

Speciální pojistné podmínky pro Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA

Pojištění se řídí pojistnou smlouvou, Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSOŽIV 11 ze dne 1. ledna 2015 (dále jen „VPP“) a těmito speciálními pojistnými podmínkami. Pojištění je dále upraveno zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a dalšími obecně závaznými právními předpisy České republiky.

ČLÁNEK 1 Rozsah pojištění

Úvěrové životní pojištění může být uzavřeno pouze s osobou, které byl úvěr poskytnut. Pojištěnou osobou může být dlužník nebo spoludlužník. Doba trvání pojištění je rovna době od počátku pojištění do úplného splacení úvěru, maximálně však do původně sjednaného konce pojištění. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, zaniká pojištění bez náhrady a bez výplaty pojistného plnění.

V úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA sjednává pojistitel:

- HYS** – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 69 let a do max. výstupního věku 75 let.
- HYSI** – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti nebo invalidity může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 62 let a do max. výstupního věku 65 let.
- HYSV** – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti nebo diagnózy velmi vážného onemocnění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 64 let a do max. výstupního věku 65 let.
- HYSVI** – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti, velmi vážných onemocnění nebo invalidity může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 62 let věku a do max. výstupního věku 65 let.
- HYN29** – volitelné pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 69 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Maximální výstupní věk je 70 let. Pojištění zaniká nejpozději s koncem zvolené varianty základního pojištění.

1. Pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti z jakýchkoliv příčin

V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti pojištěného je v případě smrti v době trvání pojištění vyplacena pojistná částka ve výši nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu úmrtí, nejvýše však do výše sjednané pojistné částky. Výplatu pojistného plnění pojištění zaniká. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, je pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu úmrtí. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. V případě, že je ke dni vzniku pojistné události pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

2. Pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ velmi vážných onemocnění

V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ velmi vážných onemocnění u pojištěného je v případě potvrzené lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, v době trvání pojištění vyplacena pojistná částka ve výši nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu diagnózy nebo operace velmi vážného onemocnění, nejvýše však do výše sjednané pojistné částky. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, je pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu diagnózy nebo operace velmi vážného onemocnění. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. V případě, že je ke dni vzniku pojistné události pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

Pro pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

- a) **infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním

zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborné kardiologické a interní pracoviště, resp. příslušný odborný lékař stanoví, potvrzenou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:

- čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolesti a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů nebo troponinu I.
- Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
- b) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Nárok na pojistné plnění vznikne i při životně nezbytné transplantaci kostní dřeně, kdy příjemcem kostní dřeně je pojištěný. Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení transplantace. Vyloučeny jsou:
- neinvazivní karcinomy in situ,
 - lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b),
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A,
 - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.
- Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- c) **náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nález trvající déle než 24 hodin, včetně:
- infarktu mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebních cév a/nebo ruptury aneurysmatu mozkové tepny (protřetí výdutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení) a
 - embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.
- Musí být prokázáno trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitorní ischemická ataka.
- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- e) **transplantace životně důležitých orgánů** – životně nezbytná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem. Právo na plnění nevznikne, jde-li o transplantace jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů nebo tzv. kmenových buněk.
- f) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass) a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie.
- g) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
- h) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.
- i) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Stav nelze

změnit lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.

- j) **ztráta řeči** – úplná, trvalá a nevratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci nebo úrazu hlasivek. Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře, nejlépe ORL. Toto postižení musí trvat nejméně 12 měsíců. Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Pojistná událost vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza ztráty řeči a za předpokladu splnění uvedených podmínek. Za pojistnou událost je považován i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu).

Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.

- k) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušением vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm.

- l) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezů. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.

- m) **demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.

- n) **Parkinsonova nemoc** – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinesie plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem i klinický stupeň závažnosti (stadium 3 dle Hoehn a Yahr). Potvrzení neurologem a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI. Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.

- o) **operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** – operační kardiologický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnčitých tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační. Pojistná událost však nenastává, pokud je zprůchodnění věnčitých tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku). Datem pojistné události je den provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. Musí být předem konzultována a odsouhlasena pojistitelem písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

- p) **náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní** – náhrada z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Kardiologický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu, operace musí být provedena na území ČR nebo na území členského státu EU. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré kardiologické zákroky a výměny chlopnových protéz. Vyloučeny jsou valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě.

- q) **primární kardiomyopatie** – onemocnění srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce, a to bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba). Diagnóza tohoto onemocnění musí splňovat jedno z následujících kritérií:

- dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé nebo obou komor (dilatační kardiomyopatie),
- neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie),
- těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie),
- arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem).

Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem kardiologem vč. nálezů vyšetření EKG, echokardiografie, katetrizací, ev. MR srdečního svalu nebo biopsií. Musí se jednat o postižení s výraznými klinickými

příznaky – podle klasifikace NYHA třídy III–IV. Právo na plnění nevznikne, jde-li o kardiomyopatie jiné, tj. geneticky podmíněné (při svalové dystrofii), v těhotenství a způsobené toxickými vlivy (např. léky), alkoholické kardiomyopatie nebo při současně infekci virem HIV.

- r) **roztroušená skleróza** – chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí a prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy (CNS) magnetickou rezonancí (MRI). Pojistná událost vzniká, pokud byla nemoc jednoznačně diagnostikována odborným neurologickým pracovištěm a postižení trvá nepřetržitě alespoň tři měsíce, nebo došlo ke dvěma akutním atakám tohoto onemocnění. Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy a ostatní zánětlivá onemocnění. Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy je splněna některá z následujících podmínek:

- musí přetrvávat neurologicky nepochybné projevy postižení zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, změny pohybové koordinace nebo změny funkcí nervů nepřerušeně po dobu nejméně šesti měsíců nebo

- jsou dokumentovány nejméně dvě samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc nebo

- je dokumentována jedna ataka onemocnění provázená charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku současně se specifickými mozkovými lézemi ověřenými vyšetřením CNS magnetickou rezonancí. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy ve smyslu této definice odborným lékařem – neurologem.

- s) **systémový lupus erythematosus** – multiorgánové autoimunitní systémové onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), která je charakterizována tvorbou autoprotilátek působících proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevetvorby, cév. Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem revmatologem na podkladě průkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology). Vyloučena jsou onemocnění pouze s kožním postižením a jiná systémová onemocnění.

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

Klíšťovou meningoencefalitidou (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přísátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,

- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,

- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeskou nemocí se rozumí bakteriální zánětlivá infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přísátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,

- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie *Borrelia burgdorferi* (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR),

- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),

- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,

- příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

- u) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; dále parazity, mykotickými infekcemi, pomalými viry, rickettsiemi, spirochetami. Onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční).

Pro plnění z meningitidy musí po dobu tří měsíců existovat alespoň dva z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi).

Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.

Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG).

Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojišitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k tmyž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

- v) **aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.

Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,

- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (t.j. 0,5 x 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (t.j. 20 x 10⁹/l),

- je prokázána anémie a retikulocytopenie,

- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:

- pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce,
- pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
- transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před uzavřením tohoto pojištění.

- w) **Creutzfeldtova-Jakobova nemoc** – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovřížního masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volných pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).

- x) **těžké popáleniny** – jsou popáleniny stupně IIb a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20%. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin.

- y) **onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost** – je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně:

- hodnota FEV₁ (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50% náležité hodnoty;

- parciální tlak kyslíku (pO₂) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa;

- parciální tlak oxidu uhličitého (pCO₂) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa;

- v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii;

- je subjektivně pociťována klidová dušnost (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.

Pojistná událost

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

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

- c) Dojde-li u pojištěného k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění, které uvádí tento článek, vyplatí pojišitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou.

- d) Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku.

- e) V pojištění velmi vážných onemocnění není pojišitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného

do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění.

- f) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, případně operace velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění na navazující smlouvě, vyplatí pojišitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k danému velmi vážnému onemocnění v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky na navazující pojištění smlouvě, vyplatí pojištel pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.
- g) Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, celé pojištění zaniká.

3. Pojištění invalidity

V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci u pojištěného je v případě, kdy je pojištěný ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení uznán invalidním, vyplaceno pojistné plnění ve výši max. 12 měsíčních splátek úvěru od data uznání pojištěného invalidním. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, bude pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru z aktuální měsíční splátky úvěru, nejvýše však splátka uvedená v úvěrové smlouvě. V případě následného potvrzení trvání invalidity na základě rozhodnutí posudkové komise vyplatí pojištel jednorázové plnění ve výši celého nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků), nejvýše však do výše sjednané pojistné částky, a tím pojištění zaniká. Pro výplatu pojistného plnění v případě pojištění poměrné části úvěru platí stejné podmínky jako u pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

V případě, že je ke dni vzniku pojistné události pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, celé pojištění zaniká.

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

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

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních 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, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70% též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

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

Pojištel poskytne pojistné plnění, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:

- a) Pojištěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.
- b) Pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti.
- c) K uznání invalidity dojde v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po jednom roce od počátku pojištění. Splnění podmínky jednoho roku se nevyžaduje, pokud k uznání invalidity došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- d) V případě, kdy došlo v posledním roce před uznáním pojištěného invalidním, a to z důvodu nemoci, ke zvýšení pojistné částky na navazující smlouvě, vyplatí pojištel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky na navazující smlouvě, vyplatí pojištel pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.
- e) Pojištěný je povinen na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost.

4. Doplňkové pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci

V tomto volitelném pojištění vyplácí pojištel v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu nebo nemoci pojistné plnění ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 29. dne trvání pracovní neschopnosti nebo od prvního dne hospitalizace (pobyty v nemocnici).

Pokud je celková doba léčení v pracovní neschopnosti kratší než 29 dnů nebo 24 hodin hospitalizace, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevyplácí (za prvních 28 dnů pojištel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje).

Za každý měsíc léčení v pracovní neschopnosti, následně od 29. dne nebo za každý den hospitalizace (včetně sobot, nedělí a svátků), bude poskytnuto pojistné plnění ve výši měsíční splátky úvěru, resp. příslušného poměru měsíční splátky, při ukončení pracovní neschopnosti bude dle konečné délky léčení poměrně snížena i výše pojistného plnění. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, bude pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru z aktuální měsíční splátky úvěru, nejvýše však splátka uvedená v Úvěrové smlouvě, maximálně bude vyplaceno pojistné plnění za 11 splátek úvěru.

Pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
- b) Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- c) Základní čekací doba je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba v délce tří měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu těhotenství, v délce osmi měsíců pro případ hospitalizace výlučně z důvodu porodu nebo zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
- d) Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
- e) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedenou onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- f) V případě vzniku nového úrazu nebo nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz nebo nemoc není v žádné příčinné souvislosti a již diagnostikovaným úrazem nebo nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více úrazů nebo nemocí, vplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou.
- g) Pojistitel poskytne pojistné plnění za onemocnění, která se dostavila jako následek úrazu, pokud jsou splněny podmínky pro výplatu z tohoto pojištění. Datem pojistné události je den, kdy bylo onemocnění diagnostikováno.
- h) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. V případě hospitalizace je nutné doložit i potvrzení doby hospitalizace.
- i) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského pojištění za dobu léčení v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky nemocenského pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského, osoby na rodičovské dovolené a starobní důchodci musí navíc doložit potvrzení o aktivním podnikání.
- j) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce aby byly opatřeny překladem úředně uznávanou osobou; je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- k) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- l) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatně výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.
- m) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

ČLÁNEK 2

Výluky z pojistného plnění

1. Vzhledem k charakteru **pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění invalidity a pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu** a odchýlně od VPP čl. 16 pojistitel neposkytne pojistné plnění za událost, která vznikne:
 - a) při pokusu o sebevraždu, úmyslném sebepoškození,
 - b) při službě v ozbrojených silách mimo území České republiky,
 - c) při létání, letectví, při veškerých leteckých sportech mimo cestování jako pasažér pravidelnou leteckou linkou nebo jako pilot v rámci svého povolání,
 - d) při horolezectví,
 - e) při potápění s dýchacím přístrojem, skocích do vody, při raftingu,

- f) při provozování extrémních a adrenalinových sportů (bungee jumping, BASE jumping), bojových sportů, boxu,
- g) při sportech vykonávaných profesionálně nebo za úplatu, vyjma sportů, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy),
- h) při motoristických sportech, zajištění motorových vozidel a plavidel a jejich typových zkouškách (pro účely tohoto pojištění se motoristickým sportem rozumí i použití motorového vozidla mimo pozemní komunikaci),
- i) při kaskadérské činnosti.

2. Z **pojištění invalidity** pojistitel neplní, kromě podmínek uvedených v odst. 1 a ve VPP, i v případě poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99.

3. Z **pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci** pojistitel neplní, kromě podmínek uvedených v odst. 1 a ve VPP, i v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
- b) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- c) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- d) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu, s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace (v případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů),
- e) doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není aktivní OSVC (např. osoby na rodičovské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti) – s výjimkou pojistných plnění za dobu hospitalizace z důvodu úrazu nebo nemoci (OSVC, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na výzvu pojistitele věrohodně prokázat skutečnosti týkající se jejich samostatně výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení),
- f) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.

ČLÁNEK 3

Zvláštní ustanovení

1. V případě předčasného ukončení pojištění není vypláceno odkupné. Redukce se v Úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA neuskutečňuje. Podíl na prebytkech pojistného se nevytváří.
2. Je-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku a bude-li úvěr splacen před sjednaným koncem pojištění (a tato skutečnost bude potvrzena vinkulačním partnerem), vrátí pojistitel v případě běžně placeného pojistného vzniklý přeplatek pojistného.
3. Není-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku, může pojistník pojistnou smlouvu dle ustanovení VPP kdykoliv předčasně ukončit. V případě běžně placeného pojistného vrátí pojistitel vzniklý přeplatek pojistného.
4. V Úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA lze provádět netechnické změny (změna adresy, jména) a doplnění, resp. zrušení, doplňkového pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci. V průběhu trvání pojištění nelze provádět technické změny (změna výše pojistné částky, doby trvání, rozsahu pojištění). Pojistnou smlouvu lze ukončit dohodou k danému dni a od následujícího dne je možné sjednat nové pojištění (navazující smlouvu) za podmínek stanovených pojistitelem.
5. Vzhledem k charakteru pojištění se na tento pojistný produkt nevztahuje právo pojistníka být v případě uznání invalidity zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné.
6. Není-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku, pojistník odpovídá za to, že uvedená výše úvěru odpovídá výši poskytnutého (projednávaného) úvěru, resp. nesplaceného zůstatku úvěru, a doba trvání pojištění odpovídá předpokládané době jeho splácení (zaokrouhlené na celé roky směrem nahoru). Pojistník bere na vědomí, že pokud tomu tak není, bude případné pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru, v jakém bylo sjednáno pojištění vzhledem ke správné výši a době splácení úvěru.
7. Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA nelze sjednat k půjčkám mezi fyzickými osobami. Pokud bude pojištění přesto uzavřeno, pojistitel neposkytne pojistné plnění.