perforace dvanácterníku	max. 95 dní	✔
121	Úrazová perforace a/nebo roztržení tenkého střeva bez resekce	max. 60 dnů	✔
122	Úrazová perforace a/nebo roztržení tenkého střeva s resekcí	max. 90 dnů	✔
123	Úrazová perforace a/nebo roztržení tlustého střeva bez resekce	max. 75 dnů	✔
124	Úrazová perforace a/nebo roztržení tlustého střeva s resekcí	max. 100 dnů	✔
125	Úrazové roztržení okruží (mesenteria) bez resekce střeva	max. 70 dnů	✔
126	Úrazové roztržení okruží (mesenteria) s resekcí střeva	max. 100 dnů	✔
127	Zhmoždění ledviny s hematurií – léčeno konzervativně	max. 20 dnů	
128	Poranění a/nebo roztržení ledviny – řešeno operací	max. 90 dnů	✔
129	Zhmoždění vnějších pohlavních orgánů těžkého stupně – léčeno konzervativně	max. 20 dnů	
130	Zhmoždění vnějších pohlavních orgánů těžkého stupně – řešeno chirurgickým zákrokem	max. 35 dnů	
131	Zhmoždění vnějších pohlavních orgánů těžkého stupně komplikované poúrazovým zánětem	max. 65 dnů	✔
132	Roztržení močového měchýře	max. 90 dnů	✔
133	Roztržení močové trubice	max. 90 dnů	✔
134	Tříselná, pupeční a/nebo skrotální kýla	neplní se	
	VIII. Páteř	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
135	Krvácení do kanálu páteřního – akutní subdurální hematom	max. 180 dnů	✔
136	Krvácení do kanálu páteřního – chronický subdurální hematom	max. 100 dnů	✔
137	Krvácení do kanálu páteřního – subdurální subakutní nebo subchronické	max. 365 dnů	✔
138	Krvácení do kanálu páteřního – epidurální hematom (včasný chirurgický zákrok – vypuštění hematomu)	max. 105 dnů	✔
139	Krvácení do kanálu páteřního – epidurální hematom (s projevy oboustranného ochrnutí končetin, komatózním stavem)	max. 365 dnů	✔
140	Otřes míchy	max. 25 dnů	
141	Zhmoždění míchy	max. 180 dnů	✔
142	Poranění míchy s projevy kvadruplegie	max. 365 dnů	✔
143	Poranění míchy s projevy kvadruparézy	max. 365 dnů	✔
144	Poranění míchy s projevy paraplegie	max. 365 dnů	✔
145	Poranění míchy s projevy paraparézy	max. 220 dnů	✔
146	Zhmoždění motorického nervu s obrnou	max. 20 dnů	
147	Přerušení motorického nervu a/nebo vegetativních nervů	max. 110 dnů	✔
148	Zhmoždění páteře a/nebo kosti křížové a/nebo kostrče	max. 30 dnů	
149	Distorze páteře a/nebo kosti křížové a/nebo kostrče	max. 30 dnů	
150	Luxace v atlanto–okcipitálním kloubu/kloubech bez poškození míchy nebo jejích kořenů	max. 185 dnů	✔
151	Luxace krčních obratlů bez poškození míchy nebo jejích kořenů	max. 185 dnů	✔
152	Luxace hrudních obratlů bez poškození míchy nebo jejích kořenů	max. 185 dnů	✔
153	Luxace bederních obratlů bez poškození míchy nebo jejích kořenů	max. 185 dnů	✔
154	Luxace kosti křížové	max. 120 dnů	✔

155	Luxace kostrče	max. 60 dnů	✔
156	Subluxace krčních obratlů (posun obratlů prokázaný CT vyšetřením)	max. 90 dnů	✔
157	Subluxace hrudních obratlů (posun obratlů prokázaný CT vyšetřením)	max. 90 dnů	✔
158	Subluxace bederních obratlů (posun obratlů prokázaný CT vyšetřením)	max. 90 dnů	✔
159	Subluxace kosti křížové (posun prokázaný CT vyšetřením)	max. 45 dnů	
160	Subluxace kostrče (posun prokázaný CT vyšetřením)	max. 20 dnů	
161	Zlomenina trnového výběžku obratle	max. 30 dnů	
162	Zlomenina příčného výběžku obratle	max. 30 dnů	
163	Zlomenina dvou a více příčných výběžků obratle/obratlů	max. 70 dnů	✔
164	Zlomenina kloubního výběžku a/nebo kloubních výběžků obratle	max. 30 dnů	
165	Zlomenina oblouku obratle	max. 60 dnů	✔
166	Zlomenina zubu čepovce (dens epistrophei)	max. 185 dnů	✔
167	Zlomenina těla krčního obratle	max. 85 dnů	✔
168	Zlomenina těla hrudního obratle	max. 60 dnů	✔
169	Zlomenina těla bederního obratle	max. 75 dnů	✔
170	Zlomenina křížové kosti a/nebo kostrče	max. 60 dnů	✔
171	Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla do jedné třetiny	max. 120 dnů	✔
172	Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla o více jak jednu třetinu – léčena konzervativně	max. 180 dnů	✔
173	Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla o více jak jednu třetinu – řešena operací	max. 230 dnů	✔
174	Dislokovaná zlomenina těla krčního obratle	max. 100 dnů	✔
175	Dislokovaná zlomenina těla hrudního obratle	max. 180 dnů	✔
176	Dislokovaná zlomenina těla bederního obratle	max. 210 dnů	✔
177	Dislokovaná zlomenina křížové kosti a/nebo kostrče	max. 70 dnů	✔
178	Tříštivá a/nebo otevřená zlomenina těla krčního obratle	max. 260 dnů	✔
179	Tříštivá a/nebo otevřená zlomenina těla hrudního obratle	max. 220 dnů	✔
180	Tříštivá a/nebo otevřená zlomenina těla bederního obratle	max. 240 dnů	✔
181	Tříštivá a/nebo otevřená zlomenina křížové kosti a/nebo kostrče	max. 90 dnů	✔
182	Poranění meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle a/nebo spondylolistéza	neplní se	
183	Zlomenina meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle	max. 30 dnů	
184	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současné zlomenině těla obratle bez komplikací (prokázané CT/MRI vyšetřením)	max. 160 dnů	✔
185	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současné zlomenině těla obratle s postižením míšních kořenů (prokázané CT/MRI vyšetřením)	max. 250 dnů	✔
	IX. Pánev	**Doba nezbytné léčby**	**Extra vážné úrazy**
186	Zhmoždění pánve	max. 15 dnů	
187	Podvrtnutí a/nebo natažení kloubů a vazů pánve	max. 20 dnů	
188	Zlomenina acetabula	max. 90 dnů	✔
189	Zlomenina acetabula se subluxací až luxací sakroiliákálního (SI) kloubu	max. 160 dnů	✔
190	Tříštivá zlomenina acetabula s centrální luxací případně se subluxací stehenní kosti – řešena operací	max. 180 dnů	✔
191	Odlomení trnu nebo hrbolu kosti kyčelní	max. 60 dnů	✔
192	Odlomení hrbolu kosti sedací	max. 60 dnů	✔
193	Zlomenina kosti kyčelní	max. 70 dnů	✔
194	Zlomenina kosti kyčelní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
195	Zlomenina kosti kyčelní a současně kosti stydké	max. 120 dnů	✔
196	Zlomenina kosti stydké a/nebo sedací	max. 70 dnů	✔
197	Zlomenina kosti stydké a/nebo sedací s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
198	Zlomenina kosti stydké s rozestupem spony stydké	max. 120 dnů	✔
199	Zlomenina kosti stydké s luxací křížokyčelní	max. 180 dnů	✔
200	Rozestup spony stydké	max. 120 dnů	✔
201	Rozestup spony stydké s dislokací – řešen operací	max. 180 dnů	✔

	X. Horní končetina	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
202	Zhmoždění ramene	max. 30 dnů	
203	Zhmoždění jiných částí horní končetiny	max. 15 dnů	
204	Distorze a/nebo subluxace kloubů klíční kosti včetně léčby bez pevné fixace	max. 30 dnů	
205	Distorze a/nebo subluxace ramenního kloubu včetně léčby bez pevné fixace	max. 40 dnů	
206	Distorze a/nebo subluxace loketního kloubu	max. 30 dnů	
207	Distorze a/nebo subluxace zápěstí	max. 30 dnů	
208	Distorze a/nebo subluxace základních nebo mezičlánkových kloubů u jednoho nebo dvou prstů	max. 25 dnů	
209	Distorze a/nebo subluxace základních nebo mezičlánkových kloubů u více než dvou prstů	max. 25 dnů	
210	Luxace kloubu klíční kosti	max. 40 dnů	
211	Luxace kloubu klíční kosti – řešena chirurgickým zákrokem	max. 60 dnů	✔
212	Luxace hlavice kosti pažní	max. 60 dnů	✔
213	Luxace hlavice kosti pažní – řešena chirurgickým zákrokem	max. 90 dnů	✔
214	Luxace lokte	max. 60 dnů	✔
215	Luxace lokte – řešena chirurgickým zákrokem	max. 90 dnů	✔
216	Luxace zápěstí (lunar + perilunar) – léčena konzervativně	max. 90 dnů	✔
217	Luxace zápěstí (lunar + perilunar) – řešena operací	max. 120 dnů	✔
218	Luxace jedné kosti záprstní (metacarpal)	max. 40 dnů	
219	Luxace dvou a více kostí záprstních (metacarpal)	max. 60 dnů	✔
220	Luxace kloubů jednoho prstu	max. 30 dnů	
221	Luxace kloubů dvou a více prstů	max. 75 dnů	✔
222	Neúplné přerušení šlach na jednom prstu ruky	max. 30 dnů	
223	Neúplné přerušení šlach u 2 a více prstů ruky	max. 50 dnů	
224	Úplné přerušení a/nebo odtržení šlach na jednom prstu ruky	max. 45 dnů	
225	Úplné přerušení a/nebo odtržení šlach u 2 a více prstů ruky	max. 75 dnů	
226	Úplné přerušení a/nebo odtržení šlach u 2 a více prstů ruky – odtržení dorzální aponeurózy	max. 45 dnů	
227	Úplné přerušení a/nebo odtržení šlach v oblasti zápěstí	max. 75 dnů	
228	Úplné přerušení a/nebo odtržení dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního – léčeno konzervativně	max. 60 dnů	
229	Úplné přerušení a/nebo odtržení dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního – řešeno operací	max. 75 dnů	✔
230	Neúplné přerušení svalu nadhřebenového	max. 30 dnů	
231	Neúplné přerušení svalů rotátorové manžety (vyjma mikrotraumat) – léčeno konzervativně	max. 50 dnů	
232	Neúplné přerušení svalů rotátorové manžety (vyjma mikrotraumat) – řešeno operací	max. 60 dnů	✔
233	Neúplné přerušení jiného svalu horní končetiny	max. 40 dnů	
234	Neúplné přerušení jiného svalu horní končetiny – řešeno operací	max. 50 dnů	
235	Úplné přerušení svalu nadhřebenového – léčeno konzervativně	max. 60 dnů	
236	Úplné přerušení svalu nadhřebenového – řešeno operací	max. 75 dnů	✔
237	Úplné přerušení jiného svalu v oblasti horní končetiny	max. 60 dnů	
238	Úplné přerušení jiného svalu v oblasti horní končetiny – řešeno operací	max. 75 dnů	✔
239	Zlomenina lopatky	max. 60 dnů	✔
240	Zlomenina zobákovitého výběžku lopatky	max. 60 dnů	✔
241	Zlomenina klíční kosti	max. 40 dnů	
242	Zlomenina klíční kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – léčena konzervativně	max. 60 dnů	✔
243	Zlomenina klíční kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – řešena operací	max. 70 dnů	✔
244	Zlomenina velkého hrbolu kosti pažní	max. 40 dnů	
245	Zlomenina velkého hrbolu kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 60 dnů	✔
246	Zlomenina hlavice kosti pažní	max. 60 dnů	✔
247	Zlomenina hlavice kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
248	Zlomenina krčku kosti pažní	max. 60 dnů	✔
249	Zlomenina krčku kosti pažní zaklíněná	max. 70 dnů	✔

250	Zlomenina krčku kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
251	Zlomenina krčku kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – řešena operací a/nebo luxační	max. 120 dnů	✔
252	Neúplná zlomenina těla kosti pažní	max. 60 dnů	✔
253	Zlomenina těla kosti pažní	max. 80 dnů	✔
254	Zlomenina těla kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 120 dnů	✔
255	Zlomenina těla kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 140 dnů	✔
256	Neúplná zlomenina kosti pažní nad kondyly	max. 60 dnů	✔
257	Zlomenina kosti pažní nad kondyly	max. 60 dnů	✔
258	Zlomenina kosti pažní nad kondyly s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 90 dnů	✔
259	Zlomenina kosti pažní nad kondyly s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
260	Zlomenina trans–interkondylická a/nebo zlomenina hlavičky a/nebo kladky (capitulum, trochlea) kosti pažní	max. 90 dnů	✔
261	Zlomenina trans–interkondylická a/nebo zlomenina hlavičky a/nebo kladky (capitulum, trochlea) kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 100 dnů	✔
262	Zlomenina trans–interkondylická a/nebo zlomenina hlavičky a/nebo kladky (capitulum, trochlea) kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
263	Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní	max. 60 dnů	✔
264	Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní s dislokací, úlomky nezasahují do kloubu	max. 70 dnů	✔
265	Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní s dislokací úlomků do kloubu a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
266	Zlomenina laterálního epikondylu kosti pažní	max. 60 dnů	✔
267	Zlomenina laterálního epikondylu kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
268	Zlomenina laterálního epikondylu kosti pažní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – řešena operací	max. 120 dnů	✔
269	Zlomenina okovce kosti loketní – léčena konzervativně	max. 60 dnů	✔
270	Zlomenina okovce kosti loketní – řešena operací	max. 90 dnů	✔
271	Zlomenina výběžku kosti loketní – léčena konzervativně	max. 60 dnů	✔
272	Zlomenina výběžku kosti loketní – řešena operací	max. 90 dnů	✔
273	Neúplná zlomenina těla loketní kosti	max. 60 dnů	✔
274	Zlomenina těla loketní kosti	max. 60 dnů	✔
275	Zlomenina těla loketní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 90 dnů	✔
276	Zlomenina těla loketní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
277	Zlomenina dolního konce kosti loketní s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 45 dnů	
278	Zlomenina dolního konce kosti loketní s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 60 dnů	✔
279	Zlomenina bodcovitého výběžku loketní kosti	max. 50 dnů	
280	Zlomenina hlavičky a/nebo krčku vřetenní kosti – léčena konzervativně	max. 60 dnů	✔
281	Zlomenina hlavičky a/nebo krčku vřetenní kosti – řešena operací	max. 90 dnů	✔
282	Neúplná zlomenina těla vřetenní kosti	max. 60 dnů	✔
283	Zlomenina těla vřetenní kosti	max. 60 dnů	✔
284	Zlomenina těla vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 90 dnů	✔
285	Zlomenina těla vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
286	Neúplná zlomenina dolního konce vřetenní kosti	max. 60 dnů	✔
287	Zlomenina dolního konce vřetenní kosti	max. 70 dnů	✔
288	Zlomenina dolního konce vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 90 dnů	✔
289	Zlomenina dolního konce vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 110 dnů	✔
290	Zlomenina bodcovitého výběžku vřetenní kosti	max. 70 dnů	✔
291	Zlomenina bodcovitého výběžku vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
292	Neúplná zlomenina obou kostí předloktí	max. 80 dnů	✔
293	Zlomenina obou kostí předloktí	max. 90 dnů	✔
294	Zlomenina obou kostí předloktí s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 140 dnů	✔
295	Zlomenina obou kostí předloktí s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 190 dnů	✔
296	Monteggiova luxační zlomenina předloktí – léčena konzervativně	max. 150 dnů	✔

297	Monteggiova luxační zlomenina předloktí – řešena operací	max. 185 dnů	✔
298	Neúplná zlomenina kosti člunkové (scaphoideum)	max. 70 dnů	✔
299	Zlomenina kosti člunkové (scaphoideum) – léčena konzervativně	max. 90 dnů	✔
300	Zlomenina kosti člunkové (scaphoideum) – řešena operací	max. 120 dnů	✔
301	Zlomenina jiné zápěstní kosti	max. 60 dnů	✔
302	Zlomenina dvou a více zápěstních kostí	max. 80 dnů	✔
303	Zlomenina báze první záprstní kosti – léčena konzervativně	max. 60 dnů	✔
304	Zlomenina báze první záprstní kosti – řešena operací	max. 90 dnů	✔
305	Neúplná zlomenina jedné záprstní kosti	max. 35 dnů	
306	Zlomenina jedné záprstní kosti	max. 60 dnů	✔
307	Zlomenina jedné záprstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 70 dnů	✔
308	Zlomenina jedné záprstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
309	Neúplná zlomenina dvou a více záprstních kostí	max. 45 dnů	
310	Zlomenina dvou a více záprstních kostí	max. 60 dnů	✔
311	Zlomenina dvou a více záprstních kostí s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 70 dnů	✔
312	Zlomenina dvou a více záprstních kostí s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
313	Neúplná zlomenina jednoho článku jednoho prstu	max. 30 dnů	
314	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu	max. 30 dnů	
315	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 45 dnů	
316	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu otevřená	max. 50 dnů	
317	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – řešena operací	max. 60 dnů	✔
318	Neúplná zlomenina dvou a více článků jednoho prstu	max. 30 dnů	
319	Zlomenina dvou a více článků jednoho prstu	max. 45 dnů	
320	Zlomenina dvou a více článků jednoho prstu s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 50 dnů	
321	Zlomenina dvou a více článků jednoho prstu s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 60 dnů	✔
322	Neúplná zlomenina dvou a více článků dvou a více prstů	max. 40 dnů	
323	Zlomenina dvou a více článků dvou a více prstů	max. 90 dnů	✔
324	Zlomenina dvou a více článků dvou a více prsů s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 95 dnů	✔
325	Zlomenina dvou a více článků dvou a více prsů s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 100 dnů	✔
326	Amputace horní končetiny v ramenním kloubu nebo paži	max. 180 dnů	✔
327	Amputace horní končetiny v ramenním kloubu nebo paži – replantace	max. 365 dnů	✔
328	Amputace horní končetiny v loketním kloubu nebo předloktí	max. 120 dnů	✔
329	Amputace horní končetiny v loketním kloubu nebo předloktí – replantace	max. 365 dnů	✔
330	Amputace horní končetiny v zápěstí nebo ruce	max. 120 dnů	✔
331	Amputace horní končetiny v zápěstí nebo ruce – replantace	max. 365 dnů	✔
332	Amputace třech a více prstů ruky – replantace	max. 270 dnů	✔
333	Amputace jednoho nebo dvou prstů ruky – replantace	max. 220 dnů	✔
334	Amputace víc než pěti prstů rukou	max. 150 dnů	✔
335	Amputace všech prstů ruky nebo jejich částí	max. 120 dnů	✔
336	Amputace čtyř prstů ruky nebo jejich částí	max. 110 dnů	✔
337	Amputace tří prstů ruky nebo jejich částí	max. 100 dnů	✔
338	Amputace dvou prstů ruky nebo jejich částí	max. 90 dnů	✔
339	Amputace jednoho prstu ruky nebo jeho částí	max. 60 dnů	✔
340	Amputace palce ruky nebo jeho částí	max. 70 dnů	✔
	XI. Dolní končetina	**Doba nezbytné léčby**	**Extra vážné úrazy**
341	Zhmoždění kolenního kloubu	max. 30 dnů	
342	Zhmoždění jiných částí dolní končetiny	max.15 dnů	
343	Distorze a/nebo subluxace kolenního kloubu	max. 30 dnů	

344	Distorze a/nebo subluxace jiných kloubů dolní končetiny	max. 15 dnů	
345	Luxace hlavice kosti stehenní	max. 80 dnů	✔
346	Luxace hlavice kosti stehenní – řešena chirurgickým zákrokem	max. 120 dnů	✔
347	Luxace čéšky	max. 30 dnů	
348	Luxace čéšky – řešena chirurgickým zákrokem	max. 70 dnů	✔
349	Luxace jiné části kolenního kloubu	max. 120 dnů	✔
350	Luxace jiné části kolenního kloubu – řešena chirurgickým zákrokem	max. 130 dnů	✔
351	Luxace hlezenního kloubu	max. 80 dnů	✔
352	Luxace hlezenního kloubu – řešena chirurgickým zákrokem	max. 90 dnů	✔
353	Luxace kloubu nohy pod kotníkem (tars)	max. 60 dnů	✔
354	Luxace kloubu nohy pod kotníkem (tars) – řešena chirurgickým zákrokem	max. 90 dnů	✔
355	Luxace kloubu palce nohy	max. 35 dnů	
356	Luxace jiného prstu nohy kromě palce	max. 30 dnů	
357	Distenze kloubního vazu dolní končetiny s pevnou fixací (sádra)	max. 45 dnů	
358	Neúplné přerušení kolenního vazu	max. 60 dnů	
359	Neúplné přerušení hlezenního vazu	max. 45 dnů	
360	Neúplné přerušení svalu a/nebo šlachy dolní končetiny	max. 40 dnů	
361	Neúplné přerušení Achillovy šlachy	max. 60 dnů	
362	Úplné přerušení kolenního vazu	max. 90 dnů	
363	Úplné přerušení hlezenního vazu	max. 70 dnů	
364	Poranění menisku prokázané zobrazovacím vyšetřením (např. CT/MRI)	max. 60 dnů	
365	Poranění menisku prokázané artroskopií a/nebo artrotomií	max. 80 dnů	
366	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy dolní končetiny	max. 60 dnů	
367	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy dolní končetiny – řešeno operací	max. 75 dnů	✔
368	Úplné přerušení Achillovy šlachy – léčeno konzervativně	max. 80 dnů	
369	Úplné přerušení Achillovy šlachy – řešeno miniinvazivním chirurgickým zákrokem	max. 100 dnů	
370	Úplné přerušení Achillovy šlachy – řešeno operací	max. 115 dnů	✔
371	Zlomenina hlavice kosti stehenní	max. 110 dnů	✔
372	Zlomenina hlavice kosti stehenní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 200 dnů	✔
373	Zlomenina hlavice kosti stehenní komplikovaná nekrózou	max. 365 dnů	✔
374	Zlomenina velkého chocholíku (trochanter major)	max. 90 dnů	✔
375	Zlomenina malého chocholíku (trochanter minor)	max. 80 dnů	✔
376	Pertrochanterická zlomenina	max. 120 dnů	✔
377	Pertrochanterická zlomenina s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 150 dnů	✔
378	Pertrochanterická zlomenina s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená – řešena operací	max. 200 dnů	✔
379	Neúplná subtrochanterická zlomenina	max. 150 dnů	✔
380	Subtrochanterická zlomenina	max. 200 dnů	✔
381	Subtrochanterická zlomenina s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 220 dnů	✔
382	Subtrochanterická zlomenina s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací	max. 200 dnů	✔
383	Subtrochanterická zlomenina otevřená	max. 255 dnů	✔
384	Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná	max. 120 dnů	✔
385	Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná – léčena konzervativně	max. 240 dnů	✔
386	Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná – řešena operací	max. 225 dnů	✔
387	Zlomenina krčku kosti stehenní komplikovaná nekrózou hlavice a/nebo léčena endoprotézou	max. 365 dnů	✔
388	Neúplná zlomenina těla kosti stehenní	max. 140 dnů	✔
389	Zlomenina těla kosti stehenní	max. 185 dnů	✔
390	Zlomenina těla kosti stehenní s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 210 dnů	✔
391	Zlomenina těla kosti stehenní s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací	max. 185 dnů	✔
392	Zlomenina těla kosti stehenní otevřená	max. 255 dnů	✔
393	Neúplná zlomenina kosti stehenní nad kondyly	max. 140 dnů	✔
394	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly	max. 185 dnů	✔
395	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 210 dnů	✔

396	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 250 dnů	✔
397	Odlomení epikondylu kosti stehenní – léčeno konzervativně	max. 90 dnů	✔
398	Odlomení epikondylu kosti stehenní – řešeno operací	max. 120 dnů	✔
399	Zlomenina kondylu nebo interkondylická	max. 150 dnů	✔
400	Zlomenina kondylu nebo interkondylická s dislokací a/nebo tříštivá	max. 185 dnů	✔
401	Zlomenina kondylu nebo interkondylická otevřená	max. 255 dnů	✔
402	Zlomenina kloubní chrupavky v kolenním kloubu	max. 80 dnů	✔
403	Zlomenina čéšky	max. 80 dnů	✔
404	Zlomenina čéšky s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 100 dnů	✔
405	Zlomenina čéšky s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 120 dnů	✔
406	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní – léčena konzervativně	max. 120 dnů	✔
407	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní – řešena operací	max. 150 dnů	✔
408	Zlomenina jednoho kondylu kosti holenní	max. 120 dnů	✔
409	Zlomenina jednoho kondylu kosti holenní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 150 dnů	✔
410	Zlomenina obou kondylů kosti holenní	max. 150 dnů	✔
411	Zlomenina obou kondylů kosti holenní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 200 dnů	✔
412	Odlomení drsnatiny kosti holenní – léčeno konzervativně	max. 80 dnů	✔
413	Odlomení drsnatiny kosti holenní – řešeno operací	max. 90 dnů	✔
414	Neúplná zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	max. 120 dnů	✔
415	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	max. 150 dnů	✔
416	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce s dislokací a/nebo tříštivá	max. 185 dnů	✔
417	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce otevřená	max. 255 dnů	✔
418	Neúplné odlomení zadní hrany kosti holenní	max. 60 dnů	✔
419	Odlomení zadní hrany kosti holenní	max. 70 dnů	✔
420	Odlomení zadní hrany kosti holenní s dislokací a/nebo tříštivé – léčeno konzervativně	max. 90 dnů	✔
421	Odlomení zadní hrany kosti holenní s dislokací a/nebo tříštivé – řešeno operací a/nebo otevřené	max. 120 dnů	✔
422	Zlomenina kosti lýtkové	max. 30 dnů	
423	Neúplná zlomenina vidlice	max. 50 dnů	
424	Zlomenina vidlice	max. 70 dnů	✔
425	Zlomenina vidlice s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 80 dnů	✔
426	Supramaleolární zlomenina vidlice se subluxací hlezenní kosti a/nebo se zlomeninou vnitřního kotníku– léčena konzervativně	max. 140 dnů	✔
427	Supramaleolární zlomenina vidlice se subluxací hlezenní kosti a/nebo se zlomeninou vnitřního kotníku – řešena operací	max. 165 dnů	✔
428	Supramaleolární zlomenina vidlice se subluxací hlezenní kosti a/nebo se zlomeninou vnitřního kotníku a odlomením zadní hrany kosti holenní – léčena konzervativně	max. 165 dnů	✔
429	Supramaleolární zlomenina vidlice se subluxací hlezenní kosti a/nebo se zlomeninou vnitřního kotníku a odlomením zadní hrany kosti holenní – řešena operací	max. 185 dnů	✔
430	Neúplná zlomenina zevního kotníku	max. 50 dnů	
431	Zlomenina zevního kotníku	max. 60 dnů	✔
432	Zlomenina zevního kotníku s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 70 dnů	✔
433	Zlomenina zevního kotníku s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
434	Zlomenina zevního kotníku se subluxací hlezenní kosti – léčena konzervativně	max. 120 dnů	✔
435	Zlomenina zevního kotníku se subluxací hlezenní kosti – řešena operací	max. 150 dnů	✔
436	Neúplná zlomenina vnitřního kotníku	max. 60 dnů	✔
437	Zlomenina vnitřního kotníku	max. 70 dnů	✔
438	Zlomenina vnitřního kotníku s dislokací a/nebo tříštivá	max. 90 dnů	✔
439	Zlomenina vnitřního kotníku otevřená	max. 100 dnů	✔
440	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací hlezenní kosti – léčena konzervativně	max. 120 dnů	✔
441	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací hlezenní kosti – řešena operací	max. 150 dnů	✔
442	Neúplná zlomenina vnitřního kotníku se současnou zlomeninou vidlice	max. 90 dnů	✔
443	Zlomenina vnitřního kotníku se současnou zlomeninou vidlice	max. 120 dnů	✔

444	Zlomenina vnitřního kotníku se současnou zlomeninou vidlice s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 140 dnů	✔
445	Neúplná zlomenina obou kotníků	max. 80 dnů	✔
446	Zlomenina obou kotníků	max. 90 dnů	✔
447	Zlomenina obou kotníků s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 120 dnů	✔
448	Zlomenina obou kotníků s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 150 dnů	✔
449	Zlomenina obou kotníků se subluxací hlezenní kosti – léčena konzervativně	max. 120 dnů	✔
450	Zlomenina obou kotníků se subluxací hlezenní kosti – řešena operací	max. 150 dnů	✔
451	Trimalleolární zlomenina	max. 115 dnů	✔
452	Trimalleolární zlomenina s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 130 dnů	✔
453	Trimalleolární zlomenina s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 160 dnů	✔
454	Trimaleolárna zlomenina se subluxací hlezenní kosti	max. 160 dnů	✔
455	Zlomenina typu Weber A	max. 70 dnů	✔
456	Zlomenina typu Weber B	max. 90 dnů	✔
457	Zlomenina typu Weber C	max. 160 dnů	✔
458	Zlomenina hrbolu a/nebo výběžku kosti patní (calcaneus)	max. 60 dnů	✔
459	Zlomenina těla kosti patní (calcaneus)	max. 60 dnů	✔
460	Zlomenina těla kosti patní s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená (calcaneus)	max. 120 dnů	✔
461	Zlomenina zadního výběžku hlezenní kosti	max. 60 dnů	✔
462	Zlomenina kosti hlezenní (talus)	max. 60 dnů	✔
463	Zlomenina kosti hlezenní (talus) s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
464	Zlomenina kosti hlezenní (talus) komplikovaná nekrózou	max. 180 dnů	✔
465	Zlomenina kosti krychlové (cuboideum)	max. 60 dnů	✔
466	Zlomenina kosti krychlové (cuboideum) s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
467	Zlomenina kosti člunkové (naviculare)	max. 60 dnů	✔
468	Zlomenina kosti člunkové (naviculare) s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
469	Zlomenina kosti člunkové (naviculare) komplikovaná nekrózou	max. 180 dnů	✔
470	Zlomenina jedné nebo více kostí klínových (cuneiforme)	max. 60 dnů	✔
471	Zlomenina jedné nebo více kostí klínových (cuneiforme) s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 90 dnů	✔
472	Zlomenina báze V. kosti nártní (metatars)	max. 60 dnů	✔
473	Zlomenina I. a/nebo V. kosti nártní (metatars)	max. 60 dnů	✔
474	Zlomenina I. a/nebo V. kosti nártní (metatars) s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 80 dnů	✔
475	Zlomenina II., III. a/nebo IV. kosti nártní (metatars)	max. 45 dnů	
476	Zlomenina II., III. a/nebo IV. kosti nártní (metatars) s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 60 dnů	✔
477	Zlomenina dvou a více kostí nártních (metatars)	max. 60 dnů	✔
478	Zlomenina dvou a více kostí nártních (metatars) s dislokací a/nebo tříštivá – léčena konzervativně	max. 80 dnů	✔
479	Zlomenina dvou a více kostí nártních (metatars) s dislokací a/nebo tříštivá – řešena operací a/nebo otevřená	max. 100 dnů	✔
480	Zlomenina článku palce	max. 30 dnů	
481	Zlomenina článku palce s dislokací a/nebo tříštivá	max. 45 dnů	
482	Zlomenina článku palce otevřená	max. 60 dnů	✔
483	Tříštivá zlomenina nehtového výběžku palce	max. 50 dnů	
484	Neúplná zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce	max. 30 dnů	
485	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce	max. 30 dnů	
486	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 60 dnů	✔
487	Zlomenina článků dvou a více prstů nebo několika článků jednoho prstu	max. 60 dnů	✔
488	Zlomenina článků dvou a více prstů nebo několika článků jednoho prstu s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	max. 80 dnů	✔
489	Amputace dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo stehně	max. 240 dnů	✔
490	Amputace dolní končetiny v kolenním kloubu nebo bérci	max. 240 dnů	✔
491	Amputace dolní končetiny v hlezenním kloubu nebo noze	max. 180 dnů	✔
492	Amputace palce nohy nebo jeho části s kostí	max. 70 dnů	✔

493	Amputace ostatních prstů nohy nebo jejich částí s kostí (vyjma palce)	max. 50 dnů	
494	Amputace palce a jednoho nebo několika jiných prstů nohy	max. 90 dnů	✔
	XII. Jiné poškození	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
495	Rána bez šití a odřeniny (exkoriace)	neplní se	
496	Závažná rána vyžadující šití (za šití se považuje i náplasťový steh a/nebo použití tkáňového lepidla) a současně s nutností hospitalizace	max. 30 dnů	
497	Závažná rána vyžadující šití (za šití se považuje i náplasťový steh a/nebo použití tkáňového lepidla) bez nutností hospitalizace	max. 10 dnů	
498	Poranění magistrální tepny na končetinách v oblasti ramene, stehna, s nutným šitím	max. 110 dnů	✔
499	Poranění magistrální tepny na končetinách v oblasti předloktí, předkolení	max. 75 dnů	✔
500	Cizí těleso odstraněné chirurgicky nebo endoskopicky	max. 18 dnů	
501	Rána kousnutím s nutností vakcinace	max. 30 dnů	
502	Poranění elektrickým proudem a/nebo zasažení bleskem bez nutnosti hospitalizace	neplní se	
503	Poranění elektrickým proudem a/nebo zasažení bleskem s nutností hospitalizace	max. 20 dnů	
504	Úpal bez nutnosti hospitalizace a/nebo poškození vzniklé přímým účinkem slunečního záření na kůži	neplní se	
505	Úpal s nutností hospitalizace	max. 15 dnů	
506	Otrava plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů bez nutnosti hospitalizace	neplní se	
507	Otrava plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů s nutností hospitalizace	max. 20 dnů	
508	Toxický účinek kontaktu s jedovatými živočichy (vyjma bodnutí blanokřídlým hmyzem bez pyogenní infekce)	max. 18 dnů	
509	Traumatický šok	neplní se	
	XIII. Popálení, poleptání a/nebo omrzlina povrchu těla	Doba nezbytné léčby	Extra vážné úrazy
510	Prvního stupně	neplní se	
511	Druhého stupně v rozsahu do 1 % (včetně) povrchu těla	max. 15 dnů	
512	Druhého stupně v rozsahu od 1 % do 3 % (včetně) povrchu těla	max. 25 dnů	
513	Druhého stupně v rozsahu od 3 % do 5 % (včetně) povrchu těla	max. 40 dnů	
514	Druhého stupně v rozsahu od 5 % do 10 % (včetně) povrchu těla	max. 50 dnů	
515	Druhého stupně v rozsahu od 10 % do 15 % (včetně) povrchu těla	max. 60 dnů	✔
516	Druhého stupně v rozsahu od 15 % do 20 % (včetně) povrchu těla	max. 75 dnů	✔
517	Druhého stupně v rozsahu od 20 % do 25 % (včetně) povrchu těla	max. 80 dnů	✔
518	Druhého stupně v rozsahu od 25 % do 30 % (včetně) povrchu těla	max. 90 dnů	✔
519	Druhého stupně v rozsahu od 30 % do 40 % (včetně) povrchu těla	max. 135 dnů	✔
520	Druhého stupně v rozsahu od 40 % do 50 % (včetně) povrchu těla	max. 190 dnů	✔
521	Druhého stupně v rozsahu od 50 % do 60 % (včetně) povrchu těla	max. 265 dnů	✔
522	Druhého stupně v rozsahu nad 60 % povrchu těla	max. 330 dnů	✔
523	Třetího stupně v rozsahu do 1 % (včetně) povrchu těla	max. 18 dnů	
524	Třetího stupně v rozsahu od 1 % do 3 % (včetně) povrchu těla	max. 50 dnů	
525	Třetího stupně v rozsahu od 3 % do 5 % (včetně) povrchu těla	max. 85 dnů	✔
526	Třetího stupně v rozsahu od 5 % do 10 % (včetně) povrchu těla	max. 100 dnů	✔
527	Třetího stupně v rozsahu od 10 % do 15 % (včetně) povrchu těla	max. 130 dnů	✔
528	Třetího stupně v rozsahu od 15 % do 20 % (včetně) povrchu těla	max. 160 dnů	✔
529	Třetího stupně v rozsahu od 20 % do 30 % (včetně) povrchu těla	max. 185 dnů	✔
530	Třetího stupně v rozsahu od 30 % do 40 % (včetně) povrchu těla	max. 275 dnů	✔
531	Třetího stupně v rozsahu od 40 % do 50 % (včetně) povrchu těla	max. 320 dnů	✔
532	Třetího stupně v rozsahu nad 50 % povrchu těla	max. 365 dnů	✔

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Zproštění od placení pojistného se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Zproštění od placení pojistného (dále jen „ZPR1“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZPR1 je možné sjednat pouze jako připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je plná pracovní neschopnost pojištěného, která vznikla následkem úrazu nebo nemoci.

2.2 Pojistná událost nastává pokud nepřetržitá plná pracovní neschopnost pojištěného následkem úrazu nebo nemoci překročí 90 dnů a nadále pokračuje.

2.3 Podmínkou vzniku práva na pojistné plnění je trvání pojištění nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci následkem kterého/které došlo k plné pracovní neschopnosti, do dne pojistné události. V případě plné pracovní neschopnosti následkem úrazu je dále podmínkou vzniku pojistné události, že tato plná pracovní neschopnost začala v období prvních 12 měsíců ode dne úrazu.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

3.1 Dojde-li k pojistné události, kterou je plná pracovní neschopnost pojištěného v době trvání připojištění ZPR1, a jsou-li splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění, je pojistné plnění z pojištění ZPR1 poskytováno formou zproštění pojistníka od povinnosti platit pojistné v rozsahu uvedeném v těchto ZPP ZPR1 a/nebo v konkrétní pojistné smlouvě.

3.2 Na plnění z pojištění ZPR1 vznikne nárok pouze tehdy, pokud placení pojistného nebylo přerušeno a pokud jsou v době oznámení pojistné události řádně uhrazeny všechny splátky pojistného v rámci příslušné pojistné smlouvy.

3.3 Pojistník je zproštěn od placení pojistného nejdéle do konce plné pracovní neschopnosti pojištěného nebo do zániku připojištění ZPR1, nastane-li tato skutečnost dříve.

3.4 Zproštění od placení pojistného se vztahuje na celkové pojistné sjednané ke dnu počátku pojištění ZPR1. Zproštění od placení pojistného se vztahuje i na indexované pojistné, na které se toto zproštění vztahovalo před indexací. V ostatních případech zvýšení pojistného rozhodne pojišťovna před akceptací každého takového zvýšení, zda se zproštění od placení pojistného bude vztahovat i na toto zvýšení.

3.5 Pojistné plnění se přiznává pojistníkovi.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit přiznání jakéhokoli starobního důchodu nejpozději do 15 dnů ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

4.2 Pojistník jako oprávněná osoba je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala nebo nastane pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit potřebné doklady nezbytné k zahájení šetření, a to nejpozději do 30 dnů od vzniku pojistné události. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.3 Pojistník při oznámení pojistné události předloží zejména potvrzení o pracovní neschopnosti, případně posudek o nejvyšším stupni invalidity pojištěného, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu a veškeré související lékařské zprávy a dokumenty o předchozím zdravotním stavu pojištěného.

4.4 Pojistník je povinen pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného. Pokud pojištěný trvání plné pracovní neschopnosti neprokáže, pojišťovna zproštění od placení ukončí a bude vyžadovat doplacení pojistného uhrazeného pojišťovnou po dobu, po kterou nebylo trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného prokázáno.

4.5 Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro zproštění od placení pojistného (zejména změnu plné pracovní schopnosti pojištěného), nejpozději však do 15 dnů od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 65. narozeninách pojištěného (případně po 66. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě provomocného rozhodnutí příslušného orgánu jakýkoli starobní důchod.

5.4 Zánikem pojištění ZPR1 zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy pojistník je zproštěn od placení pojistného nejdéle do dne zániku pojištění ZPR1.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

b1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

b2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění:

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

b3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného,

e) v souvislosti s léčbou v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Plná pracovní neschopnost** – přechodná nebo trvalá plná neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku nemoci nebo úrazu současné zaměstnání, anebo jiné zaměstnání či výdělečnou činnost, pro kterou má pojištěný přiměřené předpoklady vyplývající z jeho znalostí, dosaženého vzdělání, kvalifikace a zkušeností. Existenci neschopnosti je oprávněna posuzovat a stanovovat výhradně pojišťovna, a to též na základě dokladů potvrzených lékařem a také dle stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojišťovnou.

ZPP ZPR1 1.2

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY INVALIDITA DÍTĚTE

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Invalidita dítěte se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Invalidita dítěte (dále jen „ID“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ID je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojistné plnění se sjednává ve formě invalidní penze.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

Invalidita znamená neschopnost soustavné přípravy pojištěného dítěte k pracovnímu uplatnění nebo pokles schopnosti pojištěného dítěte vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potvrdí posudkový lékař nebo lékař určený pojišťovnou.

2.1 Pojistným nebezpečím je invalidita pojištěného dítěte.

2.2 Pojistnou událostí z pojištění ID je invalidita pojištěného dítěte potvrzená zejména posudkem o invaliditě a podklady o zdravotním stavu pojištěného dítěte v posudku uvedenými.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že:

a) pojištění ID trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl/a k invaliditě pojištěného dítěte, do dne pojistné události a dále, že nemoc, která vedla k invaliditě, nebyla diagnostikována, nebo se její příznaky neprojevily v čekací době a současně

b) invalidita pojištěného dítěte byla potvrzena nejpozději do konce pojistné doby, na kterou bylo toto pojištění sjednáno.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář), nejpozději však do 60 dnů od vydání posudku.
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

Nárok na pojistné plnění nevzniká, pokud k invaliditě pojištěného dítěte vedla nemoc diagnostikována v prvních dvou letech trvání pojištění.

3.1 U pojištění ID je stanovena čekací doba 2 roky pro invaliditu pojištěného dítěte z důvodu nemoci.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku, nejpozději však 60 dní od vydání posudku. Pojišťovna má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud tato lhůta nebyla dodržena.

4.2 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží zejména posudek o invaliditě pojištěného dítěte, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně

všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného dítěte.

4.3 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání invalidity. Pokud pojištěné dítě trvání invalidity neprokáže, pojišťovna zastaví výplatu invalidní penze a bude vyžadovat vrácení vyplacených invalidních penzí za dobu, po kterou nebylo trvání invalidity pojištěného dítěte prokázáno.

4.4 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného dítěte nebo obnovení schopnosti soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění), nejpozději však do 15 dní od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

4.5 Pojištěné dítě a/nebo pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit přiznání jakéhokoli starobního důchodu nejpozději do 15 dní ode dne pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události z pojištění ID vzniká nárok na výplatu pojistného plnění 1 měsíc po doručení posudku o invaliditě a všech podkladů o zdravotním stavu pojištěného dítěte v posudku uvedených.

5.2 V případě pojistné události je vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané v pojistné smlouvě ke dnu pojistné události.

5.3 V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce.

Příklad z praxe
Pro dítě je sjednáno pojištění ID s měsíční invalidní penzí ve výši 10 000 Kč s indexací 3%. V případě, že se dítě stane invalidním, začne pojišťovna vyplácet každý měsíc invalidní penzi 10 000 Kč. Ve druhém roce výplaty se měsíční invalidní penze zvýší o 3% na 10 300 Kč měsíčně, ve třetím roce se zvýší o další 3% na 10 609 Kč měsíčně atd.

5.4 Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká dnem:

a) kdy pracovní schopnost pojištěného dítěte přestala být nepřetržitě snížena nejméně o 70 %,

b) kdy skončila nepřetržitá neschopnost soustavné přípravy pojištěného dítěte k pracovnímu uplatnění,

c) bezprostředně předcházejícím 65. narozeninám pojištěného dítěte,

d) od kterého byl pojištěnému dítěti přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu,

e) smrti pojištěného dítěte.

5.5 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému dítěti.

6 ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

6.1 Pokud je k pojištění ID sjednáno i pojištění snížené soběstačnosti dítěte (dále jen „SSD“) a nastane pojistná událost z pojištění SSD, bude pojistník zproštěn od placení pojistného z pojištění ID po celou dobu výplaty penze z pojištění SSD.

7 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

7.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 19. narozeninách pojištěného dítěte (případně po 20. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného dítěte).

7.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 19. narozeninách pojištěného dítěte (případně po 20. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného dítěte).

7.3 Pojištění zaniká dnem doručení posudku o invaliditě pojišťovně.

8 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

8.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

8.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

9 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

9.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž bylo pojištěné dítě léčeno nebo lékařsky sledováno a/nebo kterých si bylo vědomo v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného dítěte,

c) plně nebo částečně v souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu,

Pokud ale pojištěný doloží objektivní neurologický nález, pojistné plnění bude v tomto případě vyplaceno.

d) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími,

e) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

e1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

e2) onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

e3) onemocněním HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději do 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

10 VYMEZENÍ POJMŮ

10.1 **Invalidita pojištěného dítěte** – výhradně pro účely pojištění ID je to neschopnost soustavné přípravy pojištěného dítěte k pracovnímu uplatnění následkem nemoci nebo úrazu nebo pokles pracovní schopnosti pojištěného dítěte následkem nemoci nebo úrazu nejméně o 70%, které nastaly z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a nelze je považovat za přechodné. Invaliditu pojištěného dítěte posuzuje pojišťovna zejména na základě posudku o invaliditě, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení, které určí pojišťovna.

10.2 **Neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění** – neschopnost soustavné přípravy pojištěného dítěte k pracovnímu uplatnění podle § 21–23, zákona č. 155/1995 Sb., v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností. V tomto případě se neprovádí srovnání se stavem, který byl u pojištěného dítěte před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

10.3 **Pracovní schopnost** – schopnost pojištěného dítěte vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

10.4 **Pokles pracovní schopnosti** – pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného dítěte před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného dítěte doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; 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 pojištěné dítě na své zdravotní postižení adaptováno, schopnost rekvalifikace pojištěného dítěte na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonávalo, a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

10.5 **Posudek o invaliditě** – posudek vydaný Správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného dítěte.

10.6 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Pokud byla pojištěnému dítěti diagnostikována nemoc v čekací době, která vedla k invaliditě dítěte, nárok na pojistné plnění nevzniká. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění ID.

ZPP ID 1.0

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY SNÍŽENÁ SOBĚSTAČNOST DÍTĚTE

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Snížená soběstačnost dítěte se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Snížená soběstačnost dítěte (dále jen „SSD“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění SSD je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

1.4 Pojistné plnění lze sjednat ve formě pravidelné penze v kombinaci s jednorázovou pojistnou částkou.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

Sníženou soběstačností dítěte se rozumí stav pojištěného dítěte, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. Sníženou soběstačnost potvrdí posudkový lékař nebo lékař určený pojišťovnou.

2.1 Pojistným nebezpečím je závažný zdravotní stav pojištěného dítěte, který vede ke snížené soběstačnosti pojištěného dítěte.

2.2 Pojistnou událostí z pojištění SSD je snížení soběstačnosti pojištěného dítěte následkem nemoci nebo úrazu potvrzené rozhodnutím o přiznání příspěvku na péči a podklady o zdravotním stavu pojištěného dítěte.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že pojištění SSD trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl/a k snížení soběstačnosti pojištěného dítěte, do dne pojistné události.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci, zprávu Policie ČR atd.).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění SSD je stanovena čekací doba 2 roky pro sníženou soběstačnost pojištěného dítěte z důvodu nemoci.

4 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Povinnosti plynoucí z pojištění)

4.1 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit na příslušném platném formuláři pojišťovny, že nastala nebo nastane pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu doklady potvrzující platnost nároku.

4.2 Oprávněná osoba při oznámení pojistné události předloží rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, případně zprávu o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného dítěte.

4.3 Oprávněná osoba je povinna pojišťovně kdykoli na vyžádání prokázat trvání snížené soběstačnosti pojištěného dítěte. Pokud pojištěné dítě trvání snížené soběstačnosti neprokáže, pojišťovna zastaví výplatu penze a bude vyžadovat vrácení vyplacených penzí za dobu, po kterou nebylo trvání snížené soběstačnosti pojištěného dítěte prokázáno.

4.4 Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu skutečností rozhodných pro výplatu dávek nebo penze (zejména změnu snížené schopnosti pojištěného dítěte), nejpozději však do 15 dnů od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

4.5 Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit změnu zdravotního stavu pojištěného dítěte, v důsledku které pojištěné dítě dlouhodobě potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb (zejména přiznání příspěvku na péči podle příslušných předpisů o sociálních službách pro jakýkoli stupeň závislosti), nejpozději však do 15 dnů od změny nebo rozhodnutí příslušného orgánu.

5 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

5.1 V případě pojistné události je vyplácena penze dle frekvence a ve výši sjednané v pojistné smlouvě ke dnu pojistné události. Nárok na výplatu penze začíná 1 měsíc od doručení rozhodnutím o přiznání příspěvku na péči a příslušných podkladů o zdravotním stavu pojištěného dítěte.

5.2 V případě pojistné události je dále vyplacena jednorázová pojistná částka stanovena v Sazebníku. Toto pojistné plnění je vyplaceno současně s první výplatou penze.

Příklad z praxe
Dítě se z důvodu vážné nemoci stane nesoběstačné. Jakmile bude pojišťovně nahlášena pojistná událost a bude jí předloženo rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči a další dokumenty, bude pojištěnému dítěti následující měsíc vyplaceno jednorázové pojistné plnění ve výši uvedené v Sazebníku a zároveň mu začíná výplata pravidelné penze.

5.3 Nárok na výplatu pravidelné penze zaniká:

a) dnem, kdy pojištěné dítě přestalo mít sníženou soběstačnost v rozsahu stanoveném v odst. 2.2,

b) uplynutím posledního dne měsíce, do kterého je pojištěnému dítěti přiznána snížená soběstačnost,

c) dnem bezprostředně předcházejícím prvnímu výročí následujícímu po 19. narozeninách pojištěného dítěte,

d) dnem smrti pojištěného dítěte.

5.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému dítěti.

6 ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

6.1 Pokud nastane pojistná událost z pojištění SSD, bude pojistník zproštěn od placení pojistného z pojištění invalidity dítěte po celou dobu výplaty penze z pojištění SSD.

7 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

7.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 19. narozeninách pojištěného dítěte (případně po 20. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného dítěte).

7.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 19. narozeninách pojištěného dítěte (případně po 20. narozeninách, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného dítěte).

7.3 Pojištění SSD rovněž zaniká pojistnou událostí.

8 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

8.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

8.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

9 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

9.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti s nemocí či tělesným poškozením, pro něž bylo pojištěné dítě léčeno nebo lékařsky sledováno a/nebo kterých si bylo vědomo v období před počátkem tohoto pojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,

b) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného dítěte,

c) v souvislosti s jakýmikoli vrozenými vadami a potížemi z nich vyplývajícími.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

10 VYMEZENÍ POJMŮ

10.1 **Snížená soběstačnost dítěte** – výhradně pro účely pojištění SSD dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli kterému:

a) byl pojištěnému dítěti přiznán příspěvek na péči podle příslušných předpisů o sociálních službách nejméně pro stupeň závislosti III nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený příspěvek pro těžkou závislost na pomoci jiné fyzické osoby, a zároveň

b) pojištěné dítě není schopno zvládat z důvodu nepříznivého zdravotního stavu 6 a více základních životních potřeb podle příslušných předpisů o sociálních službách, a zároveň

c) pojištěné dítě neprovozuje žádnou soustavnou výdělečnou činnost.

Při posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby se podpůrně využijí příslušné právní předpisy upravující přiznání příspěvku na péči. Při posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby se podpůrně využijí příslušné právní předpisy upravující přiznání příspěvku na péči.

10.2 **Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči** – rozhodnutí vydané Úřadem práce v řízení vedeném podle Hlavy VII (§ 23 a násl.), zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující přiznání příspěvku na péči.

10.3 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění SSD.

ZPP SSD 1.0

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZÁVAŽNÁ DĚTSKÁ ONEMOCNĚNÍ

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Závažná dětská onemocnění se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Závažná dětská onemocnění (dále jen „ZOD“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZOD je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažné onemocnění pojištěného dítěte.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo okamžik ukončení jednoho z lékařských zákroků uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události je přežití pojištěného po dobu alespoň 30 dnů ode dne stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo skončení lékařského zákroku, uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.4 Dále je podmínkou vzniku pojistné události skutečnost, že pojištěné dítě netrpělo příslušným závažným onemocněním nebo onemocněním, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, před počátkem pojištění, ani se u něj neobjevily příznaky tohoto závažného onemocnění nebo onemocnění, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, v průběhu čekací doby.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění ZOD je stanovena čekací doba na 90 dnů. Pokud pojistná událost nastane v čekací době, pojištění zaniká.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 Nastane-li více pojistných událostí z pojištění ZOD současně, vznikne nárok pouze na 1 pojistné plnění, a to na nejvyšší pojistné plnění ze všech těchto pojistných událostí.

4.3 Souhrn všech přiznaných pojistných plnění z pojištění ZOD nesmí přesáhnout 100 % sjednané pojistné částky. Pokud by částka pojistného plnění určená podle odstavců 4.1 a 4.2 nesplňovala tuto podmínku, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění pouze ve výši rozdílu sjednané pojistné částky a souhrnu všech dosud přiznaných pojistných plnění z pojištění ZOD.

4.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému dítěti.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 25. narozeninách pojištěného (případně po 26. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 25. narozeninách pojištěného (případně po 26. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká okamžikem, kdy souhrn všech dosud přiznaných pojistných plnění z pojištění ZOD dosáhne 100 % sjednané pojistné částky.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,

a1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

a2) onemocněním viru HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

a3) onemocněním viru HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

b) v případě jakéhokoli onemocnění nebo provedení lékařského zákroku, které nejsou výslovně uvedeny v Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků,

c) v případě, kdy dojde k závažnému onemocnění nebo provedení lékařského zákroku následkem požití alkoholu, léků nebo jiných omamných či návykových látek,

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Den stanovení diagnózy** – okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

8.2 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba začíná běžet okamžikem počátku pojištění ZOD.

9 SEZNAM ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ, DIAGNÓZ A LÉKAŘSKÝCH ZÁKROKŮ

9.1 Pro pojištění ZOD obsahuje Seznam závažných, diagnóz a lékařských zákroků následující položky:

a) Zhoubné novotvary (nádory),
b) Poliomyelitida (mozková obrna),
c) Meningitida,
d) Encefalitida,
e) Aplastická anémie,
f) Chronická virová hepatitida,
g) Epilepsie,
h) Revmatická horečka,
i) Získané chronické srdeční onemocnění,
j) Paralýza,
k) Slepota,
l) Hluchota,
m) Onemocnění HIV získané při transfúzi krve,
n) Onemocnění HIV získané při výkonu povolání,
o) Onemocnění HIV získané při fyzickém napadení nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,
p) Konečná fáze selhání ledvin,
q) Tetanus,
r) Cukrovka,
s) Nezhoubný nádor mozku,
t) Transplantace životně důležitého orgánu,
u) Operace srdeční chlopně,
v) Operace aorty.

9.2 **ZHOUBNÉ NOVOTVARY (NÁDORY)** – zhoubným novotvarem (nádorem) se pro účely pojištění ZOD rozumí:

a) solidní zhoubné nádory,
b) leukémie,
c) maligní lymfomy,
d) Hodgkinova choroba,
e) zhoubná onemocnění kostní dřeně,
f) metastázující kožní nádory.

Pojišťovně musí být předložena odborná lékařská dokumentace, která obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) prekanceróza,
b) kožní melanom hodnocený stupněm I (stupněm T2a nebo nižším podle TNM klasifikace),
c) karcinom vycházející z bazálních a/nebo skvamozních kožních buněk,
d) pokud u pojištěného dítěte byla prokázána přítomnost viru HIV.

Pojistná událost také nenastává, pokud byla diagnóza nádorového onemocnění poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD:

a) papilom močového měchýře,
b) polyposa tlustého střeva,
c) Crohnova nemoc,
d) ulcerózní kolitida,
e) krev ve stolici, v moči a/nebo hemoptýza,
f) lymfadenopatie,
g) splenomegalie.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.3 **POLIOMYELITIDA (MOZKOVÁ OBRNA)** – poliomyelitidou (mozkovou obrnou) se pro účely pojištění ZOD rozumí akutní infekce virem poliomyelitidy. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalé paralýze potvrzené neurologem, která se projevuje poruchou pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečností trvající nejméně 3 měsíce, a prokázání přítomnosti viru v mozkomíšním moku a v séru.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.4 **MENINGITIDA** – meningitidou se pro účely pojištění ZOD rozumí zánět mozkových blan. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícímu nejméně 3 měsíce potvrzenému neurologem.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o meningitidu, která je následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.5 **ENCEFALITIDA** – encefalitidou se pro účely pojištění ZOD rozumí zánět mozkové tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícímu nejméně 3 měsíce potvrzenému neurologem.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o encefalitidu, která je následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.6 **APLASTICKÁ ANÉMIE** – aplastickou anémií se pro účely pojištění ZOD rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.

Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena hematologem,
- koncentrace granulocytů v krvi je nižší než 500 na mm^3 a krevních destiček nižší než 20 000 na mm^3,
- léčení probíhá minimálně jedním z následujících způsobů:
  - pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně 2 měsíců,
  - pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně 2 měsíců,
  - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je důsledkem léčby jiného onemocnění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na způsobu léčení aplastické anémie:

- transplantace kostní dřeně: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,
- pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně 2 měsíců: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,

- pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně 2 měsíců: 50 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.7 **CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA** – chronickou virovou hepatitidou se pro účely pojištění ZOD rozumí chronický aktivní virový zánět jaterní tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby pojištěné dítě bylo prokazatelně infikováno virem hepatitidy a aby hladina jaterních enzymů (ALT, AST) byla zvýšena nejméně 4x nad fyziologickou mez, a to po dobu alespoň 3 měsíců od zahájení léčby. Virus hepatitidy musí přetrvávat v těle alespoň 6 měsíců po ukončení náležité léčby.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o onemocnění virem hepatitidy typu A.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.8 **EPILEPSIE** – epilepsií se pro účely pojištění ZOD 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:

i) více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za 7 dnů po dobu více než 12 měsíců,

ii) více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za 30 dnů po dobu více než 12 měsíců.

Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD:

a) úraz hlavy,
b) zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
c) chirurgický zákrok na mozku,
d) nádor mozku,
e) hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

Pojistné plnění: V případě pojistné události popsané v bodě i) tohoto odstavce je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD. V případě pojistné události popsané v bodě ii) tohoto odstavce je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.9 **REVMATICKÁ HOREČKA** – revmatickou horečkou se pro účely pojištění ZOD 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 6 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 pojištění ZOD.

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

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,

- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.10 **ZÍSKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ** – získaným chronickým srdečním onemocněním se pro účely pojištění ZOD 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 onemocnění probíhala po dobu nejméně 6 měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění 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:

a) vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek,

b) vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,

c) pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění ZOD.

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

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,

- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.11 **PARALÝZA** – paralýzou se pro účely pojištění ZOD rozumí trvalá a úplná ztráta funkce nejméně jedné celé horní a/nebo celé dolní končetiny zapříčiněná onemocněním postihujícím mozek a/nebo míchu. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k paralýze trvající nejméně 3 měsíce potvrzené neurologem a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD:

a) onemocnění mozku a/nebo míchy,
b) neurologické onemocnění.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu ochrnutí:

- paraplegie, hemiplegie, tetraplegie: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,

- paralýza jedné horní nebo jedné dolní končetiny: 50 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.12 **SLEPOTA** – slepotou se pro účely pojištění ZOD rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku alespoň jednoho oka potvrzená oftalmologem, jejíž příčinou je akutní onemocnění. Minimální věk pojištěného dítěte v okamžiku pojistné události je 1 rok.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a příznaky, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD:

a) diabetes mellitus,
b) glaukom,
c) trachom,
d) katarakta.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu postižení:

- slepota obou očí: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,

- slepota jednoho oka: 50 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.13 **HLUCHOTA** – hluchotou se pro účely pojištění ZOD rozumí úplná a nezvratná ztráta sluchu alespoň jednoho ucha potvrzená audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu, jejíž příčinou je akutní onemocnění. Minimální věk pojištěného dítěte v okamžiku pojistné události jsou 2 roky při ztrátě sluchu jednoho ucha a 1 rok při ztrátě sluchu obou uší.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a příznaky, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD:

a) částečná ztráta sluchu,
b) chronický zánět a/nebo infekce středního a/nebo vnitřního ucha.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu postižení:

- hluchota obou uší: 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD,

- hluchota jednoho ucha: 25 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.14 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFÚZI KRVE** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění ZOD,

b) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

c) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla infekce do organismu pojištěného přenesena jakýmkoli jiným způsobem než krevní transfúzí nebo ke dni oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.15 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění ZOD

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,

- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,

- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

e) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

f) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.16 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI FYZICKÉM NAPADENÍ NEBO PŘI POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ PRVNÍ POMOCI PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.17 **KONEČNÁ FÁZE SELHÁNÍ LEDVIN** – konečnou fází selhání ledvin se pro účely pojištění ZOD rozumí úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby pojištěné dítě podstupovalo pravidelnou hemodialýzu po dobu nejméně 3 měsíců.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZOD a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZOD:

a) chronická glomerulonefritida,
b) nefropatie způsobená léčivými přípravky,
c) hypertenze,
d) diabetes mellitus.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.18 **TETANUS** – tetanem se pro účely pojištění ZOD rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně 4 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.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.19 **CUKROVKA** – cukrovkou se pro účely pojištění ZOD rozumí získaná chronická hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je diagnóza cukrovky potvrzená diabetologem, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínu po dobu minimálně 6 měsíců.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.20 **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU** – nezhoubným nádorem mozku se pro účely pojištění ZOD rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně a/nebo solidní nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku, jehož přítomnost nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku a/nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) způsobuje příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena neurologem a/nebo neurochirurgem.

Pojistná událost nenastává, pokud je nezhoubný nádor mozku klasifikován jako:

a) cysta,
b) granulom,
c) nádor v oblasti hypofýzy.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.21 **TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÉHO ORGÁNU** – transplantací životně důležitého orgánu se pro účely pojištění ZOD rozumí vedení pojištěného dítěte v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu 6 měsíců a/nebo transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

a) srdce,
b) plíce,
c) játra,
d) ledvina,
e) slinivka břišní,
f) totální ablace kostní dřeně a následná transplantace lidské kostní dřeně za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.22 **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ** – operací srdeční chlopně se pro účely pojištění ZOD rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni. 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 onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

9.23 **OPERACE AORTY** – operací aorty se pro účely pojištění ZOD rozumí operace hrudní a/nebo břišní aorty (bez periferních větví) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpání, zúžení a/nebo roztržení aorty. Operace srdeční aorty musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci srdeční došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného aplikací omamných či návykových látek.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZOD.

ZPP ZOD 1.3

MetLife

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY ZÁVAŽNÁ DĚTSKÁ ONEMOCNĚNÍ PREMIUM

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se pojištění řídí)

Pojištění Závažná dětská onemocnění Premium se kromě těchto Zvláštních pojistných podmínek řídí i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění (VPPNP 1.2). Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

1.1 Účinnost těchto Zvláštních pojistných podmínek je od 1. září 2016.

1.2 Pojištění Závažná dětská onemocnění Premium (dále jen „ZODP“) se řídí kromě pojistné smlouvy a těchto Zvláštních pojistných podmínek i Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 (dále jen „VPPNP“).

1.3 Pojištění ZODP je možné sjednat jako:

a) samostatné pojištění,
b) připojištění k životnímu pojištění.

2 POJISTNÉ NEBEZPEČÍ, POJISTNÁ UDÁLOST (Proti čemu Vás pojištění chrání)

2.1 Pojistným nebezpečím je závažné onemocnění pojištěného dítěte.

2.2 Pojistnou událostí je stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo okamžik ukončení jednoho z lékařských zákroků uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.3 Podmínkou vzniku pojistné události je přežití pojištěného po dobu alespoň 30 dnů ode dne stanovení diagnózy jakéhokoli ze závažných onemocnění nebo skončení lékařského zákroku, uvedených v příslušném Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků.

2.4 Dále je podmínkou vzniku pojistné události skutečnost, že pojištěné dítě netrpělo příslušným závažným onemocněním nebo onemocněním, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, před počátkem pojištění, ani se u něj neobjevily příznaky tohoto závažného onemocnění nebo onemocnění, které vedlo k příslušnému lékařskému zákroku, v průběhu čekací doby.

Co by Vás mohlo zajímat
Postup a povinnosti v případě pojistné události najdete také v odstavci 12.3 a v článku 13 VPPNP.

1. Pojistnou událost oznamte bez zbytečného odkladu (vyplňte a pošlete platný formulář).
2. Uveďte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložte k tomu potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci).
3. Pojišťovna zahájí šetření ke zjištění povinnosti plnit bez zbytečného odkladu. Šetření musí být dokončeno do 3 měsíců ode dne oznámení události.
4. Splatnost plnění je do 15 dnů po skončení šetření.

Pozor! Od data pojistné události běží promlčecí lhůta 4 roky, když v této lhůtě pojistnou událost neoznámíte, právo na pojistné plnění se promlčí a pojišťovna Vám jej nevyplatí.

3 ČEKACÍ DOBA

3.1 U pojištění ZODP je stanovena čekací doba na 90 dnů. U některých diagnóz může být stanovena čekací doba delší. Pokud první pojistná událost nastane v čekací době, pojištění zaniká.

3.2 Pro druhou a každou další pojistnou událost je stanovena čekací doba 18 měsíců od vzniku předchozí pojistné události pro diagnózu či lékařský zákrok, který byl předmětem předchozí pojistné události, s výjimkou případů, kdy dojde ke zhoršení onemocnění s nárokem na výplatu vyššího procenta z pojistné částky. Pokud druhá, resp. příslušná další pojistná událost nastane v této čekací době, pojištění nezaniká a k druhé, resp. této další pojistné události se nepřihlíží.

Příklad 1:
Pojištěnému dítěti byl diagnostikován zhoubný nádor a bylo vyplaceno 100 % ze sjednané pojistné částky.

Po 19 měsících od nahlášení první pojistné události došlo k recidivě nádorového onemocnění. Po nahlášení druhé pojistné události bylo pojištěnému dítěti vyplaceno zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky (pojistné plnění pro toto onemocnění je stanoveno na 100 % z pojistné částky, ale maximální výplata z pojištění ZODP je 150 % z pojistné částky).

Pojištění ZODP druhou pojistnou událostí zaniká z důvodu vyčerpání 150 % pojistné částky.

Pokud by k recidivě došlo dříve než po uplynutí čekací doby 18 měsíců, pojistné plnění by se nevyplácelo, pojištění ZODP by ale nezaniklo a pokračovalo ve stejném rozsahu dál.

Příklad 2:
Pojištěnému dítěti byla diagnostikována epilepsie (záchvaty více než jednou za 30 dnů po dobu více než 12 měsíců) a bylo vyplaceno 25 % ze sjednané pojistné částky.

Po určité době bylo nahlášeno pojišťovně, že došlo ke zhoršení epilepsie (záchvaty více než jednou za 7 dnů po dobu více než 12 měsíců). V tomto případě není aplikována čekací doba, protože se jedná o zhoršení původní diagnózy. Pojištěnému dítěti bylo vyplaceno dalších 100 % ze sjednané pojistné částky.

Pojištění ZODP ani druhou pojistnou událostí nezaniká. Pokud by v budoucnu došlo k další pojistné události, může být vyplaceno zbývajících 25 % z pojistné částky.

Příklad 3:
Pojištěnému dítěti byla diagnostikována epilepsie (záchvaty více než jednou za 7 dnů po dobu více než 12 měsíců) a bylo mu vyplaceno 100 % ze sjednané pojistné částky.

Po určité době od nahlášení první pojistné události byla pojištěnému dítěti diagnostikována cukrovka a dlouhodobě byly nutné pravidelné aplikace inzulinu. V tomto případě bude vyplaceno zbývajících 50 % z pojistné částky (pojistné plnění pro toto onemocnění je stanoveno na 100 % z pojistné částky, ale maximální výplata z pojištění ZODP je 150 % z pojistné částky). Protože jde o jinou diagnózu než v předchozím případě, čekací doba pro další pojistnou událost se neuplatňuje.

Pojištění ZODP druhou pojistnou událostí zaniká.

Příklad 4:
Pojištěnému dítěti byla ve druhém měsíci po sjednání pojištění Závažná dětská onemocnění Premium diagnostikována Cukrovka.

Protože pojistná událost nastala ještě v čekací době, pojistné plnění tedy v tomto případě vyplaceno nebude a pojištění ZODP zaniká.

4 POJISTNÉ PLNĚNÍ (Co bude vyplaceno v případě pojistné události)

4.1 V případě pojistné události vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky, která byla pro toto pojištění sjednána ke dni pojistné události v pojistné smlouvě.

4.2 Nastane-li více pojistných událostí z pojištění ZODP současně, vznikne nárok pouze na 1 pojistné plnění, a to na nejvyšší pojistné plnění ze všech těchto pojistných událostí.

4.3 Souhrn všech přiznaných pojistných plnění z pojištění ZODP nesmí přesáhnout 150 % sjednané pojistné částky. Pokud by částka pojistného plnění určená podle odstavců 4.1 a 4.2 nesplňovala tuto podmínku, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění pouze ve výši rozdílu 150 % ze sjednané pojistné částky a souhrnu všech dosud přiznaných pojistných plnění z pojištění ZODP.

4.4 Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému.

5 POJISTNÁ DOBA A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ (Jak dlouho pojištění trvá)

5.1 Pokud je toto pojištění sjednáno jako samostatné pojištění, pojistná doba je 1 rok, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojištění je možné prodloužit za podmínek uvedených ve VPPNP, maximálně však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 25. narozeninách pojištěného (případně po 26. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.2 Pokud je toto pojištění sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění a není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojistná doba do konce pojistné doby životního pojištění, nejpozději však do výročí pojištění, které následuje bezprostředně po 25. narozeninách pojištěného (případně po 26. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného).

5.3 Pojištění zaniká okamžikem, kdy souhrn všech dosud přiznaných pojistných plnění z pojištění ZODP dosáhne 150 % sjednané pojistné částky.

6 POJISTNÉ (Jaká je cena pojištění)

6.1 Výše pojistného a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se pojistné za toto pojištění odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (tzv. přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku.

7 VÝLUKY (Na co se pojištění nevztahuje)

7.1 Pojistná událost nenastává v následujících případech:

a) v souvislosti se syndromem získaného selhání imunity AIDS nebo virem HIV nebo mutacemi a variantami viru, za předpokladu, že onemocnění HIV nebylo získáno transfúzí, při výkonu povolání, při fyzickém napadení pojištěného či při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.

a1) onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění,

2) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

3) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

a2) onemocněním viru HIV získaným při výkonu povolání se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

5) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

6) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

a3) onemocněním viru HIV získaným při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě se rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

1) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

2) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

3) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

4) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

b) v případě jakéhokoli onemocnění nebo provedení lékařského zákroku, které nejsou výslovně uvedeny v Seznamu závažných onemocnění, diagnóz a lékařských zákroků,

c) v případě, kdy je příčinou vzniku pojistné události požití alkoholu, léků nebo jiných omamných či návykových látek,

d) v souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného.

Co by Vás mohlo zajímat
Ostatní výluky pro toto pojištění najdete také v odstavci 14.1 VPPNP. Prosím, nezapomeňte se s nimi seznámit.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Den stanovení diagnózy** – okamžik, kdy všechna stanovená kritéria byla zjištěna a diagnóza byla zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění.

8.2 **Čekací doba** – doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba pro první pojistnou událost začíná běžet okamžikem počátku pojištění ZODP.

9 SEZNAM ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ, DIAGNÓZ A LÉKAŘSKÝCH ZÁKROKŮ

9.1 Pro pojištění ZODP obsahuje Seznam závažných, diagnóz a lékařských zákroků následující položky:

a) Zhoubné novotvary (nádory),
b) Poliomyelitida (mozková obrna),
c) Meningitida,
d) Encefalitida,
e) Aplastická anémie,
f) Chronická virová hepatitida,
g) Epilepsie,
h) Revmatická horečka,
i) Získané chronické srdeční onemocnění,
j) Paralýza,
k) Slepota,
l) Hluchota,
m) Onemocnění HIV získané při transfúzi krve,
n) Onemocnění HIV získané při výkonu povolání,
o) Onemocnění HIV získané při fyzickém napadení nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě,
p) Konečná fáze selhání ledvin,
q) Tetanus,
r) Cukrovka,
s) Nezhoubný nádor mozku,
t) Transplantace životně důležitého orgánu,
u) Operace srdeční chlopně,
v) Operace aorty.

9.2 **ZHOUBNÉ NOVOTVARY (NÁDORY)** – zhoubným novotvarem (nádorem) se pro účely pojištění ZODP rozumí:

a) solidní zhoubné nádory,
b) leukémie,
c) maligní lymfomy,
d) Hodgkinova choroba,
e) zhoubná onemocnění kostní dřeně,
f) metastázující kožní nádory.

Pojišťovně musí být předložena odborná lékařská dokumentace, která obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

a) prekanceróza,
b) kožní melanom hodnocený stupněm I (stupněm T2a nebo nižším podle TNM klasifikace),
c) karcinom vycházející z bazálních a/nebo skvamozních kožních buněk,
d) pokud u pojištěného dítěte byla prokázána přítomnost viru HIV.

Pojistná událost také nenastává, pokud byla diagnóza nádorového onemocnění poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP:

a) papilom močového měchýře,
b) polyposa tlustého střeva,
c) Crohnova nemoc,
d) ulcerózní kolitida,
e) krev ve stolici, v moči a/nebo hemoptýza,
f) lymfadenopatie,
g) splenomegalie.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.3 **POLIOMYELITIDA (MOZKOVÁ OBRNA)** – poliomyelitidou (mozkovou obrnou) se pro účely pojištění ZODP rozumí akutní infekce virem poliomyelitidy. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalé paralýze potvrzené neurologem, která se projevuje poruchou pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečností trvající nejméně 3 měsíce, a prokázání přítomnosti viru v mozkomíšním moku a v séru.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.4 **MENINGITIDA** – meningitidou se pro účely pojištění ZODP rozumí zánět mozkových blan. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícímu nejméně 3 měsíce potvrzenému neurologem.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o meningitidu, která je následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.5 **ENCEFALITIDA** – encefalitidou se pro účely pojištění ZODP rozumí zánět mozkové tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícímu nejméně 3 měsíce potvrzenému neurologem.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o encefalitidu, která je následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.6 **APLASTICKÁ ANÉMIE** – aplastickou anémií se pro účely pojištění ZODP rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.

Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena hematologem,
- koncentrace granulocytů v krvi je nižší než 500 na mm^3 a krevních destiček nižší než 20 000 na mm^3,
- léčení probíhá minimálně jedním z následujících způsobů:
  - pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně 2 měsíců,
  - pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně 2 měsíců,
  - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je důsledkem léčby jiného onemocnění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na způsobu léčení aplastické anémie:
- transplantace kostní dřeně: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně 2 měsíců: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně 2 měsíců: 50 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.7 **CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA** – chronickou virovou hepatitidou se pro účely pojištění ZODP rozumí chronický aktivní virový zánět jaterní tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby pojištěné dítě bylo prokazatelně infikováno virem hepatitidy a aby hladina jaterních enzymů (ALT, AST) byla zvýšena nejméně 4x nad fyziologickou mez, a to po dobu alespoň 3 měsíců od zahájení léčby. Virus hepatitidy musí přetrvávat v těle alespoň 6 měsíců po ukončení náležité léčby.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o onemocnění virem hepatitidy typu A.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.8 **EPILEPSIE** – epilepsií se pro účely pojištění ZODP 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:

i) více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za 7 dnů po dobu více než 12 měsíců,

ii) více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za 30 dnů po dobu více než 12 měsíců.

Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP:

a) úraz hlavy,
b) zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
c) chirurgický zákrok na mozku,
d) nádor mozku,
e) hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

Pojistné plnění: V případě pojistné události popsané v bodě i) tohoto odstavce je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP. V případě pojistné události popsané v bodě ii) tohoto odstavce je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.9 **REVMATICKÁ HOREČKA** – revmatickou horečkou se pro účely pojištění ZODP 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 6 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 pojištění ZODP.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.10 **ZÍSKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ** – získaným chronickým srdečním onemocněním se pro účely pojištění ZODP 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 onemocnění probíhala po dobu nejméně 6 měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění 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:

a) vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek,

b) vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,

c) pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění ZODP.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.11 **PARALÝZA** – paralýzou se pro účely pojištění ZODP rozumí trvalá a úplná ztráta funkce nejméně jedné celé horní a/nebo celé dolní končetiny zapříčiněná onemocněním postihujícím mozek a/nebo míchu. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k paralýze trvající nejméně 3 měsíce potvrzené neurologem a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP:

a) onemocnění mozku a/nebo míchy,
b) neurologické onemocnění.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu ochrnutí:
- paraplegie, hemiplegie, tetraplegie: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- paralýza jedné horní nebo jedné dolní končetiny: 50 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.12 **SLEPOTA** – slepotou se pro účely pojištění ZODP rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku alespoň jednoho oka potvrzená oftalmologem, jejíž příčinou je akutní onemocnění. Minimální věk pojištěného dítěte v okamžiku pojistné události je 1 rok.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a příznaky, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP:

a) diabetes mellitus,
b) glaukom,
c) trachom,
d) katarakta.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu postižení:
- slepota obou očí: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- slepota jednoho oka: 50 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.13 **HLUCHOTA** – hluchotou se pro účely pojištění ZODP rozumí úplná a nezvratná ztráta sluchu alespoň jednoho ucha potvrzená audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu, jejíž příčinou je akutní onemocnění. Minimální věk pojištěného dítěte v okamžiku pojistné události jsou 2 roky při ztrátě sluchu jednoho ucha a 1 rok při ztrátě sluchu obou uší.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a příznaky, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP:

a) částečná ztráta sluchu,
b) chronický zánět a/nebo infekce středního a/nebo vnitřního ucha.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu postižení:
- hluchota obou uší: 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP,
- hluchota jednoho ucha: 25 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.14 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFÚZI KRVE** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území členských států EU v době platnosti pojištění ZODP,

b) pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,

c) pojištěný netrpí hemofilií.

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla infekce do organismu pojištěného přenesena jakýmkoli jiným způsobem než krevní transfúzí nebo ke dni oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.15 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) infekce byla do organismu pojištěného prokazatelně přenesena v době platnosti pojištění ZODP

- při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- jako důsledek fyzického napadení při výkonu povolání pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže,
- při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce,

e) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání,

f) v případě přenosu infekce v důsledku fyzického napadení pojištěného při výkonu povolání musí být událost nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci, řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování musí být pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

a) lékař nebo zubní lékař,
b) všeobecná sestra,
c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,

g) porodní asistentka,
h) hasič,
i) policista,
j) vězeňská ostraha.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.16 **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI FYZICKÉM NAPADENÍ NEBO PŘI POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ PRVNÍ POMOCI PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ** – prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficience) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

a) fyzické napadení nebo dopravní nehoda byly nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost byla řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování byl pojišťovně doložen formou zprávy nebo protokolu,

b) k serokonverzi došlo během 6 měsíců následujících po přenosu infekce,

c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději 5 dnů po přenosu infekce,

d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději 12 měsíců po přenosu infekce.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.17 **KONEČNÁ FÁZE SELHÁNÍ LEDVIN** – konečnou fází selhání ledvin se pro účely pojištění ZODP rozumí úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby pojištěné dítě podstupovalo pravidelnou hemodialýzu po dobu nejméně 3 měsíců.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních 2 let od počátku pojištění ZODP a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění ZODP:

a) chronická glomerulonefritida,
b) nefropatie způsobená léčivými přípravky,
c) hypertenze,
d) diabetes mellitus.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.18 **TETANUS** – tetanem se pro účely pojištění ZODP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně 4 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.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.19 **CUKROVKA** – cukrovkou se pro účely pojištění ZODP rozumí získaná chronická hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je diagnóza cukrovky potvrzená diabetologem, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínu po dobu minimálně 6 měsíců.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.20 **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU** – nezhoubným nádorem mozku se pro účely pojištění ZODP rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně a/nebo solidní nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku, jehož přítomnost nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku a/nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) způsobuje příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena neurologem a/nebo neurochirurgem.

Pojistná událost nenastává, pokud je nezhoubný nádor mozku klasifikován jako:

a) cysta,
b) granulom,
c) nádor v oblasti hypofýzy.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.21 **TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÉHO ORGÁNU** – transplantací životně důležitého orgánu se pro účely pojištění ZODP rozumí vedení pojištěného dítěte v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu 6 měsíců a/nebo transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

a) srdce,
b) plíce,
c) játra,
d) ledvina,
e) slinivka břišní,
f) totální ablace kostní dřeně a následná transplantace lidské kostní dřeně za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.22 **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ** – operací srdeční chlopně se pro účely pojištění ZODP rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni. 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 onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

9.23 **OPERACE AORTY** – operací aorty se pro účely pojištění ZODP rozumí operace hrudní a/nebo břišní aorty (bez periferních větví) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpání, zúžení a/nebo roztržení aorty. Operace srdeční aorty musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci srdeční došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného aplikací omamných či návykových látek.

Pojistné plnění: Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění ZODP.

ZPP ZODP 1.0

MetLife

ZVLÁŠTNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ OPCE NA NAVÝŠENÍ POJISTNÉ OCHRANY BEZ DALŠÍHO PŘEZKOUMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Věnujte prosím pozornost zeleným a modrým rámečkům v textu, které Vás upozorní na důležité body podmínek a shrnou ty nejpodstatnější informace.
V textu také najdete tyto tři typy označení:

Shrnutí klíčových informací

Vysvětlení důležitých pojmů

Příklad z praxe

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ (Čím se opce řídí)

1.1 Účinnost těchto Zvláštních smluvních ujednání je od 1. září 2016.

1.2 Opce na navýšení pojistné ochrany bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu (dále jen „opce“) může být sjednána jen jako doplněk pojišťovnou stanovených pojištění. Opce se řídí pojistnými podmínkami pojistné smlouvy, ke které je sjednána.

1.3 Toto ujednání tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy v případě, kdy je opce k příslušnému pojištění pojistníkem navržena v rámci Návrhu na uzavření pojistné smlouvy a pojišťovnou přijata.

Opce zajistí možnost v budoucnosti navýšit sjednané pojistné částky pro případ smrti, invalidity a/nebo závažných onemocnění bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu za standardní sazby platné ke dni tohoto navýšení.

2 ÚČEL OPCE (K čemu opce slouží)

2.1 Sjednáním opce k základnímu pojištění je uzavíráno pojištění s nižší pojistnou částkou pro základní pojištění s možností navýšení této pojistné částky v budoucnosti, přičemž možnost navýšení je vázána na splnění podmínky.

2.2 Podmínkou je, že nastane specifikovaná událost dle odstavce 7.6, pojistník ji pojišťovně oznámí a současně projeví vůli opci využít. Pojistník v takovém případě musí specifikovat, která ze základních pojištění chce navýšit a o jakou částku.

2.3 Při využití opce se provádí navýšení pojistných částek za v tu dobu platných podmínek, a to bez povinnosti podstupovat další přezkoumání zdravotního stavu v okamžiku žádosti o navýšení pojistné částky. Pojistné bude placeno ve standardní výši dle v tu dobu platného Sazebníku, a to i v případě, že podstoupení přezkoumání zdravotního stavu pojištěného by za jiných okolností znamenalo navýšení pojistného (přirážku ke standardní sazbě pojistného), případně úplné odmítnutí z důvodu zhoršení jeho zdravotního stavu.

Klient si sjednává pojištění pro případ smrti, invalidity a/nebo závažných onemocnění. Jako čerstvý absolvent bez závazků zatím nepožaduje vysokou pojistnou částku. Do budoucna ovšem očekává zvýšenou potřebu pojistné ochrany (hypotéka, narození dítěte atd.) a proto se rozhodne zároveň pro sjednání opce. Bude platit pojistné za aktuálně platnou pojistnou částku a také opční poplatek za možnost budoucího navýšení této pojistné částky. Zkoumání zdravotního stavu proběhne pouze před sjednáním pojistné smlouvy. Pokud klient později opci využije a navýší si pojistnou částku, toto navýšení bude sjednáno za podmínek zdravotního stavu v době uzavírání pojistné smlouvy, nikoli v době využití opce, kdy se mohly již projevit určité zdravotní komplikace, které by za jiných okolností mohly vést k navýšení pojistného, případně nepojistitelnosti.

3 SJEDNÁNÍ OPCE (K čemu a jak sjednat opci)

3.1 Opci je možné sjednat k následujícím druhům pojištění (dále také jen „příslušná základní pojištění“), která se řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění VPPŽP 1.2, Všeobecnými pojistnými podmínkami pro neživotní pojištění VPPNP 1.2 a příslušnými Zvláštními pojistnými podmínkami pro jednotlivá pojištění:

a) pojištění pro případ smrti,
b) Invalidita 2+3,
c) Invalidita 3,
d) Závažná onemocnění Standard,
e) Závažná onemocnění Standard Plus,
f) Závažná onemocnění Premium.

3.2 Opci je možné sjednat pouze společně se základním pojištěním a pouze při uzavírání nové pojistné smlouvy. Opční částky nemůžou být po dobu trvání opce navyšovány.

Co je důležité
Opce nemůže být sjednána samostatně bez základního pojištění, ke kterému se vztahuje, a není ji možné sjednat ani později v průběhu trvání pojištění.

3.3 Podmínkou pro sjednání opce k příslušnému základnímu pojištění je skutečnost, že je pojištěný přijat do tohoto pojištění za standardních podmínek, tj. na příslušném základním pojištění není pojišťovnou aplikována přirážka ke standardní sazbě pojistného z důvodu zdravotního stavu pojištěného.

3.4 Pojištěný je povinen podstoupit zkoumání zdravotního stavu před uzavřením pojistné smlouvy dle pojišťovnou stanovených pravidel, přičemž pro tyto účely je pro příslušné základní pojištění posuzována cílová pojistná částka.

3.5 Pojištěný je povinen podstoupit zkoumání příjmů před uzavřením pojistné smlouvy dle pojišťovnou stanovených pravidel, přičemž pro tyto účely je pro příslušné základní pojištění posuzována cílová pojistná částka.

3.6 V okamžiku uzavření pojistné smlouvy a dále po celou dobu trvání opce musí platit, že opční částka (resp. disponibilní opční částka v případě částečného využití opce) pro:

a) pojištění pro případ smrti nesmí přesáhnout 3násobek pojistné částky základního pojištění pro případ smrti,

b) pojištění invalidity 2+3 nesmí přesáhnout pojistnou částku základního pojištění invalidity 2+3,

c) pojištění invalidity 3 nesmí přesáhnout pojistnou částku základního pojištění invalidity 3,

d) pojištění závažných onemocnění Standard nesmí přesáhnout pojistnou částku základního pojištění závažných onemocnění Standard,

e) pojištění závažných onemocnění Standard Plus nesmí přesáhnout pojistnou částku základního pojištění závažných onemocnění Standard Plus,

f) pojištění závažných onemocnění Premium nesmí přesáhnout pojistnou částku základního pojištění závažných onemocnění Premium.

Příklad č. 1
Klient má sjednáno pojištění pro případ smrti s pojistnou částkou 1 000 000 Kč a k němu také opci s opční částkou 3 000 000 Kč. Je tedy splněno pravidlo dle odstavce 3.6 písm. a) o maximálním poměru těchto částek (max. 3:1). V průběhu trvání pojištění se klient rozhodne pro snížení pojistné částky základního pojištění pro případ smrti na 500 000 Kč. Tím by došlo k porušení uvedeného pravidla, protože původní opční částka by byla 6x vyšší než nová pojistná částka (6:1). Proto pojišťovna sníží opční částku na 1 500 000 Kč, aby byl zachován maximální poměr 3:1.

Příklad č. 2
Klient má sjednáno pojištění pro případ smrti s pojistnou částkou 1 000 000 Kč a k němu také opci s opční částkou 2 000 000 Kč. Je tedy splněno pravidlo dle odstavce 3.6 písm. a) o maximálním poměru těchto částek (max. 3:1). Poměr sjednaných částek je 2:1. V průběhu trvání pojištění se klient rozhodne pro snížení pojistné částky základního pojištění pro případ smrti na 500 000 Kč. Tím by došlo k porušení uvedeného pravidla, protože opční částka by byla 4x vyšší než nová pojistná částka (4:1). Proto pojišťovna sníží opční částku na 1 500 000 Kč, aby byl zachován maximální poměr 3:1.

Příklad č. 3
Klient má sjednáno pojištění invalidity 2+3 s pojistnou částkou 1 000 000 Kč a k němu také opci s opční částkou 500 000 Kč. Je tedy splněno pravidlo dle odstavce 3.6 písm. b) o maximálním poměru těchto částek (max. 1:1). Poměr sjednaných částek je 0,5:1. V průběhu trvání pojištění se klient rozhodne pro snížení pojistné částky základního pojištění invalidity 2+3 na 500 000 Kč. Opční částka může zůstat na původní úrovni 500 000 Kč, protože je zachováno uvedené pravidlo o maximálním poměru 1:1.

4 DOBA TRVÁNÍ A ZÁNIK OPCE (Kdy lze opci využít)

4.1 Opce se sjednává do dne bezprostředně předcházejícího 10. výročí trvání pojistné smlouvy, v rámci které je sjednáno základní pojištění, není-li jeho pojistná doba stanovena na méně než 10 let, zároveň však maximálně do výročí pojištěné smlouvy, které následuje bezprostředně po 45. narozeninách pojištěného, případně po 46. narozeninách pojištěného, pokud mezi datem podpisu Návrhu pojistníka na uzavření pojistné smlouvy a datem uzavření pojistné smlouvy proběhly narozeniny pojištěného.

4.2 Opce pro příslušné základní pojištění dále zaniká:

a) dnem, ke kterému klesne disponibilní opční částka tohoto příslušného základního pojištění na nulu (tj. dnem využití celé výše sjednané opční částky),

b) dnem, ke kterému dojde k jakékoli pojistné události z tohoto příslušného základního pojištění,

c) dnem zániku tohoto příslušného základního pojištění z jakéhokoli důvodu.

4.3 Opce pro veškerá základní pojištění dále zanikají ke dni, kdy pojistník pojišťovně nahlásí, že:

a) pojištěnému byla stanovena diagnóza jakéhokoli terminálního stadia onemocnění,

b) pojištěnému byla stanovena diagnóza některého ze závažných onemocnění nebo byl ukončen některý z lékařských zákroků dle odstavce 8.8,

c) pojištěný se stal invalidním s poklesem pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

5 SPECIÁLNÍ POVINNOSTI (Co je nutné oznámit pojišťovně)

5.1 Pojistník je povinen pojišťovně písemně oznámit, pokud byl pojištěný uznán invalidním nebo mu bylo diagnostikováno jakékoli terminální stadium onemocnění nebo některé ze závažných onemocnění nebo byl ukončen některý z lékařských zákroků dle odstavce 8.8. V případě takového oznámení opce sjednané ke všem základním pojištěním zanikají.

6 OPČNÍ POPLATEK (Jaká je cena opce)

6.1 Výše opčního poplatku a jeho frekvence placení je uvedena v pojistné smlouvě.

6.2 Pokud se opční poplatek odečítá měsíčně z podílového účtu životního pojištění (obdobně jako přirozené pojistné), je jeho výše podle jednotlivých parametrů uvedena v Sazebníku příslušného pojistného produktu.

6.3 Frekvence placení opčního poplatku je shodná s frekvencí placení pojistného za základní pojištění.

6.4 Opční poplatek se vztahuje k disponibilní opční částce pro příslušné základní pojištění. V okamžiku využití opce jen na část opční částky je opční poplatek snížen v poměru, v jakém se sníží disponibilní opční částka. V okamžiku využití opce na celou opční částku (jednorázově nebo postupně) tato opce zaniká a s tím i povinnost platit opční poplatek.

7 VYUŽITÍ OPCE (Kdy a jak lze opci uplatnit)

7.1 Opci je možné využít při splnění podmínek v průběhu doby trvání opce. Využitím opce je snížena disponibilní opční částka a současně se o stejnou částku navýší pojistná částka příslušného základního pojištění.

7.2 Při využití opce je pro navýšenou část pojistné částky příslušného základního pojištění uplatňována čekací doba stejná jako při sjednání příslušného základního pojištění.

7.3 Pojistník může pojišťovně písemně oznámit na příslušném formuláři vydaném pojišťovnou, že v době trvání opce nastala specifikovaná událost dle odstavce 7.6 a žádá o využití opce.

7.4 Okamžikem využití opce je den, ke kterému je pojišťovnou provedeno navýšení pojistné částky příslušného základního pojištění na základě žádosti pojistníka o využití opce.

7.5 Pojistnou částku základního pojištění lze navýšit při dodržení všech níže uvedených podmínek počínaje následující splátkou pojistného po doručení žádosti, pokud žádost byla doručena alespoň 21 dnů před touto splatností:

a) kompletní žádost pojistníka je doručena do sídla pojišťovny nejpozději do 90 dnů po specifikované události,

b) opce k datu navýšení pojistné částky nezanikla z důvodů uvedených v odstavcích 4.1, 4.2 nebo 4.3.

7.6 Specifikovanou událostí se rozumí:

a) svatba nebo registrované partnerství pojištěného (nutno doložit oddací list nebo doklad o registrovaném partnerství),

b) narození dítěte pojištěnému nebo osvojení dítěte pojištěným (nutno doložit rodný list dítěte, kde je pojištěný uveden jako rodič nebo osvojitel dítěte, případně pravomocné rozhodnutí soudu o osvojení),

c) uzavření hypoteční nebo jiné úvěrové smlouvy (opci je možné využít z důvodu této specifikované události pouze jednou, nutno doložit smlouvu o hypotečním úvěru nebo jinou úvěrovou smlouvu, opční částka může být v tomto případě využita maximálně do výše nově sjednané hypotéky nebo jiného úvěru).

7.7 V rámci sjednané opční částky pro příslušné základní pojištění je možné navýšit pojistnou částku tohoto pojištění buď jednorázově v plné výši (tj. využití celé opční částky), anebo postupně o libovolnou nižší částku (tj. částečné využití opční částky). Disponibilní opční částka zůstává k dispozici po zbytek doby trvání opce. Celkový součet navýšení pojistné částky příslušného základního pojištění však může za dobu trvání opce dosáhnout maximálně výše sjednané opční částky pro toto pojištění.

8 VYMEZENÍ POJMŮ

8.1 **Základní pojištění** – obecně skupina pojištění, ke kterým je možné opci sjednat (tj. pro účely těchto ZSU OPCE se může jednat o pojištění pro případ smrti, pojištění invalidity v různých variantách, pojištění závažných onemocnění v různých variantách). Opci lze v rámci pojistného produktu sjednat k více uvedeným pojištěním současně nebo pouze k některému z nich.

8.2 **Příslušné základní pojištění** – konkrétní pojištění, ke kterému je opce sjednána (tj. pro účely těchto ZSU OPCE se může jednat o pojištění pro případ smrti, pojištění invalidity 2+3, invalidity 3, pojištění závažných onemocnění Standard, závažných onemocnění Standard Plus, závažných onemocnění Premium).

8.3 **Opční částka** – částka, o kterou je možné v budoucnosti maximálně navýšit pojistnou částku základního pojištění bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu. Opční částka se sjednává pro každou opci při uzavření pojistné smlouvy. Pro každé základní pojištění lze sjednat jinou opční částku.

8.4 **Cílová pojistná částka** – součet pojistné částky sjednané při uzavření pojistné smlouvy pro základní pojištění a opční částky pro toto základní pojištění. Cílová pojistná částka by měla odpovídat očekávané budoucí potřebě pojistné ochrany.

8.5 **Disponibilní opční částka** – částka, o kterou je ještě možné navýšit pojistnou částku základního pojištění bez dalšího přezkoumání zdravotního stavu. V době uzavření pojistné smlouvy je rovna sjednané opční částce. Pokud dojde v průběhu trvání pojištění k využití opce, dojde ke snížení disponibilní opční částky. Při úplném využití opce je rovna nule.

8.6 **Opční poplatek** – poplatek za možnost navýšení pojistné částky bez přezkoumání zdravotního stavu.

8.7 **Terminální stadium onemocnění** – velmi závažná onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností do 12 měsíců k úmrtí pojištěného (např. generalizovaná nádorová onemocnění, která se vymkla kontrole léčbou nebo konečná stadia selhávání životně důležitých orgánů, kde transplantace není v konkrétním případě možná např. pro celkové poškození organismu).

8.8 **Diagnóza závažného onemocnění nebo ukončení lékařského zákroku** – výhradně pro účely těchto ZSU OPCE se jedná o diagnózu některého z následující závažných onemocnění, resp. provedení některého lékařského zákroku: Akutní infarkt myokardu, Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice), Zhoubné novotvary (nádory), Konečná (terminální) fáze selhání ledvin, Transplantace životně důležitého orgánu, Bypass srdečních (věnčitých) tepen, Slepota, Hluchota, Nezhoubný nádor mozku, onemocnění HIV získané při transfúzi krve, při výkonu povolání nebo při fyzickém napadení nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě, Závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte, Roztroušená skleróza, Kóma, Pokročilá demence, Alzheimerova choroba, Operace aorty, Bakteriální meningitida, Operace srdeční chlopně, Spinální svalová atrofie, Progresivní bulbární obrna, Amyotrofická a primární laterální skleróza, Paralýza, Parkinsonova choroba, Chronické selhání plic, Crohnova nemoc, Primární (idiopatická a familiární) plicní hypertenze, Encefalitida, Poliomyelitida (mozková obrna), Aplastická anémie, Tetanus. Definice těchto závažných onemocnění, resp. lékařských zákroků jsou uvedeny ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění Závažných onemocnění Standard Plus (ZPP ZO3 1.3) v článku 9.

8.9 **Invalidita pojištěného** – výhradně pro účely ZSU OPCE je to pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu nejméně o 35 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný.

ZSU OPCE 1.0