POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

0000000000Z6011

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

Žádost o změnu v pojistné smlouvě

Z6011

Tuto žádost o změnu **nelze použít pro pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění**. Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI životní pojištění je nutné podat na tiskopise Z7008, pro samostatné netechnické změny slouží formulář Z0007.

Číslo pojistné smlouvy/nabídky/návrhu

Pojistník

Příjmení, jméno, titul / obchodní firma _____ RČ/IČ

Upozornění: Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které pojistník nepožaduje touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatcích.
Požadovaná změna v pojistné smlouvě může vést v důsledku použití zásady rovného zacházení ke změně výše pojistného, a to u produktů FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR), Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST a Soukromé životní pojištění.
Změny v rozsahu pojištění jsou zpravidla účinné od 1. dne měsíce následujícího po doručení žádosti na centrálu pojistitele, pokud není výslovně požadováno pozdější datum.

Část A. Netechnické a technické změny (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží části B. a C.):

1. **Netechnické změny** (změna jména, příjmení, adresy, telefonního čísla pojištěné osoby / pojistníka, změna obmyšlené osoby, změna podmínek zajištění závazku, změna indexace, blokace výplaty kapitálové hodnoty apod.)
2. **Technické změny** (změna výše běžného pojistného, změna doby trvání, změna frekvence placení, změna poměru rozložení pojistného, změna rizikové skupiny, přerušení placení pojistného, zrušení dospělých pojištěných, zrušení pojištěných dětí apod.)

Pojištěné osoby Příjmení, jméno, rodné číslo	Druh změny

☐ Žádám o nastavení pojistného na minimální postačitelnou výši.

☐ Požaduji zrušit možnost provádět výběry z kapitálové hodnoty smlouvy (odchylně od ustanovení SPP) z důvodu uplatňování daňového zvýhodnění.
Lze akceptovat pouze v případě, pokud od 1. 1. 2015 nedošlo k výběru z kapitálové hodnoty smlouvy.

☐ Požaduji sjednat možnost provádět výběry z kapitálové hodnoty smlouvy (v souladu s ustanovením SPP).
Pokud je sjednán příspěvek zaměstnavatele, dojde k jeho automatickému zrušení.

Část B. Žádost o doplnění/změnu pojištění dospělé osoby do pojistné smlouvy

Dospělá pojištěná osoba

Příjmení _____ Jméno _____ Titul _____

Rodné číslo/IČ _____ Povolání _____ Riziková skupina ☐

Sportovní/ Zájmová činnost* _____ E-mail _____ Telefon _____ OSVČ ☐

Adresa pro písemný styk

Ulice _____ Č.p. _____ PSČ _____

Obec _____ Stát _____

**Vyplňovat pouze v případě, má-li vliv na uvedenou rizikovou skupinu.*

	NE	ANO
1. Jste pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zdravotních komplikací nebo dlouhodobě užíváte léky?	☐	☐
2. Je u Vás plánován pobyt v nemocnici, popř. operace (s výjimkou těhotenství)?	☐	☐
3. Jste v současné době v pracovní neschopnosti, nebo v invalidním důchodu (invalidita 1., 2., nebo 3. stupně)?	☐	☐
4. Trpíte nebo jste v posledních sedmi letech trpěl/a některou z těchto chorob: onemocnění srdce, plic, ledvin, jater, nervového systému, zhoubné nádory, cukrovka, psychické potíže?	☐	☐
5. Trpíte nebo jste v posledních sedmi letech trpěl/a obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	☐	☐
6. Byl/a jste v posledních pěti letech hospitalizován/a na specializovaném pracovišti nebo u Vás bylo z důvodu diagnostiky a léčení onemocnění provedeno speciální vyšetření (RTG, CT, NMR, EKG, EEG, ultrazvuk, chemoterapie aj.)?	☐	☐

7730 (Z 6011) 01/2016

Číslo pojistné smlouvy/nabídky/návrhu

Rozsah pojištění

Část C. Žádost o doplnění/změnu pojištění dítěte do pojistné smlouvy

Pojištěné dítě

Příjmení	Jméno	Rodné číslo

Vyplňte pouze v případě doplnění/zrušení/změny dítěte do smlouvy.

Rozsah pojištění

Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění.
Požadované změny pojistného rozsahu, pokud splňují podmínky pro sjednání uvedené změny pojištění, jsou platné pro všechny pojištěné děti na pojistné smlouvě.

1. Jako pojistník beru na vědomí, že v případě provedení požadované změny může dojít k úpravě sazeb pojistného, a to dle sazeb pojistného platných k datu změny, a se změnou výše pojistného souhlasím.
2. Jako pojistník beru na vědomí a souhlasím s tím, že pro pojistné smlouvy sjednané do 31. 3. 2007, dále uvedené Flexibilní životní pojištění FLEXI, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST, Soukromé životní pojištění SŽP, Flexibilní životní pojištění JUNIOR, se doplňují Speciální pojistné podmínky od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě na základě této žádosti o tato ustanovení:
   a) V případě navýšení běžně placeného pojistného má pojistitel právo z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy
   b) V případě navýšení pojistné částky pro případ smrti má pojistitel právo účtovat z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy. Toto od 1. 1. 2015 neplatí pro Flexibilní životní pojištění JUNIOR.
   Dále jako pojistník beru na vědomí a souhlasím s tím, že výše uvedená ustanovení platí i pro následně provedené změny k této pojistné smlouvě. Výše a rozsah poplatků se řídí platným sazebníkem poplatků (přehledem poplatků a parametrů produktu), který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
3. Souhlasím s tím, aby pojistitel zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“), osobní údaje pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu.
4. Souhlasím, aby pojistitel předával mé osobní údaje, osobní údaje pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s., (dále jen „spřízněné osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovnictví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojistitel, jeho spřízněné osoby a ostatní subjekty používali osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních sdělení a nabídky služeb.
5. Zmocňuji pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav, zdravotní stav pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
6. V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
7. a) Prohlašuji, že v rámci FLEXI životního pojištění – JUNIOR (Flexibilního životního pojištění JUNIOR) souhlasím s výňatkem z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro níže uvedená pojištění dospělé osoby: pojištění pro případ smrti, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky.
   b) Prohlašuji, že v rámci FLEXI životního pojištění JUNIOR (Flexibilního životního pojištění JUNIOR) souhlasím s výňatkem z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro níže uvedená pojištění dětí: pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění vážných nemocí a úrazů, pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění, připojištění k dennímu odškodnému a pojištění hospitalizace.
   c) Prohlašuji, že v rámci Flexibilního životního pojištění Flexi a Investičního životního pojištění FLEXI INVEST souhlasím s výňatkem z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro níže uvedená pojištění dospělé osoby: pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, pojištění zproštění od placení pojistného a připojištění k dennímu odškodnému.
   d) Prohlašuji, že v rámci Flexibilního životního pojištění Flexi a Investičního životního pojištění FLEXI INVEST souhlasím s výňatkem z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro níže uvedená pojištění dětí: pojištění velmi vážných onemocnění a připojištění k dennímu odškodnému.
   Výňatek z ujednání je nedílnou součástí této žádosti o změnu.
8. Jako pojistník prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom/a povinnosti seznámit pojištěné osoby a zákonné zástupce nezletilých pojištěných dětí se změnami v pojistné smlouvě.

Žádost podal/a:

příjmení a jméno pojistníka — podpis pojistníka

Jestliže je pojistník odlišný od pojištěných, musí být v případě změny obmyšlené osoby (včetně změny podílů v %) a zajištění závazku žádost podepsaná i pojištěnými osobami / zákonným zástupcem nezletilých pojištěných dětí.

příjmení, jméno a podpis pojištěné osoby — příjmení, jméno a podpis zákonného zástupce / vztah k dětem

příjmení, jméno a podpis pojištěné osoby — příjmení, jméno a podpis zákonného zástupce / vztah k dětem

Žádost převzal/a: Příjmení, jméno

Žádost se považuje za doručenou dnem doručení na centrálu pojistitele. *(vyplňte hůlkovým písmem)*

Identifikace partnera (HR) | Identifikace poradce | Registrační číslo PPZ u ČNB | tel.

V _____ dne _____ podpis zástupce pojistitele

Upozornění: Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci pojistníka na tiskopise Z1110 (resp. Z1111) v případě změny pojistníka (identifikace nového pojistníka) nebo podání plné moci k zastupování pojistníka (identifikace zmocněnce). Je-li nebo byl-li v posledním roce nový pojistník politicky exponovanou osobou, je nutné ke zmíněným tiskopisům přiložit tiskopis Z0113 Prohlášení pojistníka o politicky exponované osobě.

Výňatek z ujednání speciálních pojistných podmínek

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)
(platí pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR)
Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 80 let.
V případě tzv. **terminálního stadia onemocnění** má pojištěný právo na výplatu zálohy na pojistné plnění (dále jen „záloha“) takovým způsobem, že pojistitel rozdělí 60 % z pojistné částky sjednané pro pojištění pro případ smrti dospělé osoby na 30 %, které vyplatí pojištěnému dítěti, a 70 %, které převede do kapitálové hodnoty smlouvy.
Terminální stadium se vyskytuje u různých onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců od data stanovení prognózy.
Diagnóza onemocnění i prognóza terminálního stadia musí být stanovena příslušným lékařem specialistou (tj. onkologem, kardiologem apod.).
Datem pojistné události je den, kdy bylo terminální stadium daného onemocnění potvrzeno lékařem.
V případě, že pojištěný přežije 12 měsíců ode dne potvrzení terminálního stadia onemocnění, poskytnutá záloha se nevrací.
V případě, že pojištěný zemře, je vyplaceno 30 % aktuální pojistné částky ponížené o již vyplacenou zálohu pojištěnému dítěti a 70 % pojistné částky ponížené o již vyplacenou zálohu se převádí do kapitálové hodnoty smlouvy.
Po vyplacení zálohy za terminální stadium onemocnění již není možné zvyšovat pojistnou částku či prodlužovat dobu trvání pojištění. Pojistné je poté i nadále inkasováno za sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbývající část po odečtení zálohy.
Pojistitel neposkytne zálohu za terminální stadium onemocnění, nastane-li pojistná událost v období:
a) dvou let ode dne počátku tohoto pojištění anebo
b) kratším dvou let před koncem doby trvání pojištění.
V případě, kdy došlo v posledních dvou letech před stanovením prognózy terminálního stadia ke zvýšení pojistné částky pro případ smrti, vyplatí pojistitel příslušné procento z pojistné částky platné před jejím zvýšením. Při následném úmrtí pojištěného bude z aktuální pojistné částky ponížené o již vyplacenou zálohu vyplaceno 30 % pojištěnému dítěti a 70 % bude převedeno do kapitálové hodnoty smlouvy.
Nárok na výplatu pojistného plnění za terminální stadium onemocnění vzniká pouze jednou za celou dobu trvání pojištění, a to za podmínky platnosti tohoto pojištění k datu nahlášení pojistné události.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)
(platí pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR)
Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od dovršených 18 do 65 let, je-li současně sjednáno pojištění pro případ smrti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.
V případě úrazu nebo onemocnění, které nastalo před počátkem pojištění, pojistitel postupuje v souladu s ustanovením čl. 16 bodu 2 VPP. Pojištěný však může být do pojištění přijat s vyloučením konkrétní části těla a/nebo diagnózy a/nebo tělesného orgánu a/nebo systému v rámci pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky.
Výluky jsou stanovovány na celou dobu trvání pojištění.
Byl-li v době trvání pojištění způsoben pojištěnému úraz při dopravní nehodě, pro jehož následky je pojištěný uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a příslušných SPP, nebo je mu přiznán příspěvek na péči z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího v souladu se zákonem o sociálních službách, pojistitel poskytne kromě plnění za pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče navíc i plnění za invaliditu nebo dlouhodobou péči z důvodu úrazu při dopravní nehodě.
Plnění bude poskytnuto ve výši pojistné částky pro pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče, sjednané v pojistné smlouvě ke dni vzniku pojistné události (resp. ke dni vzniku úrazu), maximálně však 1 mil. Kč (platí pro součet konstantní a klesající pojistné částky).

1. Předmět a rozsah pojištění
Předpoklady pro uznání invalidity:
Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu 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 šetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení 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.

2. Pojistná událost
a) Pojistitel poskytne pojistné plnění, dojde-li ke splnění následujících podmínek:
   V případě invalidity (invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně):
   – dospělý pojištěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.
   V případě dlouhodobé péče
   – byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči z důvodu uznání stupně závislosti II a vyššího (dále jen „příspěvek na péči“) v souladu se zákonem o sociálních službách. Pojistitel může poskytnout pojistné plnění i v případě, že pojištěnému nebyl přiznán příspěvek na péči, ale pojištěný není schopen samostatně (tzn. bez pomoci jiné fyzické osoby) dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života (pečovat o vlastní osobu), a to ve stupni závislosti II a vyšším.
b) Další podmínkou pro vyplacení pojistného plnění je, že k uznání invalidity nebo příspěvku na péči dojde v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po jednom roce od počátku pojištění. Splnění podmínky jednoho roku se nevyžaduje, pokud k uznání invalidity nebo příspěvku na péči došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
c) V případě, kdy došlo v posledním roce před uznáním pojištěného invalidním nebo před přiznáním příspěvku na péči, a to z důvodu nemoci, ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, a to výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.
d) Pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ invalidity nebo dlouhodobé péče bude vyplaceno dospělému pojištěnému (pojistníkovi).
   Dospělý pojištěný je povinen na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost.
e) Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, pojištění končí. Ostatní pojištění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.
f) Pojistitel poskytne plnění i za diagnózy F00 – F99 – poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) vyjma diagnóz vzniklých v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

DOPRAVNÍ NEHODA
Dopravní nehodnou se rozumí:
Nehoda na pozemní komunikaci
Událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby v příčinné souvislosti s provozem vozidla v pohybu.
Pojištění nehody na pozemní komunikaci nezahrnuje:
úrazy osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
– úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech (včetně tréninků),
– úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajíždění motorových vozidel apod.,
– úrazy osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery,
– úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, pokud není pro dopravu osob určen.

Drážní nehoda
Především železniční nehody a tramvajové nehody, případně nehody na jiných kolejových drahách (pozemní lanová dráha, metro), při kterých došlo ke srážce nebo vykolejení drážních vozidel v příčinné souvislosti s provozováním drážní dopravy, s následkem smrti či újmy na zdraví.
Do stejného právního režimu spadají i visuté lanové dráhy a také trolejbusová doprava.
Nehoda ve vodní dopravě
Událost, k níž došlo v provozu na vodní cestě, umělém či přírodním jezeře, moři, oceánu, nebo umělých plavebních kanálech a průplavech, a to na vodní hladině nebo pod hladinou, nebo v příčinné souvislosti s provozem. Následkem nehody je újma na zdraví nebo smrt účastníků provozu.
Nehoda v letecké dopravě
Událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrtelnému nebo těžkému zranění kterékoliv osoby následkem přítomnosti v letadle, nebo přímého kontaktu s kteroukoliv částí letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudu plynů (vytvořených letadlem).
V případě, že je letadlo nezvěstné a cestující byli prohlášeni za mrtvé, mají oprávněné osoby nárok na pojistné plnění za nehodu v letecké dopravě.
Pojištění nehody ve vodní, letecké a drážní dopravě nezahrnuje:
– úrazy při účasti lodí nebo letadel na rychlostních nebo vytrvalostních závodech (včetně tréninků na ně),
– úrazy při provádění typových zkoušek všech druhů dopravních prostředků

Pojistitel neposkytne dvojnásobné plnění za dopravní nehodu za případy zranění, které si způsobil sám pojištěný nebo které bylo způsobeno druhou osobou, ani za onemocnění, které nepropuklo v souvislosti s dopravní nehodou. Dále neposkytne pojistitel plnění, jestliže šlo o pasažéra ukrývajícího se mimo prostory normálně používané pro cestující a posádku.

Pojištění dopravní nehody se nevztahuje na úrazy vzniklé při provozování sportů a zájmových činností spadajících do 4. rizikové skupiny.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ OSOBY
(platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST)
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let.
Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

1. Předmět a rozsah pojištění
Pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky se invaliditou rozumí invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek (dále jen „invalidita“).

Předpoklady pro uznání invalidity:
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.

2. Pojistná událost
Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě a současně pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
a) Pojištěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a příslušných SPP.
b) Pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
c) Splnění podmínky dvou let dle písm. b) se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
d) Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
Vyplacením sjednané pojistné částky z pojištění invalidity pojištění zaniká.

POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO
(platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST)
Invaliditou se v případě sjednání pojištění zproštění od placení rozumí invalidita 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a pojistných podmínek.

Podmínky pro uznání invalidity jsou totožné s podmínkami pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky.

PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNÉMU DOSPĚLÉ OSOBY
(platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST)
Od 1. 10. 2012 není možné sjednat připojištění k dennímu odškodnému dospělé osoby.
Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z připojištění k dennímu odškodnému zůstávají v platnosti dle speciálních pojistných podmínek (dále jen SPP).

POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ / VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ DÍTĚTE
(platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST a FLEXI životní pojištění – JUNIOR)
Dítě může vstoupit do pojištění od 0 do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let.

1.A Předmět a rozsah pojištění ***(platí pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR)***
Předmětem pojištění vážných nemocí a úrazů jsou tyto diagnózy:
a) **rakovina (nádorová onemocnění)** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy vč. lymfomu kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřeně a sarkom.
   Nárok na pojistné plnění vznikne i při životně nezbytné transplantaci kostní dřeně, kdy příjemcem kostní dřeně je pojištěné dítě. 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);
   – maligní melanom klasifikace 1A a ostatní typy rakoviny kůže;
   – všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.
   Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
b) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci.
c) **transplantace životně důležitých orgánů** – životně nezbytná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace. 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 transplantaci jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů nebo tzv. kmenových buněk.

d) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie.

e) **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.

f) **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 lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.

g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.

h) **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.

i) **paraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí dolní poloviny těla. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

j) **tetraplegie (kvadruplegie)** – úplné a trvalé ochrnutí všech čtyř končetin. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

k) **hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost.
Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

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 nálezu. 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 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) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění podle těchto SPP se 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.

n) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojištění podle těchto SPP se 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 šesti 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:
– vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek,
– vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
– pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění vážných nemocí a úrazů.
Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
– stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů,
– stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů.

o) **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.
U pacientů ve věku 10–12 let je nutná magnetická rezonance.
Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy ve smyslu této definice odborným lékařem – dětským neurologem.

p) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). O pojistnou událost se nejedná, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře povinných očkování. Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.

q) **klíšťovou meningoencefalitidou** (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
– pojištěné dítě doloží anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
– KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
– pojištěné dítě doloží 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.
Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte. Diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

r) **lymeskou nemocí** se rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
– pojištěné dítě doloží anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
– pojištěné dítě jednoznačně doloží přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR),
– pojištěné dítě doloží přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
– pojištěné dítě bylo řádně dlouhodobě léčeno,
– příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejích 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.
Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte.
Diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.
Podrobná kritéria pro vznik a plnění pojistné události jsou shodná s parametry popsanými v písmeně s) meningitida a t) encefalitida.

s) **meningitida (meningoencefalitida)** – zánět mozkových blan vyvolaný infekční etiologií.
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).
Podmínkou vzniku pojistné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
– pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
– ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
– potřebuje trvalý celodenní dohled,
– je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.
Nedosáhlo-li pojištěné dítě věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
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.
Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž 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.

t) **encefalitida (meningoencefalitida**) – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií.
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.
Podmínkou vzniku pojistné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
– pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
– ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
– potřebuje trvalý celodenní dohled,
– je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.
Nedosáhlo-li pojištěné dítě věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž 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.

u) **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/mm^3 (t.j. 0,5 x 10^9/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm^3 (t.j. 20 x 10^9/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 dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění.
Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.

v) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy.
Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
– pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
– jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
– zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjistitelná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.
Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.

w) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulinu)** – diabetem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.

x) **Crohnova choroba** – závažné zánětlivé onemocnění střev nejasné příčiny. Dg. musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením vycházejícím z výsledků doloženého endoskopického, histologického a laboratorního nálezu. Podmínku tohoto onemocnění splňují pacienti s recidivující fistulující či stenózující formou onemocnění vyžadující opakované střevní resekce. Dále pacienti se závažným malabsorbčním syndromem vyžadující dlouhodobé, minimálně jeden rok trvající podávání parenterální výživy.
Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza gastroenterologem.

y) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zažívacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění

je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

z) **astma bronchiale** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
– trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
– trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
– odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV, ≤ 60 % náležité hodnoty.

aa) **epilepsie** – pro účely pojištění podle těchto se SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:
– více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než šest měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů,
– více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho zákonní zástupci vědomi před počátkem pojištění:
– úraz hlavy,
– zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
– chirurgický zákrok na mozku,
– nádor mozku,
– hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

bb) **revmatická horečka** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi.
Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoli původu před počátkem pojištění. Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
– stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů,
– stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů.

cc) **tetanus** – pro účely pojištění podle těchto SPP se 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 čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.
Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro pojištění vážných nemocí a úrazů.

dd) **významné poškození mozku způsobené úrazem** – Klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.
Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

1.B Předmět a rozsah pojištění
(platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST)

Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny jsou:
- neinvazivní 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.

b) **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.

c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.

e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.

f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

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

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

j) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.

k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
- ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
- potřebuje trvalý celodenní dohled,
- je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.

Nedosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.

l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
- pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
- jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
- zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjistitelná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.

Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.

m) **aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.
Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:
- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm^3 (t.j. 0,5 x10^9/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm^3 (t.j. 20x10^9/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 dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění.
Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.

n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulinu)** – diabetem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.

o) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zažívacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé.
Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

p) **operace srdeční chlopně**
Operací srdeční chlopně se pro účely pojištění podle těchto SPP 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.
Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

r) **získané chronické srdeční onemocnění**
Získaným chronickým srdečním onemocněním se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti 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:
- vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
- vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
- pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění velmi vážných onemocnění.

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

s) **astma bronchialie**
Je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
- odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV, ≤60 % náležité hodnoty.

t) **epilepsie**
Epilepsií se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dní po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dní po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění:
- úraz hlavy,
- zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

u) **revmatická horečka**
Revmatickou horečkou se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoli původu před počátkem pojištění.
Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

v) **tetanus**
Tetanem se pro účely pojištění podle těchto SPP 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 čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.
Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

x) **závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte** – rozumí se závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobená přisátím klíštěte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí 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 přisátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeskou nemocí se rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.
Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přisátí 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 jejích 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.
Podrobná kritéria pro vznik a plnění pojistné události jsou shodná s parametry popsanými v písmeně k) meningitida a encefalitida.

2. Pojistná událost

a) Není-li u vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.
b) Z pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů je pojistitel povinen na základě písemné žádosti vyplatit, pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění / jedné z vážných nemocí, vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků, vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.
c) Dojde-li u pojištěného dítěte k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění / vážných nemocí, které uvádí tento článek, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou.
d) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části pro pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
e) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu přežití pojištěného dítěte alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění / jedné z vážných nemocí uvedených v tomto článku.
f) V pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění / jedné z vážných nemocí u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění.
g) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, případně operace velmi vážného onemocnění / vážné nemoci ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k danému velmi vážnému onemocnění / dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou po jejím zvýšení.
h) Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, pojištění končí.

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ S MOŽNOSTÍ PROGRESIVNÍHO PLNĚNÍ

(platí pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR)

Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení v důsledku úrazu lze sjednat ve variantě bez progrese, nebo s progresí.
Nezbytným léčením se rozumí doba léčení odborným lékařem, který s obvyklou frekvencí realizuje adekvátní a nezbytné úkony a terapii z odborného hlediska nutné ke zlepšení zdravotního stavu.
Se zahrnutím progrese je pojistné plnění vypláceno takto:
- následně od 85. dne léčení úrazu – jako dvojnásobek sjednané pojistné částky,
- následně od 183. dne léčení úrazu – jako trojnásobek sjednané pojistné částky.

Maximální počet dnů za denní odškodné, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.
Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejvážnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO, s výjimkou plnění za polytraumata, kdy pojistitel postupuje dle konkrétního kódu uvedeného v oceňovací tabulce DO.
V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného dítěte (resp. jeho zákonného zástupce) poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc léčení úrazu, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dní, za které má pojištěné dítě nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženy kopie lékařských zpráv dokládajících průběh léčení úrazu. Pojistitel má právo za druhou a každou následnou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému dítěti poplatek (viz platný Přehled poplatků a parametrů produktu (dále jen „PPPP“).
Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění denního odškodného zůstávají v platnosti dle SPP.

PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNÉMU DÍTĚTE

(platí pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR, Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST)

Od 1. 10. 2012 není možné sjednat připojištění k dennímu odškodnému pojištěného dítěte.
Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z připojištění k dennímu odškodnému zůstávají v platnosti dle SPP.

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE DÍTĚTE

(platí pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR)

V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného dítěte (resp. jeho zákonného zástupce) poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc pobytu v nemocnici, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dní, za které má pojištěné dítě nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženo potvrzení lékaře o trvání pobytu v nemocnici z důvodu léčení a důvod hospitalizace. Pojistitel má právo za každou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému dítěti poplatek (viz platný PPPP).
Pojistitel odchylně od SPP poskytne pojistní plnění za léčebný pobyt v lázních, sanatorií, rehabilitačních centrech a léčebnách v případě, kdy pobyt bezprostředně navazuje na hospitalizaci a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů. Maximální počet dnů za následnou rehabilitaci v rámci jedné pojistné události je 14 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
Z pojištění hospitalizace pojistitel vyplatí dvojnásobek pojistné částky za hospitalizaci pojištěného dítěte v doprovodu zákonného zástupce. Dvojnásobné plnění pojistitel vyplatí následně od 15. dne za každý započatý den trvání pobytu zákonného zástupce v nemocnici, a to max. do dovršení 7 let věku dítěte. Pojistitel má právo stanovit max. počet dní, za které bude dvojnásobné plnění vyplaceno (viz platný PPPP).
Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci 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 a zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle SPP.

RIZIKOVÉ SKUPINY

(platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi sjednané od 1. 1. 2005 a pro Investiční životní pojištění FLEXI INVEST)

Pojistitel má právo určit osoby se zvýšeným rizikem v závislosti na vykonávané pracovní, sportovní nebo jiné zájmové činnosti nebo zdravotním stavu.
Vykonává-li dospělý pojištěný povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

1. riziková skupina
Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálnímiriziky úrazu, a povolání s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, prodavač, učitel, úředník). Do této rizikové skupiny se zařazují povolání typu manažer, obchodní zástupce, soukromý podnikatel aj., pokud u vykonávané činnosti převažuje administrativní práce v kanceláři. Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

2. riziková skupina
Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. RS ani 3. RS, včetně vojáků z povolání. Patří sem např. dělník, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Dále sem patří sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

3. riziková skupina
Povolání s velmi vysokým rizikem úrazu (např. hasič, lesní dělník, člen jednotky rychlého nasazení, osoba pracující ve výškách, důlní práce, práce s jedy nebo výbušninami apod.).

4. riziková skupina
Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajíždění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel, plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně nebo za úplatu – hlavní příjem (vyjma profesionálních sportů uvedených ve 2. RS). Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezectví, bungee jumping, potápění s dýchacím přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty), včetně motoristických sportů (motoristickým sportem se rozumí i použití dopravního prostředku na účelové komunikaci nebo jakéhokoliv jiného dopravního prostředku mimo pozemní komunikaci). Dále služba v ozbrojených silách mimo území ČR a veškerá práce a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchylky od VPP, SPP).

Motorové vozidlo je pro účely pojištění považováno za dopravní prostředek pouze při použití na pozemní komunikaci. V případě pojistné události je nutné doložit usnesení policie o dopravní nehodě.

Pojištěný se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti; v rámci povolání není možné se rozhodnout. Konečné rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.
V případě, že dojde k úrazu a pojištěný je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží ke sportovní či jiné zájmové činnosti, při které k úrazu došlo, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno, a pojistného, které bylo placeno.