

podmínky

Pojistné podmínky pro životní pojištění Wüstenrot ProSichr 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013)

Pojistitel je Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s. se sídlem Praha 4, Na Hřebenech II 1718/8, PSČ 140 23, IČO 25720198, zapsána u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696 (dále jen „pojistitel“).

Pojistník je osoba, která uzavřela s pojistitelem smlouvu o životním pojištění Wüstenrot ProSichr, která se řídí těmito Pojistnými podmínkami pro životní pojištění Wüstenrot ProSichr 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013). Dále také jen „pojištění“.

Pojištěný je osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje. V pojištění nesmí být pojistník odlišný od pojištěného.

Oprávněná osoba je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.

Obmyšlený je osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě jeho smrti jako pojištěného.

Není-li některý z účastníků pojištění plně způsobilý k právním úkonům, jedná za něj jeho zákonný zástupce, příp. osoba jinak oprávněná ho zastupovat, taková osoba je povinna na výzvu pojistitele své oprávnění prokázat. Pojistník však nemůže být zastoupen při úkonech dle čl. 1 odst. 1 a 3 a čl. 29 odst. 4.

Článek 1: Uzavření pojistné smlouvy

- Pojistník jako zájemce o uzavření pojistné smlouvy prostřednictvím:
 - internetových stránek pojistitele (nebo pojistitelem určených), nebo
 - telefonického hovoru s operátorem call centra pojistitele (nebo pro pojistitele činného),podá pojistiteli žádost o vyhotovení návrhu na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „žádost“). Pojistitel podle pojistníkem uvedených údajů vyhotovuje návrh na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „návrh“).
- Na základě žádosti zašle pojistitel v nejkratším možném termínu na pojistníkem v žádosti určený e-mail (elektronickou adresu) vyhotovený návrh s instrukcemi k postupu vedoucímu k uzavření pojistné smlouvy (dále jen „instrukce“). Pokud o to pojistník v žádosti požádal, zašle mu pojistitel tento návrh obyčejnou zásilkou prostřednictvím držitele poštovní licence na jeho korespondenční adresu nebo prostřednictvím kurýrní služby. Pojistník je povinen zkontrolovat všechny údaje uvedené v návrhu, zda jsou správné a nadále aktuální (není-li tomu tak, postupuje podle instrukcí).
- Návrh předkládá pojistník písemně tak, aby jej pojistitel obdržel nejpozději do 1 měsíce ode dne podání žádosti. Návrh musí být pojistníkem vlastnoručně podepsán a opatřen datem. Pojistník je povinen odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má i pojistitel vůči pojistníkovi.
- Součástí návrhu jsou dotazníky týkající se zdravotního stavu pojišťované osoby, jí vykonávaného zaměstnání a/nebo zájmové činnosti, případně i jiné pojistitelem vyžádané dotazníky. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojišťované osoby. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byla pojišťovaná osoba léčena či vyšetřována. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pojistitel je také oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného při změně pojistné smlouvy.
- Pojistitel je oprávněn a povinen podmínit uzavření pojistné smlouvy provedením úkonů vyplývajících z existence opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (zákon č. 253/2008 Sb.), zejména provedením tzv. identifikace klienta, která obvykle spočívá v předložení kopií dvou dokladů totožnosti, kopie výpisu z účtu nebo smlouvy o účtu určeného k úhradě prvního pojistného (zálohy na pojistné) a v uhrazení pojistného (zálohy na pojistné) z tohoto účtu. Detailní podmínky a rozsah těchto úkonů stanoví pojistitel v instrukcích. Veškeré podklady musí být přiložené k předkládanému návrhu. Zasilá-li pojistitel návrh prostřednictvím kurýrní služby, provede potřebné úkony zástupce kurýrní služby, k čemuž mu pojistník poskytne nezbytnou součinnost. Neprovedení potřebných úkonů nebo jejich nedostatečné provedení povede pojistitele k odmítnutí návrhu.
- Pojistitel nepřijme návrh, dokud není zaplacená jím požadovaná záloha na pojistné. Tuto podmínku může pojistitel prominout a přijmout návrh i před zaplacením zálohy na pojistné. Neprovedl-li úkony dle předchozího odstavce zástupce kurýrní služby, je možné první pojistné (zálohu na pojistné) uhradit jen převodem z účtu (způsob placení pojistného uvedený v návrhu se pak týká jen následného pojistného); bude-li první pojistné (záloha na pojistné) uhrazeno z jiného účtu, než který je uveden v návrhu, bude platba vrácena na účet plátce a návrh odmítnut.
- Podpisem návrhu dává pojišťovaná osoba (pojištěný) pojistiteli souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním jejího zdravotního stavu a opravňuje dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o jejím zdravotním stavu. Podpisem návrhu uděluje dále pojišťovaná osoba (pojištěný) pojistiteli plnou moc ke všem úkonům nutným v souladu s obecně závaznými právními předpisy nebo s pojistnou smlouvou ke zjišťování správnosti a úplnosti údajů pro řádné uzavření či změnu pojistné smlouvy (pojistitel však není povinen ověřovat všechny údaje jemu předložené), resp. ke zjišťování oprávněnosti nároku na pojistné plnění.
- Skutečnosti, které se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu pojišťované osoby (pojištěného), jakož i další skutečnosti, rozhodné pro uzavření nebo změnu pojistné smlouvy nebo pro přiznání nároku na pojistné plnění, je oprávněn pojistitel použít jen pro svou potřebu pro účely pojištění, jinak jen se souhlasem pojištěného, pokud obecně závazné právní předpisy nestanoví jinak.

9. Lhůta pro přijetí návrhu je 1 měsíc ode dne jeho doručení pojistiteli. Zkoumá-li pojistitel zdravotní stav pojišťované osoby (pojištěného) nikoli pouze na základě zdravotního dotazníku a/nebo k němu pokládá doplňující či upřesňující dotazy, činí tato lhůta 2 měsíce. Lhůta pro přijetí návrhu přitom nemůže uplynout před navrhovaným dnem počátku pojištění.
10. Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem, kdy pojistník obdrží pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Součástí pojistné smlouvy je návrh. Součástí pojistné smlouvy jsou dále tyto pojistné podmínky, případná smluvní ujednání, zdravotní a jiné dotazníky a prohlášení učiněná pojistníkem (i jako pojištěným). Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky a vztahují se na ni příslušná zákonná ustanovení, zejména zákona o pojistné smlouvě a občanského zákoníku.

Článek 2: Začátek pojistné ochrany, pojistná doba

1. Pojištění začíná v 0:00 hod. dne sjednaného jako počátek pojištění, pokud není dohodnuto jinak.
2. Pojistná ochrana začíná nejdříve dnem počátku pojištění, pokud k tomuto dni již bylo vyhotoveno potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojistitelem. Jinak pojistná ochrana začíná až v 0:00 hod. dne následujícího po vyhotovení potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojistitelem, nejdříve však v 0:00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního pojistného v plné výši. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud dojde ke škodné události v době před zaplacením pojistného a/nebo před vyhotovením potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, i když k ní dojde v době po navrhovaném dni počátku pojištění.
3. Zaplatí-li pojistník první pojistné (nebo zálohu na pojistné) v plné výši v době před navrhovaným dnem počátku pojištění, začne pojistná ochrana v omezeném rozsahu v 0:00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního pojistného pojistníkem.
4. Pojistná ochrana podle odst. 3 se vztahuje pouze na:
 - pojištění pro případ smrti ze základního pojištění, dojde-li ke smrti následkem úrazu a za podmínek připojištění smrti úrazem;
 - připojištění invalidního důchodu, je-li pojištěnému přiznána invalidita třetího stupně výhradně následkem úrazu;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků úrazu s doživotní úrazovou rentou;
 - připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;avšak jen tehdy, pokud se jedná o pojistné plnění z pojištění nebo připojištění zahrnutého v návrhu a vždy jen s příslušnou pojistnou částkou takového připojištění uvedenou v návrhu, nejvýše však 500 000 Kč. K úrazu pojištěného musí dojít po okamžiku stanoveném v odst. 3.
5. Pojištění podle odst. 3 a 4 se označuje jako prozatímní pojištění a platí pro něj tyto pojistné podmínky, není-li v tomto článku výslovně uvedeno jinak. Po podpisu návrhu a jeho doručení pojistiteli je tento návrh potvrzením o uzavření prozatímního pojištění za podmínky úhrady prvního pojistného (nebo zálohy na pojistné) podle odst. 3. Prozatímní pojištění končí okamžikem, kdy začíná pojistná ochrana ve smyslu odst. 2. Prozatímní pojištění končí také okamžikem odmítnutí tohoto návrhu pojistitelem, nebo doručením návrhu pojistitele na uzavření smlouvy o životním pojištění pojistníkovi za podmínek odchylných od návrhu pojistníka; doba trvání prozatímního pojištění nemůže nikdy přesáhnout 60 dní.
6. Prozatímní pojištění se nevztahuje na:
 - a) osoby ke dni podpisu nebo podání návrhu závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách;
 - b) osoby ke dni podpisu nebo podání návrhu v pracovní neschopnosti;
 - c) poživatele (současné i minulé) plného invalidního důchodu a/nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění;
 - d) osoby ke dni podpisu nebo podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, úplnou slepotou nebo hluchotou;
 - e) osoby, jejichž trvalé poškození zdraví následkem úrazu podle podmínek připojištění trvalých následků úrazu je vyšší než 70 %.
7. Za prozatímní pojištění se neplatí žádné dodatečné pojistné. Pokud však dojde k pojistné události a pojistitel poskytne pojistné plnění z prozatímního pojištění, pak pojistitel pojistné (nebo zálohu na pojistné) podle odst. 3 nevrátí, toto pojistné (nebo záloha na pojistné) se považuje za pojistné zaplacené za prozatímní pojištění.
8. Pojistnou dobou je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno a která je uvedena v pojistné smlouvě.

Článek 3: Druhy pojištění

1. Základní pojištění je tvořeno jedním z těchto obnosových pojištění (resp. souborem obnosových pojištění):
 - pojištění ProSichr Klasik;
 - pojištění ProSichr Exklusive.
2. V jedné pojistné smlouvě lze současně se základním pojištěním sjednat tato obnosová připojištění:
 - připojištění vážných onemocnění;
 - připojištění invalidního důchodu;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků úrazu s doživotní úrazovou rentou (dále jen „připojištění vážných trvalých následků s rentou“);
 - připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu (dále jen „připojištění tělesného poškození organismu“);
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci;
 - připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - připojištění zproštění od placení pojistného.

Článek 4: Pojistná událost, pojistné nebezpečí

1. Za pojistnou událost se v pojištění ProSichr Klasik, což je pojištění pro případ smrti, považuje smrt pojištěného během trvání pojištění.
2. Za pojistnou událost se v pojištění ProSichr Exklusive, což je pojištění pro případ smrti a pojištění úrazu, považuje smrt pojištěného během trvání pojištění; přiznání invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění během trvání a za podmínek tohoto pojištění; a z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto pojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání a za podmínek tohoto pojištění.
3. Za pojistnou událost se v připojištění vážných onemocnění považuje vážné onemocnění pojištěného, které bylo poprvé zjištěno během trvání tohoto připojištění.
4. Za pojistnou událost se v připojištění invalidního důchodu považuje přiznání invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění během trvání tohoto připojištění.
5. Za pojistnou událost se v připojištění smrti úrazem považuje smrt pojištěného následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění, jehož následkem pojištěný do 1 roku ode dne tohoto úrazu a současně za trvání tohoto připojištění zemře.
6. Za pojistnou událost se v připojištění trvalých následků úrazu považují trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne tohoto úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
7. Za pojistnou událost se v připojištění vážných trvalých následků úrazu s rentou považují trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu se stupněm poškození nejméně 50 %, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne tohoto úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
8. Za pojistnou událost se v připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu považuje tělesné poškození organismu pojištěného během trvání tohoto připojištění.
9. Za pojistnou událost se v připojištění denních dávek při hospitalizaci následkem úrazu považuje z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
10. Za pojistnou událost se v připojištění denních dávek při hospitalizaci následkem nemoci považuje z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného z důvodu léčení nemoci v době trvání tohoto připojištění.
11. Za pojistnou událost se v připojištění denních dávek při pracovní neschopnosti považuje z lékařského hlediska nezbytná pracovní neschopnost pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu (utrpěného v době trvání tohoto připojištění) nebo léčení nemoci v době trvání tohoto připojištění, trvající déle než dohodnutou dobu.
12. Za pojistnou událost se v připojištění zproštění od placení pojistného považuje z lékařského hlediska nezbytná pracovní neschopnost pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu (utrpěného v době trvání tohoto připojištění) nebo léčení nemoci v době trvání tohoto připojištění, trvající déle než 3 měsíce.
13. Pojistnými nebezpečími jsou v pojištění(ch) podle odst. 1 smrt, podle odst. 2 smrt, invalidita třetího stupně a hospitalizace, podle odst. 3 vyjmenované vážné nemoci a operace, podle odst. 4 invalidita třetího stupně, podle odst. 5 smrt, podle odst. 6, 7, a 8 úraz, podle odst. 9 a 10 hospitalizace a podle odst. 11 a 12 pracovní neschopnost.
14. Územní platnost pojištění není omezena, není-li stanoveno jinak.

Článek 5: Nepojistitelné osoby

1. Pojištění nelze uzavřít pro nepojistitelné osoby; na nepojistitelné osoby se pojistná ochrana nevztahuje a jsou z pojištění vyloučeny.
2. Za nepojistitelné osoby se považují:
 - a) osoby ke dni podpisu nebo podání návrhu závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách,
 - b) poživatele (současné i minulé) plného invalidního důchodu a/nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
 - c) osoby ke dni podpisu nebo podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná,
 - d) osoby, které jsou ke dni podpisu nebo podání návrhu v pracovní neschopnosti.
3. V případě, že se pojištění uzavře pro osobu (pojištěného), která je v okamžiku uzavření pojistné smlouvy osobou nepojistitelnou, je pojistná smlouva od počátku neplatná. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi oznámení o tom, že pojistná smlouva je od počátku neplatná a pojištění se tím ruší od počátku. Pojistník a pojistitel jsou povinni si v takovém případě vrátit veškerá plnění, která byla na základě pojistné smlouvy poskytnuta, přičemž pojistitel je oprávněn si od zaplaceného pojistného odečíst náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Obdobné platí též, jde-li o změnu pojištění.

Článek 6: Oprávněné osoby

1. Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno pojistné plnění, nastane-li u něho pojistná událost. V připojištění zproštění od placení pojistného je pojistné plnění poskytováno formou zproštění povinnosti platit pojistné v rozsahu stanoveném těmito pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou.
2. Je-li dohodnuto, že pojistnou událostí je smrt pojištěného (pojistníka), může pojistník určit obmyšleného, a to jménem nebo vztahem k němu. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli.
3. Nebyl-li v době pojistné události pojištěného určen obmyšlený nebo nenabude-li takový obmyšlený práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, nabývají tohoto práva manžel pojištěného nebo partner pojištěného ve smyslu zákona č. 115/2006 Sb., a není-li jich, děti pojištěného.
4. Není-li osob uvedených v odst. 2 a 3, nabývají práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného rodiče pojištěného, a není-li jich, osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně 1 roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z toho důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.
5. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.

Článek 7: Společná ustanovení o pojistném plnění

- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady. V případě smrti pojištěného má tuto povinnost obmyšlený.
- Pojistitel je povinen po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 2. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojistitel je povinen ukončit šetření do 3 měsíců po tom, co mu byla událost podle odst. 1 oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojistitel povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Uvedená lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby nebo pojistníka (pojištěného). Šetření neprobíhá po dobu odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů pojištěného a nemůže být ukončeno dříve, než bude vydáno pravomocné rozhodnutí ve věci v souvislosti s pojistnou událostí orgány činnými v trestním řízení vedeným přípravným řízením nebo trestním stíháním.
- Pokud byly náklady šetření podle odst. 2, vynaložené pojistitelem, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníků pojištění, má pojistitel právo požadovat přiměřenou náhradu na tom, kdo povinnost porušil.
- Náklady spojené s uplatněním nároku na pojistné plnění nese ten, kdo nárok uplatňuje.
- Pojistitel neposkytne pojistné plnění, zejména pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s událostmi, aktivitami či skutečnostmi uvedenými mezi výlukami z pojištění (čl. 20 a 21) a v případě nepojistitelných osob (čl. 5).
- Pojistitel může odmítnout plnění z pojistné smlouvy, jestliže:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů nebo v důsledku nepravdivosti jakéhokoli prohlášení pojistníka (pojištěného) učiněného v souvislosti se sjednáváním nebo změnou pojistné smlouvy, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy nebo její změny tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo
 - oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojistné smlouvy vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.Dnem doručení oznámení o odmítnutí tohoto plnění (celé) pojištění zanikne.
- Při nesprávných údajích o datu narození a/nebo pojištěným vykonávaném zaměstnání a/nebo zájmové činnosti, které vedly ke sjednání pojištění s nižším pojistným (s vyšším pojistným plněním), se pojistné plnění snižuje v poměru pojistného, které bylo zapláceno, k pojistnému, které bylo placeno na základě správných údajů.
- Pojistník (pojištěný) je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, na majetku, na přírodě nebo životním prostředí, případně tak, aby škoda již hrozící nebo její následky byly co nejmenší. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo porušení těchto povinností na rozsah jeho povinnosti plnit.
- K objasnění povinnosti poskytnout pojistné plnění může pojistitel požadovat potřebné doklady a informace a sám provést potřebná šetření. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je pojištěný léčen či vyšetřován. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pokud se pojištěný odmítne podrobit takovému vyšetření a/nebo pokud pojištěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, přerušuje se šetření pojistné události a/nebo pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění.
- Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak.
- Pojistitel může odečíst z pojistného plnění dlužné částky pojistného a/nebo jiné své splatné pohledávky z pojištění (např. poplatky z pojištění), a to i tehdy, plní-li pojistitel oprávněné osobě, která je odlišná od pojistníka. Klesne-li po započtení uvedených pohledávek částka pojistného plnění určená k výplatě pod 50 Kč, není pojistitel povinen tuto částku vyplatit. Pojistitel není rovněž povinen vyplatit případné přeplatky pojistného a výplaty, které nejsou pojistným plněním, do částky 50 Kč.
- Pojistné plnění je splatné v České republice a v měně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel je povinen plnit pouze na bankovní účet vedený v České republice nebo na adresu oprávněné osoby v České republice.
- Pojistitel je povinen, pokud tak stanoví obecně závazný právní předpis, snížit poskytovanou výplatu spojenou s pojištěním o částku stanovenou obecně závazným právním předpisem (nebo vypočtenou podle tohoto předpisu) a určenou podle tohoto obecně závazného právního předpisu k odvedení pojistitelem.
- Pojistné plnění (případně jiná výplata spojená s pojištěním) má charakter pohledávky, kterou lze v souladu s obecně závazným právním předpisem zastavit. Zástavní právo k této pohledávce vznikne uzavřením smlouvy mezi osobou pohledávkou disponující (zástavním dlužníkem) a zástavním věřitelem (např. bankou), pokud v ní není ujednáno jinak. Zástavní právo k pohledávce je vůči pojistiteli (jako dlužníku zastavené pohledávky, tedy poddlužníku) účinné doručením písemného oznámení osoby pohledávkou disponující o něm, nebo tím, že zástavní věřitel pojistiteli prokáže vznik zástavního práva.
- Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- Za úraz se považují též následující události nezávislé na vůli pojištěného:
 - utonutí a tonutí;
 - tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně;

- vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení na končetinách a páteři se nacházejících svalů, šlach, vaziva a pouzder kloubních v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu;
 - nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu.
19. Za úraz se nepovažují: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt, mozková mrtvice, amocce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemoci následkem úrazu; aseptické záněty těhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů malým nepřímým násilím (např. meniskus); porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetětí z vnějšku; ostruha patní kosti; náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének, i když se dostavily jako následky úrazu; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurózy nebo psychoneurózy.
 20. Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
 21. Nastane-li úraz nebo nemoc, je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu vyhledat lékařskou pomoc a pokračovat v léčení až do jeho skončení; dále je povinen dodržovat všechna opatření směřující k odvrácení a zmírnění následků úrazu či nemoci.
 22. Pokud vědomé porušení povinností uvedených v odst. 21 mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu nebo nemoci a povinnosti pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
 23. Na žádost pojistitele je pojištěný po (počátku) pojistné události povinen se podrobit dodatečnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to do 1 měsíce po obdržení výzvy. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí tomuto vyšetření, přerušuje se šetření pojistné události a/nebo pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění.
 24. Osoba, které má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, pokud způsobila pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byla soudem uznána vinnou. Stejně je tomu i v případech, kdy nedošlo k projednání skutku této osoby před soudem anebo jejímu potrestání soudem pro nepřipustnost trestního stíhání z důvodu udělení milosti či vyhlášení amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vynětí této osoby z pravomoci orgánů činných v trestním řízení nebo neudělení souhlasu s takovým řízením příslušným orgánem, pro nedostatek trestní odpovědnosti z důvodu nízkého věku této osoby, v důsledku smrti nebo prohlášení za mrtvého této osoby; v důsledku uplatnění mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána; pro zastavení trestního stíhání z důvodu nepřičetnosti nebo z důvodu bezvýznamnosti trestu, který by mohl být uložen, vzhledem k trestu, který již uložen byl nebo jehož uložení se očekává; pro přerušení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti této osoby nebo těžké či duševní nemoci této osoby, vyhoštění této osoby či předání trestního stíhání do ciziny; dále také v případech podmíněného zastavení trestního stíhání nebo narovnání.
 25. Při smrti pojištěného následkem sebevraždy v době do 3 let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 26 odst. 6, avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení) pojistitel oprávněně osobě pojistné plnění pro případ smrti pojištěného nevyplátí.

Článek 8: Pojištění ProSichr Klasik

1. Pojištění ProSichr Klasik je pojištěním s konstantní pojistnou částkou pro případ smrti.
2. Z pojištění ProSichr Klasik vyplátí pojistitel oprávněně osobě pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti v případě smrti pojištěného během trvání pojištění.

Článek 9: Pojištění ProSichr Exklusiv

1. Pojištění ProSichr Exklusiv je pojištěním s konstantní pojistnou částkou pro případ smrti.
2. Z pojištění ProSichr Exklusiv vyplátí pojistitel oprávněně osobě pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti v případě smrti pojištěného během trvání pojištění.
3. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu utrpěného při dopravní nehodě výhradně na následky tohoto úrazu, ke kterému došlo v době trvání tohoto pojištění, vyplátí pojistitel oprávněně osobě dále také pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ smrti. Pojistné plnění se snižuje o dříve vyplacené pojistné plnění z připojištění trvalých následků úrazu pojištěného, který byl příčinou smrti pojištěného.
4. Je-li pojištěnému po úrazu utrpěném při dopravní nehodě přiznána invalidita třetího stupně výhradně pro následky tohoto úrazu, ke kterému došlo v době trvání tohoto pojištění, vyplátí pojistitel na základě žádosti pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ smrti. Nárok na pojistné plnění podle tohoto odstavce může vzniknout za celou dobu trvání pojištění jen jedenkrát.
5. Je-li pojištěný v důsledku dopravní nehody hospitalizován, vyplátí pojistitel denní dávku ve výši 1/1000 (jedné tisíciny) sjednané pojistné částky pro případ smrti pojištěného za každý den hospitalizace. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí je hospitalizace trvající minimálně 24 hodin. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající v době přerušování pojištění. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s obecně závaznými právními předpisy.
6. Dopravní nehodou se pro účely pojištění ProSichr Exklusiv rozumí dopravní nehoda, na níž se pojištěný podílel jako účastník provozu na pozemních komunikacích a při které mu v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla byl způsoben úraz. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového nebo nemotorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích. Za účastníka provozu na pozemních komunikacích se nepovažuje cyklista a osoba pohybující se na lyžích nebo kolečkových bruslích nebo obdobném sportovním vybavení bez na hlavě nasazené a řádně připevněné ochranné přilby schváleného typu.

Článek 10: Připojištění vážných onemocnění

1. Za vážné nemoci a operace se považují:

Infarkt myokardu – odumření části srdeční svaloviny následkem akutního uzávěru některého úseku koronární tepny. Nárok na pojistné plnění vznikne, pokud jsou splněna všechna čtyři následující kritéria:

- anamnéza typických bolestí na prsou,
- potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu,
- diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších:
Troponin T > 1,0 ng/ml; Accu Tnl > 0,5 ng/ml; nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I,
- ejekční frakce levé srdeční komory méně než 50 %, měřená tři měsíce či déle po události.

Dále musí být dodán důkaz prokazující definitivní akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem.

By-pass – operace na otevřeném srdci, při které je u pacientů s omezujícími anginózními příznaky odstraněno zúžení nebo uzávěr dvou nebo více koronárních tepen, pomocí bypassových implantátů. Pokud je onemocnění léčeno jinými, nechirurgickými metodami jako např. angioplastikou, laserem a jinými neoperativní postupy, je toto onemocnění vyloučeno z pojistné ochrany. Nárok na pojistné plnění je po provedení operace.

Rakovina – zhoubný nádor s nekontrolovatelným invazivním růstem a s tendencí k tvorbě metastáz. Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka $\leq 1,0$ mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stadiu 1, Hodgkinova nemoc ve stadiu 1.

Dále jsou z pojištění tohoto onemocnění vyloučeny nádory vyskytující se současně s nákazou HIV (vir lidského selhání imunity) nebo s kožními nádory – kromě zhoubného melanomu.

Do pojištění tohoto onemocnění jsou zahrnuty leukémie a všechny zhoubné nádory mízního systému, stejně jako všechny recidivy a metastázy nádorů 1. stupně. Nárok na pojistné plnění vzniká po histologickém potvrzení diagnózy a po zařazení onemocnění (s výjimkou leukémie) podle mezinárodní nádorové klasifikace (TNM), popřípadě po zjištění recidiv nebo metastáz.

Cévní mozková příhoda (dále jen „CMP“) – musí být způsobena krvácením do mozku nebo mozkovým infarktem vlivem uzávěru či ruptury mozkových tepen nebo embolií z jiných tělesných orgánů. CMP musí vést k náhlému výskytu trvalých neurologických zánikových jevů.

Symptomy přetrvávající déle než 24 hodin:

- permanentní ztráta motorických a senzorických funkcí nebo ztráta řeči a
- trvalý neurologický deficit.

Neurolog musí předložit nálezy dokládající trvalý neurologický deficit ne dříve než 180 dnů od data výskytu, přičemž pojistnou událost nelze ohlásit dříve. Pojistné události musí být potvrzeny zobrazovacími studii typu CT nebo MRI.

Z pojistné ochrany jsou vyloučeny následující stavy:

- transitorní ischemická ataka;
- incidenty, které jsou důsledkem změn v paměti nebo osobnosti;
- cerebrální symptomy způsobené migrénou;
- cerebrální zranění způsobená traumatem nebo hypoxií;
- ischemická cévní choroba postihující oko, oční nerv nebo vestibulární systém.

Selhání ledvin – trvalé selhání funkce obou ledvin (terminální ledvinná insuficience), vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin.

Nárok na pojistné plnění vzniká po započetí dialyzační léčby nebo po provedení transplantace ledvin.

Transplantace orgánů: srdce, plic, jater, slinivky, jedné ledviny nebo kostní dřeně u pojištěného příjemce orgánu. Transplantací srdce se rozumí i implantace umělého srdce. Nárok na pojistné plnění vzniká po provedení transplantace. Před provedením transplantace vzniká nárok na pojistné plnění, pokud byl pojištěný zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů. Závažným onemocněním není transplantace rohovky, sluchových kůstek, autotransplantace kostní dřeně a transplantace jiných orgánů, neuvedených v první větě tohoto onemocnění.

Roztroušená skleróza – chronické onemocnění centrálního nervového systému s nevratnými typickými neurologickými výpadky a ohnisky, prokázané odpovídajícími snímkovacími vyšetřovacími technikami (CT, MRI), typickým nálezem v mozkomíšním moku a minimálně 2 relapsy. Relapsem se míní náhlý výskyt nových nebo starších příznaků, nebo odpovídající zhoršení současných příznaků. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 12 měsících od výskytu onemocnění. Onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové) nejsou předmětem pojistné ochrany.

Demence včetně Alzheimerovy choroby – demencí včetně Alzheimerovy choroby se rozumí zhoršení nebo ztráta duševní kapacity anebo abnormální chování v důsledku nezvratného globálního selhání funkcí mozku prokázané klinickým stavem a uznávaným standardizovaným dotazníkem nebo testy, a to v důsledku Alzheimerovy choroby nebo nezvratné organické poruchy mozku, s výjimkou neurózy, psychiatrické choroby a jakékoliv poruchy spojené s užíváním alkoholu či drog, jehož důsledkem je podstatné snížení mentálních a společenských funkcí vyžadující stálý dohled. Diagnóza musí být klinicky potvrzena příslušným specialistou a musí splňovat minimálně následující kritéria:

- celková atropie kůry mozkové potvrzená na CT nebo na MRI a
- trvalá neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci nejméně tři z „činností běžného života“, potvrzená a přetrvávající alespoň 180 dnů po datu výskytu.

Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpozději dovršením 60 let věku pojištěného.

Parkinsonova nemoc – pomalu pokračující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, které dospělo do stádia vyžadujícího stálý dozor a pomoc třetí osoby. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy idiopatické Parkinsonovy nemoci neurologem.

Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně, a že onemocnění vykazuje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopností vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami. Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpozději dovršením 60 let věku pojištěného.

Těžké popáleniny – popáleniny třetího stupně na nejméně 20 % povrchu těla. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem.

Kóma – je stav bezvědomí bez reakce na externí stimuly nebo interní potřeby přetrvávající nepřetržitě za použití podpůrného systému životních funkcí po dobu nejméně jednoho měsíce, s následným trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na kóma způsobené alkoholem, drogami nebo zneužíváním léků.

Encefalitida – encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové látky (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu.

Ochrnutí – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních končetin nebo obou horních končetin, a to s trvalým úplným přerušением vodivosti míchy v důsledku úrazu nebo nemoci. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 3 měsících od počátku ochrnutí. Závažným onemocněním není ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí a přechodné ochrnutí.

Slepota – akutním onemocněním nebo úrazem získaná úplná a nenávratná ztráta zraku obou očí. Úplnou ztrátou zraku obou očí se míní stav, kdy už není rozpoznatelné světlo a po osvětlení nenásleduje zúžení zornice. Slepota musí být doložena oftalmologickým nálezem. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy oftalmologem.

Hluchota – úplná a nenávratná ztráta sluchu, trvající nejméně 6 měsíců. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy otorinolaryngologem. Nárok na pojistné plnění nevzniká, pokud by použití jakékoli sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plné obnově sluchu.

Ztráta hlasu – úplná a nenávratná ztráta hlasu, trvající nejméně 12 měsíců bez přerušení. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem. Veškeré s psychiatrií související příčiny jsou explicitně z pojistné ochrany vyloučeny. Stav musí být neléčitelný lékařským zákrokem.

Operace srdeční chlopně – pokud je pojištěnému zavedena operační cestou náhrada jedné nebo více srdečních chlopní a chlopně aorty na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Závažným onemocněním není provedení zákroku bez otevření hrudníku (balónková dilatace, laserová operace). Nárok na pojistné plnění je po provedení operace.

Operace aorty – z lékařského hlediska nezbytná operace aorty, spojená s otevřením hrudníku, při níž jsou části torakální a abdominální aorty nahrazeny nebo odstraněny. Závažným onemocněním není provedení zákroku bez otevření hrudníku (angioplastika, balónková dilatace, laserová operace) a zákrok na větvích aorty (např. arteria carotis, ledvinová artérie). Nárok na pojistné plnění je po provedení operace.

Nákaza HIV při pracovní činnosti – nákaza HIV při běžném výkonu povolání, např. píchnutím o jehlu, říznutím nebo jiným intenzivním kontaktem s prokazatelně HIV pozitivním materiálem. Zároveň musí být splněny následující podmínky:

- pojištěný si musí během 24 hodin od kontaktu nechat udělat krevní test, který prokáže nepřítomnost HIV protilátek;
- průkaz HIV a HIV protilátek musí následovat během 4 měsíců po kontaktu dalším krevním testem;
- nákaza musí být prokázána uznávanou laboratoří;
- kontakt musí být nahlášen a onemocnění uznáno jako nemoc z povolání.

Nákaza HIV při transfúzi krve či krevních produktů – podmínkou poskytnutí pojistného plnění je převzetí (nebo určení pravomocným soudním rozhodnutím) plné odpovědnosti za transfúzi výrobcem krevního derivátu, nemocnicí nebo institucí, kde byla transfúze provedena; další podmínkou je, že k transfúzi došlo na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA a Kanady.

Nákaza HIV bude považována za vážnou nemoc jen po dobu, kdy nebude možno získat imunitu proti HIV preventivním očkováním a dokud nebude existovat přípustná forma léčby vedoucí k vyléčení.

2. Z připojištění vážných onemocnění vyplatí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, dojde-li u pojištěného k vážné nemoci nebo operaci podle odst. 1. Pokud pojištěný po podání žádosti o výplatu pojistného plnění zemře, stává se pojistné plnění součástí dědictví.
3. Nárok na pojistné plnění z připojištění vážných onemocnění nevzniká u pojistných událostí, ke kterým dojde do 6 měsíců od počátku připojištění (čekací doba). Čekací doba se uplatní v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 26 odst. 6, avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení.
4. Vznikne-li nárok na pojistné plnění z připojištění vážných onemocnění podle odst. 2, nemůže již vzniknout další nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění. Výplatu tohoto pojistného plnění připojištění zaniká.
5. Vážná nemoc nebo operace musí být pojistiteli neprodleně oznámena a doložena lékařskými nálezy. V oznámení se uvedou okolnosti vážné nemoci nebo operace a adresy zdravotnických zařízení, v nichž byl pojištěný ošetřen. V případě hospitalizace musí být dále pojistiteli předložen doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojištěný hospitalizován, obsahující jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.

Článek 11: Připojištění invalidního důchodu

1. Z připojištění invalidního důchodu začne pojistitel na základě žádosti vyplácet invalidní důchod, pokud byla pojištěnému přiznána, nejdříve po 2 letech trvání tohoto připojištění, invalidita třetího stupně ve smyslu zákona o důchodovém pojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud je pojištěnému přiznána invalidita třetího stupně výhradně následkem úrazu. Nárok na invalidní důchod trvá po dobu života a trvání invalidity třetího stupně pojištěného podle zákona o důchodovém pojištění, nejdéle však do konce pojištění. Čekací doba podle věty první se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 26 odst. 6, avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení.
2. Měsíční výše invalidního důchodu činí 1 % pojistné částky tohoto připojištění.
3. Důchod vyplácí pojistitel v dohodnutých obdobích, a to vždy k prvnímu dni období. Invalidní důchod náleží nejdříve od měsíce následujícího po měsíci, v němž došlo k pojistné události.
4. Pojištěný je na žádost pojistitele povinen se podrobit přezkoumání invalidity třetího stupně u lékaře určeného pojistitelem nebo sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou, a to do 1 měsíce od obdržení výzvy. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí tomuto přezkoumání invalidity třetího stupně nebo nesdělí požadované informace, ztratí tím právo na další výplatu invalidního důchodu.

Článek 12: Připojištění smrti úrazem

1. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, ke kterému došlo v době trvání tohoto připojištění, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti úrazem pojištěného, není-li dále stanoveno jinak.
V případě, že pojištěný zemře v důsledku dopravní nehody, vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistné částky sjednané pro případ smrti úrazem pojištěného, není-li dále stanoveno jinak.
2. Dopravní nehodou se pro účely tohoto připojištění rozumí úraz způsobený pojištěnému jako účastníkovi provozu na pozemních komunikacích v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového nebo nemotorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích.
Za účastníka provozu na pozemních komunikacích se nepovažuje cyklista a osoba pohybující se na lyžích nebo kolečkových bruslích nebo obdobném sportovním vybavení bez na hlavě nasazené a řádně připevněné ochranné přilby schváleného typu.
3. Pojistné plnění se snižuje o dříve vyplacené pojistné plnění z připojištění trvalých následků úrazu pojištěného, který byl příčinou smrti pojištěného.

Článek 13: Připojištění trvalých následků úrazu

1. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, které již nejsou schopny zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných funkcí. Stupněm poškození se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Stupeň poškození v procentech určuje pojistitel. Jednotlivé procentní stupně poškození se sčítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %.
2. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce pro stanovení trvalých následků úrazu v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TNÚ“) pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. Pojistné plnění se odvozuje od procentem určeného stupně poškození a od pojistné částky sjednané pro případ trvalých následků úrazu pojištěného, přičemž je dáno procentem stanoveným v Tabulce pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TNÚ“) z této pojistné částky, které odpovídá pojistitelem pojištěnému určenému stupni poškození podle Tabulky TNÚ. Při stupni poškození menším než 1 % se pojistné plnění neposkytuje, není-li dále stanoveno jinak (odst. 4).
4. V případě jizev způsobených pojištěnému úrazem je pojistné plnění rovno pojistné částce, která je stanovena takto:
 - a) 5 000 Kč v případě jizvy na obličeji a/nebo na krku o délce min. 3 cm, a to za každou takovou jizvu;
 - b) 3 000 Kč v případě jizvy jinak umístěné o délce min. 6 cm, a to za každou takovou jizvu.Nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem, které nemají souvislost s úrazem.
5. V případě, že k trvalým následkům u pojištěného došlo v důsledku dopravní nehody (ve smyslu čl. 12 odst. 2) a stupeň poškození u pojištěného činí nejméně 50 %, vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistného plnění jinak určeného podle čl. 13 odst. 2 a 3, nejvýše však 6 mil. Kč.
6. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
7. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň poškození, poskytne se pojistné plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
8. Základem pro určení stupně poškození je Tabulka TNÚ. Při částečné ztrátě orgánů nebo smyslů, nebo částečné ztrátě funkce orgánů nebo smyslů se pro výpočet pojistného plnění použijí hodnoty vypočítané podílem z hodnot uvedených v Tabulce TNÚ.
9. Nelze-li stanovit stupeň poškození podle Tabulky TNÚ, stanoví pojistitel stupeň poškození z jím zajištěného lékařského posudku s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
10. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí pojistitel stupeň předchozího poškození z dosavadní nemoci nebo vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 8 a 9 a o takto zjištěný rozsah předchozího poškození se sníží konečný stupeň poškození, rozdíl tedy představuje stupeň poškození existující v důsledku úrazu.

11. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, přezkoumá pojistitel stupeň poškození, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po těchto 3 letech není stupeň poškození jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň poškození podle stavu ke konci této lhůty.
12. Zemře-li pojištěný
 - a) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s tímto úrazem, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni poškození, stanovenému pojistitelem. Pojistné plnění se stává součástí dědictví;
 - b) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni poškození, stanovenému pojistitelem. Pojistné plnění se stává součástí dědictví.

Článek 14: Připojištění vážných trvalých následků s rentou

1. Vážnými trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, které již nejsou schopny zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných funkcí. Stupněm poškození se rozumí rozsah vážných trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Stupeň poškození v procentech určuje pojistitel. Jednotlivé procentní stupně poškození se sčítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %.
2. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce TNÚ pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. V případě, že dojde k vážným trvalým následkům úrazu a stupeň poškození u pojištěného činí nejméně 50 %, pojistitel na základě žádosti pojištěného:
 - a) vyplátí pojistnou částku sjednanou pro připojištění vážných trvalých následků s rentou,
 - b) začne pojištěnému vyplácet měsíčně doživotní úrazovou rentu ve výši 1 % pojistné částky sjednané pro připojištění vážných trvalých následků s rentou a připojištění zaniká.
4. Úrazovou rentu pojistitel vyplácí za kalendářní měsíce následující po dni úrazu, vždy do 10. dne měsíce. Výplata úrazové renty končí v měsíci smrti pojištěného nebo v měsíci, kdy pojistitel oznámil pojištěnému, že na základě nového stanovení trvalých následků úrazu poklesl stupeň poškození pod 50 %.
5. Výše úrazové renty podle odst. 3 písm. b) se vždy po každém jednom roce její výplaty zvyšuje o 4 procentní body.
6. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za vážné trvalé následky úrazu s rentou, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
7. Podmínkou výplaty pojistného plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození, poskytne se pojistné plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
8. Základem pro určení stupně poškození je Tabulka TNÚ. Při částečné ztrátě orgánů nebo smyslů, nebo částečné ztrátě funkce orgánů nebo smyslů se pro výpočet pojistného plnění použijí hodnoty vypočítané podílem z hodnot uvedených v Tabulce TNÚ.
9. Nelze-li stanovit stupeň poškození podle Tabulky TNÚ, stanoví pojistitel stupeň poškození z jím zajištěného lékařského posudku s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
10. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí pojistitel stupeň předchozího poškození z dosavadní nemoci nebo vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 8 a 9 a o takto zjištěný rozsah předchozího poškození se sníží konečný stupeň poškození, rozdíl tedy představuje stupeň poškození existující v důsledku úrazu.
11. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, přezkoumá pojistitel stupeň poškození, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po těchto 3 letech není stupeň poškození jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň poškození podle stavu ke konci této lhůty.
12. Zemře-li pojištěný
 - a) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s tímto úrazem, vyplátí pojistitel pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou, stupeň poškození u pojištěného musí činit nejméně 50 %. Pojistné plnění se stává součástí dědictví;
 - b) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu, vyplátí pojistitel pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou, stupeň poškození u pojištěného musí činit nejméně 50 %. Pojistné plnění se stává součástí dědictví.

Článek 15: Připojištění tělesného poškození organismu

1. Tělesným poškozením organismu se rozumí poškození zdraví pojištěného, k němuž došlo následkem úrazu utrpeného v době trvání tohoto připojištění a které je uvedeno v Tabulce pro tělesné poškození organismu v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TPOÚ“).
2. Pojistné plnění se odvozuje od procentem v Tabulce TPOÚ pro tělesné poškození organismu pojištěného určeného stupně poškození a od pojistné částky sjednané pro případ tělesného poškození organismu pojištěného; je dáno tímto procentem z pojistné částky. Není-li tělesné poškození organismu uvedeno v Tabulce TPOÚ, určí pojistitel výši pojistného plnění podle obdobného tělesného poškození organismu, které je svou povahou a rozsahem přiměřené tělesnému poškození organismu.
3. Je-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození organismu různého charakteru nebo na různých částech těla, stanoví pojistitel výši pojistného plnění součtem procent za jednotlivá tělesná poškození organismu, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %.
4. Je-li několik tělesných poškození organismu způsobených jedním úrazem na jedné části těla léčeno stejným způsobem, plní pojistitel pouze za nejvyšší hodnocené tělesné poškození organismu.
5. Dojde-li v době léčení tělesného poškození organismu k dalšímu úrazu pojištěného, plní pojistitel za tělesné poškození organismu způsobené novým úrazem nezávisle na pojistném plnění za tělesné poškození organismu způsobené předchozím úrazem.

6. Je-li v Tabulce TPOÚ u tělesného poškození organismu uveden určitý požadavek (pracovní neschopnost, sádrová fixace, způsob léčení aj.), je jeho splnění ze strany pojištěného podmínkou pro výplatu pojistného plnění pojistitelem v uvedené výši. Není-li daný požadavek splněn, může pojistitel pojistné plnění snížit, popř. je neposkytne. Podmínky snížení nebo neposkytnutí pojistného plnění jsou uvedeny v Tabulce TPOÚ.

Článek 16: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 den hospitalizace pojištěného následkem úrazu pojištěného utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
2. Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění a která nastala v době trvání tohoto připojištění.
Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí je hospitalizace trvající minimálně 24 hodin.
3. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
4. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající po zániku (tohoto) připojištění nebo v době přerušení připojištění.
5. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s obecně závaznými právními předpisy.

Článek 17: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 den hospitalizace pojištěného následkem nemoci pojištěného.
2. Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci a která nastala v době trvání tohoto připojištění.
Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.
Pojistnou událostí je hospitalizace trvající minimálně 24 hodin.
3. Čekací doba
 - a) Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby.
 - b) Čekací doba činí 3 měsíce, pro případ hospitalizace v souvislosti s porodem nebo těhotenstvím činí 8 měsíců. Začíná běžet ode dne počátku (tohoto) připojištění.
 - c) Čekací doba odpadá při akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení.
4. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak. V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně za dobu 14 dní pro každé těhotenství.
5. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající po zániku (tohoto) připojištění nebo v době přerušení připojištění.
6. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s obecně závaznými právními předpisy.

Článek 18: Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 den pracovní neschopnosti pojištěného. Výši denní dávky určuje při sjednání pojistníka a to tak, aby dosahovala nejvýše ztráty na (denním) výdělku pojištěného během pracovní neschopnosti. Výdělkem se pro účely stanovení max. denní dávky rozumí u zaměstnance 1/30 (jedna třicetina) měsíčního hrubého příjmu, vypočteného jako průměr za poslední 3 celé po sobě jdoucí kalendářní měsíce, u osoby samostatně výdělečně činné 1/365 (jedna třistapětašedesátina) rozdílu mezi příjmy a výdaji, uvedenými v daňovém přiznání za poslední uzavřené zdaňovací období. Pojistník (pojištěný) je odpovědný za to, že výše denní dávky odpovídá jeho výdělku.
2. Pojistitel poskytuje osobám, které jsou v pracovním nebo obdobném poměru a/nebo mají pravidelné příjmy z podnikatelské nebo jiné samostatné výdělečné činnosti, denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem, pokud v jejím důsledku došlo ke ztrátě na výdělku.
3. Připojištění je možno sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem, které mají trvalý pobyt v České republice, a které jsou v pracovním nebo obdobném poměru a/nebo mají pravidelné příjmy z podnikatelské nebo jiné samostatné výdělečné činnosti.
4. Pojistnou událostí se rozumí ošetřujícím lékařem uznaná a potvrzená pracovní neschopnost pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, k nimž došlo v době trvání tohoto připojištění. Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného vzniklá a trvající na území České republiky, příp. pracovní neschopnost (z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu) vzniklá při zahraničním pobytu v zemích Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska a v délce nezbytné hospitalizace pojištěného. Doba nezbytné hospitalizace stanoví pojistitel. Při zahraničním pobytu mimo země Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska se za dobu pracovní neschopnosti denní dávka nevyplácí.
5. Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným a končí dnem:
 - a) kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné,
 - b) kdy byla pracovní neschopnost ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně,
 - c) kdy bylo pojistitelem nebo příslušným orgánem státní správy (příp. zaměstnavatelem) zjištěno porušení léčebného režimu pojištěným, není-li dále stanoveno jinak.
6. Pracovní neschopností se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani nevykonává jakoukoli řídicí nebo kontrolní činnost, za podmínky, že k prvnímu dni přerušení výdělečné činnosti pojištěný takovou činnost skutečně

vykonával. V této souvislosti bylo pojištěnému ošetřujícím lékařem vystaveno potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele (potvrzení o pracovní neschopnosti) a doklad o pracovní neschopnosti podle obecně závazného právního předpisu (doklad o pracovní neschopnosti; pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z veřejného sociálního pojištění). Pracovní neschopnost nemůže nastat (resp. trvat) u osoby vedené v evidenci úřadu práce nebo u osoby čerpající mateřskou, resp. rodičovskou dovolenou. Osoby samostatně výdělečně činné musí doložit potvrzení příslušného orgánu státní správy, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského. Pojistitel je oprávněn v souvislosti s šetřením pojistné události požadovat doložení výše výdělku pojištěného v době vzniku pojistné události. U zaměstnanců se příjem dokládá potvrzením zaměstnavatele o výši hrubých příjmů, u osoby samostatně výdělečně činné kopii daňového přiznání. Pojistitel je také oprávněn stanovit vyšší denní dávky, do které není potřeba dokládat výši výdělku.

7. Pokud je vystavena pracovní neschopnost současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou. Za jednu pojistnou událost se považuje nepřetržitá pracovní neschopnost, bez ohledu na případnou změnu diagnózy (důvodu pracovní neschopnosti) během trvání pracovní neschopnosti. Za jednu pojistnou událost se rovněž považují pracovní neschopnosti v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
8. Stane-li se pojištěný v době trvání tohoto připojištění nezaměstnaným a/nebo ztratí pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, je povinen toto jako zánik pojistného nebezpečí bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli. Neuvede-li pojištěný v písemném oznámení datum zániku pojistného nebezpečí, považuje se za něj den doručení tohoto oznámení pojistiteli. Nesplní-li pojištěný bez vážného důvodu řádně svou oznamovací povinnost, považuje se za datum zániku pojistného nebezpečí den, kdy se o něm pojistitel dozvěděl. Dnem zániku pojistného nebezpečí toto připojištění zaniká.
9. Pojistné plnění se stanoví jako součin sjednané denní dávky a počtu dnů pracovní neschopnosti následujících po v pojistné smlouvě stanoveném dni trvání pracovní neschopnosti. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele a doklad o pracovní neschopnosti podle obecně závazného právního předpisu (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z veřejného sociálního pojištění). V případě opožděného doručení není pojistitel povinen plnit za dny pracovní neschopnosti předcházející dni doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. Pokud je doložený výdělek pojištěného v době vzniku pojistné události nižší než odpovídající původně sjednané denní dávce, vyplatí pojistitel pojistné plnění úměrné výdělku pojištěného v době vzniku pojistné události.
10. Pracovní neschopnost (jedna pojistná událost) může trvat maximálně 365 dnů. Denní dávka není vyplácena za dny pracovní neschopnosti probíhající po zániku (tohoto) připojištění nebo v době přerušení pojištění. V případě pracovní neschopnosti v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně za dobu 14 dní pro každé těhotenství.
11. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu, a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit.
12. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. v nemocnici, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy a v souladu s platnými právními předpisy.
13. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 1 měsíce od předložení posledního potvrzení ošetřujícího lékaře, je pojistitel oprávněn ukončit výplatu pojistného plnění ke dni posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného nebo vyplatit pojistné plnění jen za dobu do dne posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného.
14. Čekací doba
 - a) Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby.
 - b) Čekací doba činí 3 měsíce, pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem nebo těhotenstvím činí 8 měsíců. Začíná běžet ode dne počátku (tohoto) připojištění.
 - c) Čekací doba odpadá při pracovní neschopnosti výhradně následkem úrazu.
15. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
 - a) doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem, dítětem nebo jakoukoliv další osobou blízkou pojištěného;
 - b) doložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti;
 - c) zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a lékařské nálezy. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti se může pojistitel s pojištěným dohodnout na delší lhůtě pro zasílání potvrzení ošetřujícího lékaře;
 - d) oznámit skončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne, kdy nastalo;
 - e) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistiteli kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen.

Článek 19: Připojištění zproštění od placení pojistného

1. Pojištěný je jako pojistník zproštěn od placení běžného pojistného při pracovní neschopnosti pojištěného na základě žádosti, a to po dobu pracovní neschopnosti pojištěného následkem úrazu nebo nemoci během trvání tohoto připojištění; to neplatí pro první 3 měsíce po vzniku této pracovní neschopnosti. Nárok na zproštění od placení pojistného nevznikne, pokud k pracovní neschopnosti dojde v době přerušení pojištění pro neplacení pojistného (čl. 25)

2. Pracovní neschopností pro účely zproštění od placení pojistného se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani nevykonává jakoukoli řídicí nebo kontrolní činnost.
3. Za pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného se považuje také:
 - ztráta zraku obou očí;
 - ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše;
 - ztráta obou nohou v kotníku nebo výše.
4. Po uplynutí 3 měsíců pracovní neschopnosti posuzuje pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného lékař určený pojistitelem a o uznání pracovní neschopnosti rozhoduje pojistitel.
5. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného nejpozději 3 měsíce po jejím vzniku, jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení pracovní neschopnosti – ledaže pojištěný svou povinností nemohl z vážných důvodů splnit. Oznámení se podává na tiskopise pojistitele, který vyplňuje pojištěný a ošetřující lékař. Přílohou oznámení je vždy lékařský nález.
6. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného od uznání pracovní neschopnosti pojistitelem. Pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z veřejného sociálního pojištění, je povinen oznámit pojistiteli příp. rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti (ve smyslu veřejného sociálního pojištění) do 5 dnů ode dne, kdy bylo vydáno.
7. Nestanoví-li pojistitel jinak, je pojištěný povinen po vzniku nároku na zproštění od placení pojistného oznamovat a dokládat pracovní neschopnost na formuláři pojistitele vždy nejdéle po 2 týdnech jejího trvání. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti se může pojistitel s pojištěným dohodnout na delší lhůtě pro zaslání potvrzení ošetřujícího lékaře. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen kdykoliv prokázat trvání pracovní neschopnosti a předložit lékařské zprávy (a nálezy) o průběhu léčby, případně je povinen se podrobit přezkoumání pracovní neschopnosti u lékaře určeného pojistitelem; v případě porušení těchto povinností nárok na zproštění od placení pojistného zanikne.
8. Právo na zproštění od placení pojistného není, pokud byla pracovní neschopnost způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti s událostmi uvedenými v čl. 20.

Článek 20: Výluky z pojištění

1. V pojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti s (se):
 - a) přípravou, pokusem nebo spácháním úmyslného trestného činu pojištěného;
 - b) válečnými událostmi a/nebo teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k úrazu, nemoci a/nebo smrti dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - c) vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) úmyslným sebepoškozením včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nedbání léčebných pokynů;
 - e) řízením vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu a/nebo jiných návykových či omamných látek v krvi;
 - f) řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění, nebo která vozidlo použila neoprávněně.
2. V pojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem, nemocí a/nebo smrtí nebo spočívá v úrazu, nemoci a/nebo smrti:
 - a) způsobené přímým nebo nepřímým působením jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k úrazu, nemoci a/nebo smrti došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem nebo nemocí, na které se pojištění vztahuje;
 - b) vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem nebo nemocí, na které se pojištění vztahuje;
 - c) způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, vlivem léků, toxických a omamných látek;
 - d) které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vzteklinu a tetanus);
 - e) které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření;
 - f) které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
3. V pojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti s úrazem vzniklým při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
 - a) při použití leteckých prostředků a při seskoku padákem s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla, jakož i jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla;
 - b) při horolezectví, paraglidingu, bezmotorovém a motorovém sportovním létání, létání v balónech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin, při potápění (od 15 m), speleologii, bungee jumpingu, raftingu, canyoningu, vodních sportech na divoké vodě, pokusech o rekordy apod.;
 - c) při účasti na soutěžích v bojových sportech (karate, taekwondo, box, kickbox, judo apod.), v horské cyklistice a v jezdectví včetně oficiálních přípravných jízd;
 - d) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - e) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletonech, apod. a při oficiálním tréninku k nim;

- f) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu. Profesionálním provozováním sportu se rozumí takové provozování sportu pojištěným, který v přímé či nepřímé souvislosti se sportovní činností pobírá příjem ze závislé činnosti (pracovního poměru) nebo jiný příjem (např. z nezávislé činnosti – OSVČ).

Článek 21: Specifické výluky pro některá připojištění

1. Při pojistné události v připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud tato pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo spočívá v úrazu léčeném nebo utrpěném za některé z těchto podmínek:
 - a) při léčbě alkoholismu, toxikománie a jiných závislostí;
 - b) v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - c) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích;
 - e) při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se pojistné plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
 - f) při hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - g) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu a/nebo jiných návykových či omamných látek;
 - h) při hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče.
2. Při pojistné události v připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud tato pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s nemocí nebo spočívá v nemoci léčené nebo získané za některé z těchto podmínek:
 - a) při léčbě alkoholismu, toxikománie a jiných závislostí;
 - b) v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - c) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích;
 - e) při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se pojistné plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
 - f) při hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - g) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu a/nebo jiných návykových či omamných látek;
 - h) při hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče;
 - i) pro onemocnění páteře, jejich následky a komplikace po dobu 3 let od počátku tohoto připojištění za dobu hospitalizace (hospitalizaci) přesahující 30 dní.
3. Při pojistné události v připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud tato pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí nebo spočívá v úrazu léčeném nebo utrpěném či nemoci léčené nebo získané za některé z těchto podmínek:
 - a) při léčbě alkoholismu, toxikománie a jiných závislostí;
 - b) v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - c) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích;
 - e) pro onemocnění páteře, jejich následky a komplikace po dobu 3 let od počátku tohoto připojištění za dobu pracovní neschopnosti (pracovních neschopností) přesahující 30 dní;
 - f) v souvislosti s umělým přerušением těhotenství výhradně na žádost ženy (bez zdravotních důvodů k němu);
 - g) v období, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství nebo mu vznikl nárok na rodičovský příspěvek a po dobu další mateřské dovolené;
 - h) v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí;
 - i) v souvislosti s porušením léčebného režimu pojištěného;
 - j) následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání podle obecně závazného právního předpisu;
 - k) v důsledku, kdy se pojištěný nezdržuje v místě svého trvalého pobytu s těmito výjimkami:
 - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
 - opustil místo trvalého pobytu se souhlasem ošetřujícího lékaře;
 - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa trvalého pobytu z lékařského hlediska vyloučen.

Článek 22: Snížení pojistného plnění

1. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užíval způsobem předepsaným pojištěným lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
2. Právo snížení pojistného plnění dle odst. 1 může pojistitel využít u:
 - základního pojištění;
 - přípojištění smrti úrazem;
 - přípojištění trvalých následků úrazu;
 - přípojištění vážných trvalých následků s rentou;
 - přípojištění tělesného poškození organismu;
 - přípojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - přípojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - přípojištění zproštění od placení pojistného.

Článek 23: Změna činnosti pojištěného (změna pojistného rizika)

1. Pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojistiteli každou změnu druhu vykonávaného zaměstnání a/nebo zájmové činnosti (společně dále jen „činnost“) uvedené v návrhu (při sjednání pojištění) nebo později pojistiteli oznámené. Za tuto změnu se považuje i nová činnost pojištěného, kterou dříve nevykonával a tedy nebyla v návrhu uvedena ani pojistiteli později oznámena.
2. Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení nižšího pojistného podle sazebníku pojistného platného dne, kdy k této změně došlo, platí toto pojistné od počátku pojistného období, ve kterém se pojistitel o této změně činnosti dozvěděl.
3. Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného dne počátku pojištění nebo jiná skutečnost, která by pojistitele vedla k uzavření (nebo změně) pojistné smlouvy za jiných podmínek, vzniká pojistiteli právo do 1 měsíce ode dne, kdy se o změně činnosti dozvěděl, navrhnout změnu pojistné smlouvy ode dne, kdy ke změně činnosti došlo. Pojistník je povinen se k tomuto návrhu vyjádřit do 1 měsíce ode dne jeho doručení, nebylo-li dohodnuto jinak.
4. Nesouhlasí-li pojistník se změnou pojistné smlouvy nebo nevyjádří-li se k této změně ve lhůtě podle předchozího odstavce, má pojistitel právo pojistnou smlouvu vypovědět, a to ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas pojistníka se změnou pojistné smlouvy, nebo ode dne, kdy uplynula lhůta pro vyjádření pojistníka podle předchozího odstavce. V takovém případě pojistná smlouva zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
5. Jestliže je nová činnost takového charakteru, že by v době uzavření pojistné smlouvy nebo její změny vedla pojistitele k tomu, aby tuto smlouvu vůbec neuzavřel, má pojistitel právo pojistnou smlouvu vypovědět ve lhůtě do 1 měsíce ode dne, kdy se o nové činnosti dozvěděl. V takovém případě pojistná smlouva zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
6. Jestliže pojistitel pojistnou smlouvu ve stanovené lhůtě nevypověděl a ani nepředložil návrh na její změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika, není-li dále stanoveno jinak (odst. 8 až 10). Uvedená výpověď se může týkat i jen části pojistné smlouvy v případě, že základní pojištění a/nebo jednotlivá přípojištění jsou zvýšením pojistného rizika dotčena různě; v těchto případech uplynutím osmidenní výpovědní lhůty zaniká pojistná smlouva jen tehdy, zaniká-li základní pojištění.
7. Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného dne počátku pojištění, poskytuje pojistitel pojištěnému plnou pojistnou ochranu bez zvýšení pojistného po dobu 3 měsíců ode dne změny činnosti, není-li dříve dohodnuta změna pojistné smlouvy (jejíž účinnost již nastala).
8. Dojde-li v období po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného k pojistné události, aniž by v souvislosti s touto změnou činnosti došlo k dohodě o placení vyššího pojistného podle odst. 3, nebo k jiné dohodě o změně pojištění, sníží pojistitel pojistné plnění z této pojistné události v poměru sjednaného pojistného k pojistnému, které by mu náleželo podle sazby platné pro novou činnost v den pojistné události.
9. Stejným způsobem jako v odst. 8 může být sníženo pojistné plnění i v případě, pokud pojistitel při šetření pojistné události dodatečně zjistí, že došlo ke změně činnosti pojištěného, za kterou by se mělo podle sazebníku pojistného platného dne počátku pojištění platit vyšší pojistné, a tato změna nebyla pojištěným oznámena.
10. Pokud pojistitel nenabízí pojistnou ochranu pro novou činnost pojištěného, je oprávněn odmítnout pojistné plnění z pojistných událostí, jež nastaly po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného; odmítnutím pojistného plnění zanikne příslušné přípojištění bez náhrady.

Článek 24: Pojistné

1. Pojistné je úplatou za pojištění. Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Výše pojistného se stanoví podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění a přípojištění s ohledem zejména na zdravotní stav pojištěného, pojištěným vykonávané zaměstnání a/nebo zájmovou činnost, vstupní věk pojištěného, rozsah pojištění, výši pojistných částek a pojistnou dobu. V pojistném je započtena technická úroková míra. Vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojištěného.
3. Pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).
4. Pojistitel má právo upravit nově výši pojistného u přípojištění na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného v případě, že:
 - a) skutečné náklady na pojistná plnění jsou vyšší než pojistitelem kalkulované náklady na pojistná plnění, nebo

- b) se změni obecně závazné právní předpisy, kterými se řídí posuzování invalidity pro účely dávek z veřejného sociálního pojištění (zejm. zákon o důchodovém pojištění).
- Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.
- Pokud pojistník se změnou výše pojistného podle odst. 4 nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl; v tomto případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, nebylo-li dohodnuto jinak. Pojistitel je povinen ve sdělení o nově stanovené výši pojistného pojistníka na tento následek upozornit.
 - Pojistné je splatné prvního dne pojistného období. První den prvního pojistného období je shodný se dnem počátku pojištění. Pokud byla v souvislosti s návrhem složena záloha na pojistné, okamžikem počátku pojištění ji pojistitel považuje za pojistné.
 - Pojistitel je oprávněn ze zaplaceného pojistného (nebo zálohy na pojistné) uhrazovat své pohledávky na pojistném (nebo jině) v pořadí, v jakém vznikly.
 - Přepjatky pojistného použije pojistitel na úhradu pojistného za další pojistná období, nepožádá-li pojistník o jejich vrácení.
 - Pokud pojistné nebylo zapláceno řádně (tj. zejména včas nebo ve sjednané výši), má pojistitel právo na zákonný úrok z prodlení. Řádně zaplaceným pojistným se rozumí pojistné, které bylo připsáno na pojistitelem určený účet, a to ve výši, měně a lhůtě stanovených v pojistné smlouvě, resp. v upomínce k zaplacení pojistného, a s identifikací platby (zejména variabilního symbolu) stanovenou pojistitelem. Pojistitel může dále stanovit, v jakých případech je možné uhradit pojistné jiným způsobem.
 - Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkovi; nestanoví-li zákon nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta nesmí být kratší než 1 měsíc a upomínka musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného.
 - Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění (s výjimkou doby přerušeni pojištění).
 - Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění také od zástavního věřitele pojistníka a oprávněné osoby.

Článek 25: Přerušeni pojištění pro neplaceni pojistného

- Pokud pojistné nebylo zapláceno do 6 měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se uplynutím této lhůty přeruší, nestanoví-li tyto pojistné podmínky jinak.
- Za dobu přerušeni pojištění netrvá povinnost platit pojistné a není právo na pojistné plnění ze škodních událostí, které nastaly v době přerušeni a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby.
- Přerušeni pojištění se obnovuje k prvnímu dni měsíce nejbliže následujícího po zaplacení celého dlužného pojistného a dále pojistného, jehož splatnost má po tomto dni nejdříve nastat, pokud již dříve jinak nezanklo.

Článek 26: Některé případy ukončení a změny pojištění

- Pojistitel nebo pojistník mohou vypovědět pojištění do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručeni výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojistník může vypovědět pojištění ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- Právo na výplatu odkupného není u základního pojištění a u žádného připojištění.
- Pojistník nebo pojistitel mohou vypovědět připojištění ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- Pojistník nebo pojistitel mohou vypovědět připojištění do 3 měsíců ode dne doručeni oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručeni výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím toto připojištění zaniká.
- Změny pojistných částek a pojistného (snížení nejdříve však po 2 letech trvání pojištění) jsou možné vždy k výročnímu dni počátku pojištění, přijetí takových návrhů na změnu pojistné smlouvy je pojistitel oprávněn podmínit zejména tím, že:
 - výše pojistného a pojistných částek neklesnou pod minimální částky vyžadované pojistitelem u nově sjednávaných pojištění;
 - při přezkoumání zdravotního stavu pojištěného a/nebo pojištěným vykonávaného zaměstnání a/nebo zájmové činnosti nevyjdou najevo skutečnosti, které by bránily zvýšení pojistných částek;
 - pojistník předloží doklad o provedení tzv. identifikace klienta (zákon č. 253/2008 Sb.).
- Návrhy podle odst. 6 je nutno doručit pojistiteli nejméně 6 týdnů před výročním dnem počátku pojištění, k němuž má dojít ke změně pojištění.
- Zodpoví-li pojistník (pojištěný) při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy a také v případě nepravdivosti jakéhokoli prohlášení pojistníka (pojištěného) učiněného v souvislosti se sjednáváním nebo změnou pojistné smlouvy.
- Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek podle odst. 8, i pojistník, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednáváného pojištění. Odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojistitele.
- Odstoupení od pojistné smlouvy dle předchozích odstavců musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, že které skutečnosti nebo skutečnosti odstupující své právo od pojistné smlouvy odstoupit odvozuje. Pokud pojistník neodůvodní své odstoupení od pojistné smlouvy ani ve lhůtě písemně k tomu stanovené pojistitelem, považuje se toto odstoupení za neplatné. Lhůta nesmí být kratší 14 dnů. Za den doručeni odstoupení od pojistné smlouvy se u dodatečně odůvodněného odstoupení považuje již den, kdy bylo pojistiteli doručeno neodůvodněné odstoupení od pojistné smlouvy.

11. Odstoupením od pojistné smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného dále odečítají i jednorázové náklady spojené se vznikem pojištění a náklady na správu pojištění zahrnuté v pojistném, případně další dodatečné náklady spojené se vznikem pojištění nebo s odstoupením od pojistné smlouvy. Pojistník, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění.
12. Pojistník a pojistitel se mohou dohodnout na zániku pojištění. V takové dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

Článek 27: Konec pojištění

1. Pojištění zaniká vždy nejpozději poslední den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištěný dožít (nebo se dožil) věku 80 let.
2. Při zániku (z jakéhokoli důvodu) základního pojištění zanikají současně vždy také všechna sjednaná připojištění, nezanikla-li dříve.
3. Všechna sjednaná připojištění končí v den sjednaný jako konec pojištění, nejpozději však poslední den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištěný dožít (nebo se dožil) věku 65 let.

Článek 28: Indexace

1. Indexace je automatické zvyšování pojistných částek (a následně pojistného) o dohodnutá procenta (dále jen „indexační procenta“) k výročnímu dni počátku pojištění.
2. Indexační procenta se stanovují dle návrhu pojistníka, jejich určení je možné měnit výhradně k výročnímu dni počátku pojištění, pokud pojistitel obdrží takový návrh pojistníka alespoň 6 týdnů před výročním dnem počátku pojištění. Na změnu indexačních procent není nárok a pojistitel je také oprávněn podmínit jejich zvýšení zejména prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.
3. Indexace se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě, není-li dále stanoveno jinak.
4. Indexace se provádí podle indexačních procent určených pojistníkem v rozpětí stanoveném pojistitelem, a to tak, že z indexací zvýšené pojistné částky pojistitel vypočte zvýšení pojistného podle pojistně matematických metod.
5. Zvýší-li pojistitel pojistné dle odst. 4, je oprávněn zaokrouhlit nově stanovenou výši pojistného na celé jednotky, a to nahoru. V případě, že pojistník má pro placení pojistného sjednáno jiné než měsíční pojistné období, je pojistitel oprávněn zvýšit pojistné určené dle odst. 4 a zaokrouhlené dle předchozí věty tak, aby toto bylo nejbližším vyšším násobkem čísla, které je rovno počtu měsíců sjednaného pojistného období.
6. Pojistník obdrží sdělení o nové výši pojistného a pojistných částek nejméně 1 měsíc před výročním dnem počátku pojištění. Pokud pojistitel před tímto dnem obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše pojistného a pojistné částky, vyhoví této žádosti a indexace není pro ten který rok a výhradně pro něj provedena, nepožaduje-li pojistník výslovně jinak.
7. Provádění indexace je ukončeno vždy, pokud bylo pojištění přerušeno pro neplacení pojistného.
8. Pojistitel je oprávněn stanovit pro základní pojištění a pro jednotlivá připojištění maximální výši pojistných částek, jejímž překročením indexací bude provádění indexace pro to které připojištění (příp. základní pojištění) ukončeno.
9. Bylo-li provádění indexace ukončeno, není možné jej obnovit nebo znovu sjednat.
10. Provádění indexace je přerušeno vždy, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného. Přerušování provádění indexace trvá po dobu nároku na zproštění od placení pojistného. Indexace se obnovuje k nejbližšímu výročnímu dni počátku pojištění, který následuje po ukončení zproštění od placení pojistného.

Článek 29: Forma právních úkonů

1. Pojistná smlouva musí mít písemnou formu, nestanoví-li zákon jinak. Ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, pokud tak stanoví zákon, a dále, jedná-li se o právní úkony týkající se:
 - a) trvání a zániku pojištění;
 - b) změny rozsahu pojištění;
 - c) oznámení pojistitele o výsledku šetření pojistné události.
2. Písemná forma je zachována, je-li právní úkon učiněn elektronickými prostředky, jež umožňují zachycení obsahu právního úkonu a určení osoby, která právní úkon učinila, a podepsán nebo označen způsobem stanoveným zvláštním právním předpisem (zejména ve smyslu zákona č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu, a zákona č. 300/2008 Sb., o elektronických úkonech a autorizované konverzi dokumentů).
3. Písemnou formu nemusí mít oznámení účastníka pojištění týkající se změny příjmení, adresy trvalého bydliště, korespondenční adresy, telefonního čísla a e-mailu (elektronické adresy) uvedených v pojistné smlouvě (resp. návrhu) a odpověď pojistitele na žádost (čl. 1 odst. 2). Pojistitel je oprávněn stanovit další právní úkony, u kterých nebude nutné dodržet písemnou formu.
4. Právní úkony, které nemusí mít písemnou formu, musí být učiněny prostřednictvím internetové aplikace pojistitele, do které je účastníkovi pojištění umožněn přístup prostřednictvím pojistitelem přidělených jedinečných a důvěrných autentizačních prvků. O umožnění přístupu rozhoduje pojistitel. Účastník pojištění je odpovědný za ochranu přidělených autentizačních prvků a pojistitel neodpovídá za ztráty a škody způsobené jejich zneužitím. Právní úkony učiněné prostřednictvím internetové aplikace pojistitele musí být, vyžádá-li si to pojistitel, dodatečně doplněny písemnou formou, a to ve lhůtě pojistitelem určené, jejímž marným uplynutím není pojistitel povinen k tomu kterému právnímu úkonu přihlížet.
5. Pojistitel je oprávněn stanovit, že bez ohledu na jeho formu ten který právní úkon týkající se pojištění musí být učiněn prostřednictvím jím vytvořeného a k tomu určeného formuláře.
6. V záležitostech pojištění, zejména v souvislosti s jeho správou a šetřením pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění prostředky elektronické komunikace (např. telefon, SMS, e-mail, fax, datová schránka), pokud není dohodnuto jinak. Každý z ostatních

účastníků pojištění je povinen neprodleně pojistiteli oznámit změnu kontaktních údajů poskytnutých mu za účelem vzájemné komunikace. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným mu obecně závaznými právními předpisy a charakteru sdělovaných informací.

7. Bez ohledu na formu se veškerá sdělení, oznámení, žádosti či návrhy týkající se pojištění podávají v českém jazyce. Veškeré předkládané doklady v jiném než českém jazyce musejí být úředně přeloženy do českého jazyka (to neplatí pro podklady ve slovenském jazyce).
8. Vzhledem zejména ke specifikům uzavírání pojistných smluv formou obchodu na dálku, jakož i správě pojistných smluv, kdy není obvykle možné dokumentovat všechny operace jinou formou, než zvukovým záznamem, jakož i s ohledem na potřebu jednoznačného určení osoby odpovědné za škodu, jež by té které smluvní straně v souvislosti takovými operacemi eventuálně vznikla, souhlasí pojistník (pojištěný) s tím, že z veškeré komunikace s call centrem pojistitele (nebo pro něj činného) může být pořizován zvukový záznam a že takový záznam může být použitý jako důkazní prostředek. Na pořizování záznamu bude pojistitel i tak předem upozorňovat. Síť elektronických komunikací (veřejné telefonní linky, linky mobilních sítí, e-mail a fax) sloužící pro komunikaci mezi pojistitelem a pojistníkem (pojištěným) nejsou pod přímou kontrolou pojistitele, který tudíž neodpovídá za škodu způsobenou jejich případným zneužitím. Taková komunikace je zabezpečena proti zpřístupnění třetím osobám jen tehdy, pokud tak pojistitel výslovně uvede a za podmínky dodržení bezpečnostních pravidel pojistníkem (pojištěným).

Článek 30: Doručování

1. Písemnosti pojistitele určené jinému účastníkovi pojištění (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence na poslední pojistiteli známou korespondenční adresu adresáta v České republice. Pokud adresát přesídí do ciziny, musí pojistiteli sdělit dodací adresu na území České republiky a jméno a příjmení osoby na tomtéž území, kterou zplnomocnil k přijímání zásilek od pojistitele.
2. Adresát je povinen bezodkladně informovat pojistitele o každé změně své korespondenční adresy (adresy jím určené ke komunikaci s ním).
3. Pokud písemnost pojistitele nezastihla adresáta na poslední korespondenční adrese známé pojistiteli, za den doručení se považuje den, kdy se písemnost dostala do dispozice adresáta na této korespondenční adrese, nebo třetí den po uložení písemnosti u držitele poštovní licence, pokud byla písemnost takto uložena, a to i když se adresát o uložení nedozvěděl. Odepře-li adresát písemnost převzít, je písemnost doručena dnem, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
4. Doručování elektronickými prostředky včetně doručování právních úkonů, u kterých není nutné dodržet písemnou formu, se řídí pravidly uvedenými v článku o formě právních úkonů, není-li dohodnuto nebo obecně závaznými právními předpisy stanoveno jinak.

Článek 31: Účinnost

Tyto pojistné podmínky se vztahují na pojištění sjednaná pojistitelem od 1. 3. 2013.

Tabulka pro stanovení trvalých následků úrazu (Tabulka TNÚ)

Stupeň poškození při úplné ztrátě orgánu nebo úplné ztrátě funkce	
Jedné horní končetiny od ramenního kloubu	70 %
Jedné horní končetiny do výše nad loket	65 %
Jedné horní končetiny do výše pod loket nebo jedné ruky	60 %
Jednoho palce ruky	20 %
Jednoho ukazováku	10 %
Jednoho jiného prstu u ruky	5 %
Jedné dolní končetiny až do výše nad polovinu stehna	70 %
Jedné dolní končetiny až do výše poloviny stehna	60 %
Jedné dolní končetiny do poloviny lýtky nebo jednoho chodidla	50 %
Jednoho palce u nohy	5 %
Jednoho jiného prstu u nohy	2 %
Zraku obou očí	100 %
Zraku jednoho oka	35 %
Sluchu obou uší	60 %
Sluchu jednoho ucha	15 %
Smyslu čichového	10 %
Smyslu chuťového	5 %
Jedné ledviny	20%
Obou ledvin	50%
Sleziny	15%
Jednoho zubu (kromě mléčného zubu)	1%

Uvedené hodnoty jsou maximálním procentuálním ohodnocením stupně poškození při úplné ztrátě orgánu nebo úplné ztrátě funkce. Při výpočtu pojistného plnění se vychází ze sjednané pojistné částky.

Tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním (Tabulka TNÚP)

Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění	Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění	Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění	Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění
1	1%	26	26%	51	71%	76	191%
2	2%	27	27%	52	73%	77	199%
3	3%	28	28%	53	76%	78	207%
4	4%	29	29%	54	80%	79	216%
5	5%	30	31%	55	83%	80	224%
6	6%	31	32%	56	86%	81	234%
7	7%	32	33%	57	90%	82	243%
8	8%	33	34%	58	93%	83	253%
9	9%	34	36%	59	97%	84	263%
10	10%	35	37%	60	101%	85	274%
11	11%	36	39%	61	105%	86	285%
12	12%	37	40%	62	109%	87	297%
13	13%	38	42%	63	114%	88	309%
14	14%	39	44%	64	118%	89	321%
15	15%	40	45%	65	123%	90	334%
16	16%	41	47%	66	128%	91	348%
17	17%	42	49%	67	134%	92	362%
18	18%	43	51%	68	139%	93	377%
19	19%	44	53%	69	145%	94	392%
20	20%	45	56%	70	151%	95	408%
21	21%	46	58%	71	157%	96	425%
22	22%	47	60%	72	163%	97	442%
23	23%	48	63%	73	170%	98	460%
24	24%	49	65%	74	177%	99	479%
25	25%	50	68%	75	184%	100	500%

Tabulka pro tělesné poškození organismu (Tabulka TPOÚ)

HLAVA					KRRK					
Skalpice hlavy s kožním defektem			047	komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očnici	10%	088	Poleptání dutiny ústní a celé oblasti krku	7%		
001	částečná	5%	048	komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očnici	6%	089	Proděravění jícnu	7-22%		
002	úplná	14%				090	Perforující poranění hlitanu nebo průdušnice	17%		
003	Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku	2%	049	pohmoždění oka prosté	3%	Zlomenina jazyky nebo chrupavky hrtanu				
004	Pohmoždění obličej	2%	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory			091			léčená konzervativně	8%
005	Vymknutí dolní čelisti (jednostranné i oboustranné)	3%	050	bez komplikací	7%	092	léčená operačně	15%		
006	Podvrtnutí čelistního kloubu	0%	051	komplikované druhotným zvýšením tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	13%	093	Poškození hlasivek následkem úrazu	4%		
007	Zlomenina spodiny lebeční	30%				Pohmoždění oka s natržením duhovky			HRUDNÍK	
Zlomenina klenby lebeční			052	bez komplikací	5%	094	Úrazové roztržení plic (CT vyšetření)	8-18%		
008	bez vpáčení úlomků	7%	053	komplikované zánětem duhovky	10%	095	Úrazové poškození srdce klinicky prokázané	20-100%		
009	s vpáčením úlomků	14%	054	komplikované pourazovým šedým zákalem	9%	096	Úrazové roztržení bránice	22%		
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se položky 007 až 009).			Subluxace čočky			097	Pohmoždění stěny hrudní	1%		
010	Zlomenina okraje očníce	10%	055	bez komplikací	5%	098	Pohmoždění stěny hrudní těžkého stupně (rozsáhlé hematomy a pracovní neschopnost)	3%		
Zlomenina kostí nosních			056	komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	10%	Zlomeniny kostí hrudní				
011	bez posunutí úlomků	3%				099	bez posunutí úlomků	5%		
012	s posunutím úlomků	4%	Luxace čočky			100	s posunutím úlomků	9%		
013	Zlomenina přepážky nosní	3%	057	bez komplikací	8%	Zlomeniny žeber klinicky prokázané				
014	Zlomenina kosti lícní	10%	058	komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	20%	101	jednoho žebra	5%		
Zlomenina dolní čelisti						Krvácení do sklivce a sítnice			102	dvou až pěti žeber
015	bez posunutí úlomků	8%	059	bez komplikací	22%	103	více než pěti žeber	14%		
016	s posunutím úlomků	14%				060	komplikované druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	27%	Dvířková zlomenina žeber (léčená operačně)	
Zlomenina horní čelisti			Rohovkový vřed pourazový						104	dvou až čtyř žeber
017	bez posunutí úlomků	12%	061	Otřes sítnice	3%	105	více než čtyř žeber	14%		
018	s posunutím úlomků	22%	062	Rohovkový vřed pourazový	9%	106	Dvířková zlomenina kosti hrudní (léčená operačně)	18%		
019	Zlomenina násňového výběžku horní nebo dolní čelisti	8%	Popálení nebo poleptání			Pourazový pneumotorax				
020	Zlomenina komplexu kosti jařmové a horní čelisti	14%	063	epitelu rohovky	3%	107	plášťový zavřený	7%		
Sdružené zlomeniny Le Fort			064	rohovkového parenchymu	40%	108	s drenáží	9%		
021	Le Fort I.	14%	065	Povrchní oděrka rohovky	2%	109	Pourazový mediastinální nebo podkožní emfysém	14%		
022	Le Fort II.	22%	066	Odchlípení sítnice vzniklé jako přímý následek poranění oka zjištěný lékařem	16%	110	Pourazový pneumotorax otevřený nebo ventilový	14-50%		
023	Le Fort III.	42%				067	Úrazové poškození zrakového nervu a chiasmatu	20%	Pourazové krvácení do hrudníku	
OKO			068	Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysémem	3%	111	léčené konzervativně	7%		
Tržná nebo řezná rána víčka						069	Zlomení nosních kůstek přerušující slznou cestu	7%	112	léčené operačně
024	chirurgicky ošetřená	3%	070	Poranění oka vyžadující bezprostřední vyšetření oka	16%				BRÍCHO	
025	přerušující slznou cestu	5%				071	Poranění okohybného aparátu s diplopií	10%	113	Pohmoždění stěny břišní
026	popálení kůže víček	5%	UCHO						114	Pohmoždění stěny břišní těžkého stupně (rozsáhlé hematomy a pracovní neschopnost)
Zánět slzného váčku prokazatelný po zranění			072	Pohmoždění boltce s krevním výronem	1%	115	Pohmoždění stěny břišní s operativní revizí při negativním nálezu na orgánech	6%		
027	léčený konzervativně	2%				073	Rozsáhlé krvavé poranění boltce a zvukovodu	7%	116	Rána pronikající do dutiny břišní (bez poranění nitrobřišních orgánů)
028	léčený operačně	7%	074	Traumatické poškození sluchu	5%				117	Roztržení jater léčené operačně
Poleptání (popálení) spojivky			Proděravění bubínku s druhotnou infekcí			118	Zhmoždění sleziny (sonografie)	6%		
029	prvního stupně	2%	075	léčené ambulantně	5%	119	Roztržení sleziny léčené operačně	8%		
030	druhého stupně	3%	076	léčené hospitalizací	7%	Roztržení (rozzhmoždění) slinivky břišní				
031	třetího stupně	3-7%	077	Otřes labyrintu	7%	120	léčené konzervativně	15%		
032	perforace v přechodné řase s krvácením (bez poranění bělimy), rána spojivky chirurgicky ošetřená	2%	ZUBY			121	léčené operačně	22%		
			Ztráta nebo nutná extrakce způsobená úrazem (nikoliv skousnutím)			122	Úrazové proděravění žaludku	8%		
Hluboká rána rohovky bez proděravění			078	za jeden zub	1%	123	Úrazové proděravění dvanáctníku	10%		
033	bez komplikací	4%	079	za dva zuby	2%	Roztržení nebo přetržení tenkého střeva				
034	komplikovaná šedým zákalem pourazovým	8%	080	za tři zuby	3%	124	bez resektce	6%		
035	komplikovaná nitroočním zánětem	9%	081	za čtyři zuby	4%	125	s resekcí	8%		
			082	za pět a více zubů	5%	Roztržení nebo přetržení tlustého střeva				
Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená konzervativně			Úrazové uvolnění závažného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou			126	bez resektce	10%		
036	bez komplikací	5%	Hodnocení se týká pouze zubů I - V. vpravo a vlevo nahoře i dole. Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení části korunky vitálního zubu. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je ohrožení vitality dřeně vyžadující léčení.			127	s resekcí	15%		
037	komplikovaná pourazovým šedým zákalem	8%	083	Vyražení nebo poškození umělých a dočasných zubů	0%	Roztržení nebo přetržení okruží (mesenteria)				
038	komplikovaná nitroočním zánětem	10%	Úrazové uvolnění závažného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou			128	bez resektce	10%		
039	komplikovaná nitroočním tělískem nemagnetickým	10%	084	za jeden zub	1%	129	s resekcí střeva	15%		
			085	za každý další zub	1%	ÚSTROJÍ UROGENITÁLNÍ				
Rána rohovky a bělimy s proděravěním léčená chirurgicky			086	za jeden zub	1%	130	Pohmoždění ledviny s haematurií	5%		
040	bez komplikací	8%	087	za každý další zub	1%	131	Pohmoždění pyje	5%		
041	komplikovaná výhřezem duhovky nebo uskrínutím duhovky	14%	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou			132	Pohmoždění varlat a šourku	5%		
042	komplikovaná šedým zákalem pourazovým	10%	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou			Pohmoždění varlat vedoucí ke ztrátě				
043	komplikovaná nitroočním zánětem	14%	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou			133	jednoho varlete	10%		
044	komplikovaná cizím tělískem nitroočním nemagnetickým	14%	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou			134	obou varlat	14%		
045	komplikovaná cizím tělískem nitroočním magnetickým	10%	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou			135	Pohmoždění zevního genitálu ženy	5%		
			046	bez komplikací	4%					

Roztržení nebo rozdrčení ledviny		178	více než dvou prstů	18%				
136	léčené konzervativně	10%	Úplné přerušení šlach natahovačů		216	Nitroklobuní zlomenina dolního konce kosti pažní léčená konzervativně	8%	
137	léčené operačně	18%						
138	vedoucí k odnětí ledviny	30%	179	jednoho prstu nebo dvou prstů (léčené operačně)	10%			
139	Roztržení močového měchýře	12%	180	více než dvou prstů (léčené operačně)	14%	217	Nitroklobuní zlomenina dolního konce kosti pažní léčená operačně	12%
140	Roztržení močové roury	14%						
PÁTEŘ			181	odtržení dorsální aponeurosy prstu (konzervativní léčení)	7%	218	Zlomenina epikondylu kosti pažní léčená konzervativně	6%
Pohmoždění (kontuze)			182	Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů ruky v zápěstí bez poranění nervu mediálního nebo ulnárního (operační šití)	8%	219	Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní léčená operačně	8%
141	Pohmoždění kraviny krční páteře	1%						
142	Pohmoždění kraviny krční páteře těžkého stupně (fixace a pracovní neschopnost)	3%	183	Natržení svalu nebo šlachy v oblasti ramene (pracovní neschopnost a potvrzené sono vyšetřením)	6%	Zlomeniny kosti loketní		
143	Pohmoždění kraviny hrudní páteře	1%				Zlomenina okovce kosti loketní		
144	Pohmoždění kraviny bederní páteře	1%	184	Úplné přetržení svalu nebo šlachy v oblasti ramene léčené operačně	7%	220	léčená konzervativně	6%
145	Pohmoždění sakrální páteře a kostrče	1%				221	léčená operačně	8%
146	Podvrtnutí (distorze) krční páteře (RTG vyšetření a hospitalizace nebo pracovní neschopnost)	4%	<i>Není-li sono vyšetření provedeno, je nutná diagnostika a ošetření chirurgem či ortopedem.</i>			Zlomenina korunového výběžku kosti loketní		
			Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního			222	léčená konzervativně	6%
Vymknutí (luxace) (potvrzené RTG vyšetřením)			185	léčené konzervativně	4%	223	léčená operačně	8%
147	Vymknutí atlantookcipitální	42%				Zlomenina těla kosti loketní		
148	Vymknutí krční páteře	42%	186	léčené operačně	8%	Zlomeniny kosti vřetenní		
149	Vymknutí hrudní páteře	42%	187	Natržení jiného svalu (závažný fixační ob vaz)	2%	Zlomenina hlavičky nebo krčku kosti vřetenní		
150	Vymknutí bederní páteře	42%				227	neúplná	7%
151	Vymknutí kostrče	7%				228	úplná	10%
Zlomenina (fraktura)			Podvrtnutí (distorze)			Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní		
152	Zlomenina jednoho trnového výběžku	4%	188	Podvrtnutí sklobení mezi klíčkem a lopatkou	2%	229	bez posunutí úlomků	6%
153	Zlomenina více trnových výběžků	6%	189	Podvrtnutí sklobení mezi klíčkem a kostí hrudní	2%	230	s posunutím úlomků	8%
154	Zlomenina jednoho příčného výběžku	4%				190	Podvrtnutí ramenního kloubu	2%
155	Zlomenina více příčných výběžků	6%	191	Podvrtnutí loketního kloubu (podmínkou pro hodnocení je pevná fixace)	2%	231	neúplná	6%
156	Zlomenina kloubního výběžku	8%				232	úplná	10%
157	Zlomenina oblouku	10%	192	Podvrtnutí zápěstí (podmínkou pro hodnocení je pevná fixace)	4%	Ostatní zlomeniny		
158	Zlomenina zubu čepovce (dens epistrophei)	42%				Zlomenina obou kostí předloktí		
Kompresivní zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních se snížením přední části těla			Podvrtnutí základních nebo mezičlánekových kloubů prstů ruky			233	neúplná	10%
159	léčené konzervativně	10%	193	jednoho prstu	2%	234	úplná	14%
160	léčené operačně	15-34%	194	několika prstů	3%	235	Monteggia luxační zlomenina předloktí	20%
Roztržité zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních			Vymknutí (luxace)			Zlomenina kosti člunkové		
161	bez komplikací	60%	<i>Musi být provedeno RTG vyšetření před repozicí kloubu a repozice lékařem, jinak se hodnotí jako distorze (podmínka repozice nemusí být splněna u položky 195.</i>			236	neúplná	8%
162	s transverzální lézí míšni	100%	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní			237	úplná	20%
163	Výhřez meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle (nepřipouští analogické hodnocení)	0%	195	léčené konzervativně	4%	Zlomenina jiné kosti zápěstní než člunkové		
			196	léčené operačně	7%	238	neúplná (sádrová fixace)	5%
PÁNEV			Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou			239	úplná	8%
164	Okrajové abrupce lopaty kosti kyčelní, sedacího hrbolu, raménka stydké kosti, symfýza	6%	197	léčené konzervativně	4%	Zlomenina několika kostí zápěstních		
			198	léčené operačně	9%	241	Luxační zlomenina base první kosti zápěstní (Bennettova)	10%
165	Poranění z předozadní a bočné komprese	18%	Vymknutí kosti pažní (ramene)			242	neúplná	5%
166	Zlomeniny z vertikálního stříhu s lézí SI komplexu	26%	199	léčené konzervativně	7%	243	úplná	6%
			200	léčené operačně	10%	Zlomenina jednoho prstu		
ACETABULUM			<i>Dojde-li k první luxaci ramenního kloubu před počátkem pojistění, za luxace vzniklé v době trvání pojistění neposkytuje pojistitel pojistné plnění.</i>			244	bez posunutí úlomků	7%
167	Zlomenina zadní nebo přední hrany	14%	Vymknutí předloktí (lokte)			245	s posunutím úlomků	10%
168	Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transverzální zlomeniny	18%	201	léčené konzervativně	7%	Zlomenina jednoho prstu		
			202	léčené operačně	8%	246	neúplná	5%
169	Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	22%	Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární)			247	úplná	6%
			203	léčené konzervativně	10%	248	abrupce dorzální aponeurozy	7%
170	Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	26%	204	léčené operačně	20%	Zlomenina článků dvou nebo více prstů		
			Vymknutí zápěstních kostí			249	neúplná	7%
HORNÍ KONČETINA			205	jedné	5%	250	úplná	10%
Pohmoždění (kontuze)			206	několika	8%	<i>Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalů, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifys (epifyseolysy) se hodnotí v rozsahu uvedeném pro neúplné zlomeniny; pokud neúplná zlomenina není uvedena, hodnotí se polovinou z uvedených procent za zlomeninu nebo polovinou z uvedených procent za úplnou zlomeninu bez posunutí úlomků.</i>		
171	Pohmoždění paže	1%	Vymknutí základních nebo druhých a třetích článků			Amputace (snesení)		
172	Pohmoždění předloktí	1%	207	jednoho nebo dvou prstů	6%	251	Exartikulace v ramenním kloubu	30%
173	Pohmoždění ruky	1%	208	tří a více prstů	8%	252	Amputace paže	30%
174	Pohmoždění jednoho či více prstů ruky	1%	Zlomenina (fraktura)			253	Amputace předloktí	30%
			209	Zlomenina lopatky	6%	254	Amputace ruky	30%
175	Pohmoždění kloubu horní končetiny	1%	Zlomenina klíčku			255	Amputace všech prstů	30%
			210	léčená konzervativně	5%	256	Amputace prstu nebo jeho části ve středním nebo proximálním článku s kostí	8%
211	léčená operačně	8%	Zlomeniny kosti pažní					
<i>Tělesná poškození uvedená pod položkou 174 a 175 lze hodnotit analogicky jako podvrtnutí, odpovídá-li způsob léčení podmínkám pro hodnocení podvrtnutí.</i>			212	Zlomenina horního konce kosti pažní léčená konzervativně	5%	257	Amputace části prstu v distálním článku s kostí	6%
Poranění svalů a šlach			213	Zlomenina horního konce kosti pažní léčená operačně	10%			
176	Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce	6%	214	Zlomenina těla kosti pažní	10%	258	Amputace palce nebo jeho části s kostí v proximálním článku (více než polovina prstu)	8%
			215	Zlomenina kosti pažní nad kondyly	7%			
Úplné přerušení šlach ohýbačů (sutura)								
177	jednoho prstu nebo dvou prstů	10%						

259	Amputace části palce s kostí v distální části článku (méně než polovina prstu)	6%	Vymknutí (luxace)			331	Zlomenina kůstek zánártních několika prstů	10%		
			Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je provedení RTG vyšetření před repozicí kloubu lékařem a pracovní neschopnost. Nejsou-li tyto podmínky splněny, plnění se stanoví podle stejných zásad jako u distorze (podmínka repozice nemusí být splněna u položky 286).			Zlomenina článku palce				
DOLNÍ KONČETINA						332	koncového	4%		
Pohmoždění (kontuze)						333	základního	7%		
260	Pohmoždění kyčelního kloubu	1%	285	Vymknutí stehenní kosti v kyčli	10%	334	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce	3%		
261	Pohmoždění kolenního kloubu	1%	286	Traumatické vymknutí česky	8%		335	Zlomenina článků několika prstů nebo několika článků jednoho prstu	5%	
262	Pohmoždění hlezenného kloubu	1%	287	Vymknutí hlezenné kosti	20%	Nejsou-li tělesná poškození podle položky 329 až 335 léčena sádrovou fixací nebo operačně, je nutná pracovní neschopnost alespoň 14 dnů. U položky 332 až 335 se jako analogický způsob ošetření uznává i použití náplastové fixace.				
263	Pohmoždění stehna	1%	288	Vymknutí pod hlezennou kostí	10%					
264	Pohmoždění bérce	1%	289	Vymknutí kosti loďkovité, krychlové nebo kostí klínových	10%					
265	Pohmoždění nohy	1%	290	Vymknutí jedné nebo několika zánártních kostí	8%					
266	Pohmoždění jednoho nebo několika prstů nohy	1%	Vymknutí základních kloubů prstů nohy			Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalu, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifyz (epifyseolysy) poskytuje pojistitel pojistné plnění v rozsahu uvedeném pro neúplně zlomeniny; pokud neúplně zlomenina není uvedena, poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny hodnocení za zlomeninu.				
Tělesná poškození uvedená pod položkou 260, 261, 262 a 266 lze hodnotit analogicky jako podvrtnutí, odpovídá-li způsobu léčení podmínkám pro hodnocení podvrtnutí.			291	jednoho prstu mimo palec	3%					
			292	palce nebo několika prstů	5%					
Poranění svalů a šlach			Vymknutí mezičlánkových kloubů prstů nohy							
267	Natržení většího svalu nebo šlachy	4%	293	jednoho prstu mimo palec	2%	Amputace (snesení)				
Přetržení většího svalu nebo šlachy			294	palce nebo několika prstů	4%					
268	léčené konzervativně (pracovní neschopnost a potvrzené sono vyšetřením)	6%	Zlomenina (fraktura)			336	Exartikulace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	42%		
			Zlomeniny kosti stehenní			295	Zlomenina krčku kosti stehenní	30%		
269	léčené operačně	8%	léčená endoprotézou			296	léčená endoprotézou	20%		
			Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní			337	Amputace bérce	42%		
Není-li u položky 267 a 268 splněna podmínka sono vyšetření, je nutná diagnostika a ošetření chirurgem či ortopedem.			297	léčená konzervativně	22%	338	Amputace nohy	42%		
			298	léčená operačně	26%	339	Amputace palce nohy nebo jeho části s kostí	8%		
270	Natržení Achillovy šlachy (parciální ruptura)	3%	299	Zlomenina velkého chocholíku	6%	Amputace ostatních prstů nohy nebo jejich částí s kostí				
271	Přerušeni Achillovy šlachy řeznou ranou léčené operačně	10%	300	Zlomenina malého chocholíku	6%				340	za každý prst
272	Podvrtnutí kyčelního kloubu	3%	301	Per- a subtrochanterická zlomenina kosti stehenní	42%	PORANĚNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY				
273	Těžká distorze většího kloubu nohy, event. s lézí vazů léčená pevnou fixací	7%	302	Zlomenina těla kosti stehenní	30%	341	Otřes mozku bez hospitalizace	0%		
			303	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly	42%	Otřes mozku s hospitalizací a dobou léčení				
274	Podvrtnutí základního nebo mezičlánkového kloubu palce nohy (pevná fixace)	4%	304	Zlomenina kloubní chrupavky na kondylech kosti stehenní (RTG vyšetření a artroskopie)	10%	342	do 7 dnů včetně	1%		
			305	Traumatická epifyseolysa distálního konce kosti stehenní s posunutím úlomků	40%	343	8 až 14 dnů	2%		
275	Podvrtnutí jednoho nebo několika prstů nohy (pevná fixace)	2%	306	Odlomení kondylu kosti stehenní	14%	344	15 až 21 dnů	3%		
			307	Nitrokloubní komplikovaná zlomenina kosti stehenní	30%	345	22 až 28 dnů	4%		
Natržení nebo přetržení kloubních vazů						346	29 dnů a více	5%		
Není-li u položky 276, 277, 278 a 280 splněna doba přiložení sádrové fixace nebo podmínka provedení operace, hodnotí se polovinou z uvedených procent. Nedosáhne-li doba přiložení sádrové fixace 14 dnů nebo nebude-li přiložena vůbec, hodnotí se podle stejných zásad jako u distorze. Jako analogický způsob ošetření místo sádrové fixace se uznává i použití zinkoklíhu nebo ortézy. Za operaci se považuje plastika nebo sutura vazů, nikoliv diagnostická artroskopie.			308	Zlomenina česky	10%	347	Otřes mozku těžkého stupně s pozitivním nálezem na EEG a hospitalizací alespoň 7 dnů	10%		
			Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní			348			Pohmoždění mozku (hospitalizace)	5-40%
Natření vnitřního nebo zevního postranního vazů kolenního			309	léčená konzervativně	7%	349	Rozdrčení mozkové tkáně	50-100%		
			310	léčená operačně	10%	350	Posttraumatické krvácení do mozku	5-100%		
Natření vnitřního nebo zevního postranního vazů kolenního			Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní			351	Krvácení nitrolební a do kanálu páteřního	5-42%		
			311	jednoho kondylu	14%	352	Otřes míchy (hospitalizace)	10%		
276	léčené konzervativně (sádra alespoň 3 týdny)	6%	312	obou kondylu	20%	353	Pohmoždění míchy	14-20%		
			313	Odlomení drsnatiny kosti holenní	10%	354	Krvácení do míchy	42-100%		
277	Natření zkříženého vazů kolenního prokázané artroskopii (sádra alespoň 4 týdny nebo operace)	6%	314	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenného kloubu)	5%	355	Rozdrčení míchy	100%		
			315	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	20%	356	Pohmoždění motorického nervu s krátkodobou obrnou	5%		
Zlomenina hlezna						357	Poranění motorického nervu s přerušáním vodivých vláken	5-30%		
Přetržení nebo úplné odtržení postranního vazů kolenního prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené			316	Weber A + B léčené konzervativně	9%	358	Přerušeni motorického nervu	5-70%		
278	kozervativně sádrovou alespoň 5 týdnů	10%	317	Weber C+ B léčené operačně	14%	U položky 348 až 358 je nutný neurologický náález. U položky 356 až 358 je podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění pozitivní EMG vyšetření. U položky 348 až 351, 353, 354, 357 a 358 se pojištěnému při výplatě pojistného plnění před skončením léčení poskytne záloha ve výši dolní hranice uvedeného rozpětí. Konečné hodnocení se stanoví ve spolupráci s lékařem z oboru neurologie nebo traumatologie, nejdříve však po 6 měsících od úrazu nebo po ukončení léčení.				
279	operačně (sutura, ASK operace)	10%	318	Zlomenina vnitřního kotníku	9%					
Přetržení nebo úplné odtržení zkříženého vazů kolenního prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené			319	Trimalleolární zlomenina hlezna (zlomenina obou kotníků s odlomením zadní hrany kosti holenní)	20%					
280	konzervativně sádrovou alespoň 5 týdnů	10%	320	Odlomení zadní nebo přední hrany kosti holenní	9%					
281	plastikou vazů	22%	321	Supramalleolární zlomenina bérce, kosti lýtkové nebo tříštvá zlomenina pylonu tibie	30%	OSTATNÍ DRUHY PORANĚNÍ				
282	Natření vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenného léčené sádrovou fixací alespoň 4 týdny	7%	Zlomenina hlezna			Rány				
			322	Zlomenina hrbolu nebo výběžku kosti patní	6%	359	Rána chirurgicky neošetřená	0%		
283	Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenného prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené sádrovou fixací alespoň 4 týdny nebo suturovou vazů	10%	Zlomenina těla kosti patní			360			Rána chirurgicky ošetřená nevyžadující suturu	2%
			323	bez porušení Bohlerova úhlu	10%	Rána chirurgicky ošetřená pouze v obličejové části s výjimkou krku u dětí a mládeže do 18 let s dobou léčení				
			324	s porušením Bohlerova úhlu	18%	361	do 7 dnů včetně	1%		
			325	Zlomenina kosti hlezenné	14%	362	8 až 14 dnů	2%		
			326	Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenné	5%	363	15 až 21 dnů	3%		
			327	Zlomenina kosti krychlové nebo člunkové nebo klínové	9%	364	22 dnů a více	4%		
284	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené operačně (suturovou, částečnou, úplnou nebo ASK menisektomií)	7%	328	Zlomenina několika kostí nártních	14%	Rána chirurgicky ošetřená vyžadující suturu léčená				
			329	Zlomenina kůstek zánártních palce nebo malíku	9%	365	bez komplikací	2%		
330	Zlomenina kůstek zánártních jiného prstu než palce nebo malíku	8%	366	s komplikacemi 15 až 21 dnů	3%					
367	s komplikacemi 22 dnů a více	4%	Ošetření rány leukostehy se považuje za suturu pouze v obličejové části. Na ostatních částech těla pouze u dětí do 10 let.							
368	Plošné abrasy se ztrátou kožního krytu v celé tloušťce od 15 cm ² (ošetření rány lékařem)	2%								

369	Rána chirurgicky ošetřená incizí a drenem	2%	druhého stupně léčené ambulantně v rozsahu		384	nad 1 % do 5 % povrchu těla	12%	
			374	od 10 cm ² do 1 % povrchu těla	5%	385	nad 5% do 10% povrchu těla	13-18%
370	Rána chirurgicky ošetřená vedoucí ke snesení (ablaci) nehtu	2%	375	nad 1 % do 5 % povrchu těla	6%	386	nad 10 % do 15 % povrchu těla	19-26%
			druhého stupně léčené hospitalizací v rozsahu		387	nad 15% do 20% povrchu těla	27-34%	
371	Cizí tělísko chirurgicky odstraněné i neodstraněné	1%	376	nad 5 % do 15 % povrchu těla	7%	388	nad 20 % do 30 % povrchu těla	35-42%
			377	nad 15% do 20% povrchu těla	8%	389	nad 30 % do 40 % povrchu těla	43-68%
Úžeh a úpal			378	nad 20 % do 30 % povrchu těla	9-14%	390	větším než 40 % povrchu těla	69-100%
372	Celkové příznaky (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) léčené hospitalizací v délce minimálně jednoho týdne	5%	379	nad 30 % do 40 % povrchu těla	15-26%	391	Otravy plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů léčené hospitalizací	5%
			380	nad 40 % do 50 % povrchu těla	27-42%			
			381	větším než 50 % povrchu těla	43-100%			
Popálení, poleptání nebo omrzliny			třetího stupně léčené chirurgicky v rozsahu			392	Traumatický šok léčený hospitalizací na JIP	5%
			382	od 6 cm ² do 10 cm ²	4-7%			
373	prvního stupně	0%	383	nad 10 cm ² do 1 % povrchu těla	8-12%			

podmínky

Doplňkové pojistné podmínky pro Úrazové pojištění Děťství 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013)

Článek 1: Úvodní ustanovení

Tyto Doplnkové pojistné podmínky pro Úrazové pojištění Děťství 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013) platí pro pojištění Wüstenrot ProSichr spolu s Pojistnými podmínkami pro životní pojištění Wüstenrot ProSichr 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013), dále jen „PP WPS24“, a pro pojištění Wüstenrot ProBudoucnost spolu s Pojistnými podmínkami pro životní pojištění Wüstenrot ProBudoucnost 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013), dále jen „PP WPB24“; souhrnně PP WPS24 a PP WPB24 dále také jen „pojistné podmínky“.

Článek 2: Úrazové pojištění Děťství

- Pojištěným v Úrazovém pojištění Děťství je každé dítě pojištěného od 6 měsíců jeho věku do okamžiku dosažení věku 18 let, a to za podmínek dále uvedených.
- Za nepojistitelné osoby, na které se pojistná ochrana nevztahuje, se v Úrazovém pojištění Děťství považují také osoby s vrozenou úplnou slepotou nebo hluchotou, úplným a trvalým ochrnutím dvou a více končetin (paraplegie, kvadruplegie, hemiplegie), hydrocephalem, Downovým syndromem, srdeční vadou nebo se spinou bifidou k počátku Úrazového pojištění Děťství toho kterého dítěte. Nepojistitelným osobám pojistné plnění nenáleží. Zjistí-li pojistitel při šetření pojistné události, že osoba uplatňující nárok na pojistné plnění je (resp. byla) nepojistitelnou osobou, zašle jí oznámení o tom, že pojištění její osoby je od počátku neplatné a od počátku se ruší. V takovém případě je tato osoba povinná vrátit veškerá plnění, která jí byla z Úrazového pojištění Děťství poskytnuta.
- Pojistnou událostí se v:
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci;(připojištění uvedená pod písm. a) až d) výše dále také jen „připojištění“), rozumí také ta která skutečnost popsána v těch kterých pojistných podmínkách, pokud k ní dojde u dítěte pojištěného, pro kterého je to které připojištění v okamžiku pojistné události dítěte pojištěného sjednáno a účinné.
- Pojistná částka dítěte pojištěného odpovídá jedné třetině (1/3) pojistné částky pojištěného v tom kterém připojištění, v připojištěních uvedených v čl. 2 odst. 3 písm. a) a b) těchto doplňkových pojistných podmínek však nejvýše 150 000 Kč a v připojištěních uvedených v čl. 2 odst. 3 písm. c) a d) těchto doplňkových pojistných podmínek pak nejvýše 150 Kč. Úrazové pojištění Děťství je pojištěním obnosovým.
- V Úrazovém pojištění Děťství nevzniká nárok na pojistné plnění také, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí nebo spočívá v úrazu léčeném nebo utrpěném či nemoci léčené nebo získané za některé z těchto podmínek:
 - v souvislosti se zanedbáním péče o dítě pojištěného;
 - při hospitalizaci dítěte pojištěného pro vrozené vady nebo poruchy (pokud nezpůsobují nepojistitelnost dle čl. 2 odst. 2), i když se projeví až po počátku Úrazového pojištění Děťství.
- Prozatímní pojištění se na dítě pojištěného nevztahuje.
- Za Úrazové pojištění Děťství se neplatí žádné dodatečné pojistné.
- Zahájení šetření pojistné události dítěte pojištěného je podmíněno tím, že kromě oznámení této pojistné události bude pojistiteli předložením úředního dokladu prokázáno, že se jedná o dítě pojištěného, a současně bude pojistiteli udělen platný souhlas se zpracováním osobních údajů (včetně údajů citlivých) dítěte pojištěného, souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dítěte pojištěného a plná moc ke všem úkonům nutným v souladu s obecně závaznými právními předpisy nebo s pojistnou smlouvou ke zjišťování správnosti a úplnosti údajů pro řádné šetření pojistné události, resp. ke zjišťování oprávněnosti nároku na pojistné plnění.
- Přerušení pojištění pro neplacení pojistného a v pojištění Wüstenrot ProBudoucnost přerušení placení pojistného a jejich důsledky se týkají i dítěte pojištěného (trvá-li však pojistná ochrana pojištěného i v době přerušení placení pojistného, trvá obdobně a za zde uvedených podmínek i pojistná ochrana dítěte pojištěného).
- Pojistník nebo pojistitel mohou vypovědět Úrazové pojištění Děťství mj. do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím Úrazové pojištění Děťství zaniká pro ve výpovědi uvedené dítě pojištěného.
- Při zániku toho kterého připojištění pojištěného (ať už z jakéhokoli důvodu) zaniká i zahrnutí dítěte pojištěného do tohoto připojištění. Při zániku celé pojistné smlouvy zaniká celé Úrazové pojištění Děťství.

Článek 3: Závěrečná ustanovení

1. Ve věcech neupravených těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro Úrazové pojištění Děťství 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013) platí uzavřená pojistná smlouva, resp. ty které pojistné podmínky, příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, a zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.
2. Tyto Doplnkové pojistné podmínky pro Úrazové pojištění Děťství 24 (ve znění platném od 1. 3. 2013) se vztahují na pojištění sjednaná pojistitelem od 1. 3. 2013 a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.