

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ RIZIKOVÉ POJIŠTĚNÍ MAXEFEKT (VPP/902-09)

Článek 1.

Úvodní ustanovení

1. Životní rizikové pojištění MaxEfekt, které sjednává MAXIMA pojišťovna, a. s. (dále jen „pojistitel“), včetně všech případně sjednaných připojištění, se řídí právním řádem České republiky, zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“), těmito pojistnými podmínkami a pojistnou smlouvou.
2. Všeobecné pojistné podmínky pro životní rizikové pojištění MaxEfekt (VPP/902-09) nabývají účinnosti dnem 1. 6. 2019.

OBEČNÁ ČÁST

Článek 2.

Vymezení některých používaných pojmů

1. Pojistitelem se rozumí MAXIMA pojišťovna, a. s., se sídlem Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, IČ 61328464, zapsaná v OR Městského soudu v Praze, oddíl B, vl. 3314.
2. Pojistníkem se rozumí osoba, která uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
3. Obmyšlenou osobou se rozumí osoba určená v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění z pojištění pro případ smrti.
4. Nahodilou skutečností se rozumí skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.
5. Pojistnou dobou se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
6. Pojistným se rozumí úplata za pojištění.
7. Běžným pojistným se rozumí pojistné stanovené za pojistné období.
8. Čekací dobou se rozumí doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.
9. Pojistná částka je částka sjednaná v pojistné smlouvě jako horní hranice pojistného plnění.
10. Úrazem se rozumí poškození zdraví nebo smrt pojištěného, které bylo způsobeno neočekávaným a náhlým působením zevních sil nebo vlastní tělesnou silou nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění.
11. Vstupní věk se stanoví jako rozdíl roku narození pojištěného a roku počátku pojištění.
12. Výroční den je den, který se dnem a měsícem shoduje s datem počátku pojištění. Není-li takový den v příslušném roce, považuje se za výroční den nejbližší předcházející den.
13. Profesionálním sportem se rozumí sportovní činnost vykonávaná na základě smlouvy se sportovní nebo jinou organizací, nebo sportovní činnost, která je převážným zdrojem příjmů osoby.
14. Pojištěný je fyzická osoba uvedená v pojistné smlouvě, na jejíž zdraví se pojištění vztahuje.
15. Nemoc je porucha tělesného zdraví pojištěného, zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
16. Tabulky jsou Tabulka pro stanovení maximální denní dávky v závislosti na příjmu pojištěného, Tabulka pro oceňování rozsahu trvalých následků, Tabulka maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu, Tabulka pro oceňování tělesného poškození úrazem a jsou zveřejněny na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot.

Článek 3.

Druhy pojištění

1. Pojistnou smlouvou se sjednává pro dospělého pojištěného pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin s pevnou pojistnou částkou (základní pojištění).
2. Současně se základním pojištěním lze pro dospělého pojištěného sjednat tato jednotlivě zvolená připojištění:
 - a) pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin,

- b) pojištění velmi vážných onemocnění,
 - c) pojištění karcinomu in situ,
 - d) pojištění invalidity 3. stupně,
 - e) pojištění invalidity 2. a 3. stupně,
 - f) pojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně,
 - g) pojištění hospitalizace,
 - h) pojištění pracovní neschopnosti,
 - i) pojištění pro případ úrazu, které se sjednává výběrem z těchto variant:
 - I. pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
 - II. pojištění trvalých následků úrazu s progresí,
 - III. pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu s progresí,
 - IV. pojištění tělesného poškození následkem úrazu,
 - V. pojištění pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě,
 - VI. pojištění trvalých následků úrazu při dopravní nehodě,
3. Pro pojištěné děti lze současně se základním pojištěním dospělého sjednat tato jednotlivě zvolená připojištění:
 - a) pojištění pro případ smrti dítěte z jakýchkoliv příčin s pevnou pojistnou částkou,
 - b) pojištění velmi vážných onemocnění dítěte,
 - c) pojištění hospitalizace dítěte,
 - d) pojištění pro případ úrazu dítěte, které se sjednává výběrem z těchto variant:
 - I. pojištění pro případ smrti dítěte následkem úrazu,
 - II. pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu dítěte,
 - III. pojištění trvalých následků úrazu dítěte s progresí.
 4. Všechna pojištění se sjednávají jako obnosová.

Článek 4.

Územní rozsah pojištění

Pojistitel plní za pojistné události, které nastanou na území celého světa, není-li u jednotlivých připojištění uvedeno jinak. Pojistné plnění je ale splatné v České republice a v české méně.

Článek 5.

Vznik a trvání pojištění

1. Pojistná smlouva je uzavřena dnem jejího podpisu smluvními stranami.
2. Pojištění vznikne nejdříve prvního dne měsíce následujícího po uzavření pojistné smlouvy nebo později v den uvedený v pojistné smlouvě. Pojištění pro případ smrti dítěte vzniká pro každé pojištěné dítě nejdříve dnem následujícím po jeho třetích narozeninách.
3. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu vymezenou v pojistné smlouvě. Pojištění končí uplynutím dne před výročním dnem v roce, který je v pojistné smlouvě určen jako konec pojištění.
4. Nezaplacením pojistného se pojištění nepřerušuje.

Článek 6.

Změna pojištění

1. Na základě písemné žádosti pojistníka může být po dohodě smluvních stran provedena změna rozsahu sjednaného pojištění.
2. Podmínkou provedení změny rozsahu sjednaného pojištění je doplacení pojistného do data změny.
3. Dohodne-li se pojistník s pojistitelem na změně rozsahu již sjednaného pojištění (formou dodatku nebo náhrady), pojistitel poskytne plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však od 00,00 hodin dne následujícího po uzavření dohody. Zvýší-li se změnou pojištění pojistná částka nebo rozšíří-li se rozsah sjednaných pojištění, běží stanovené čekací doby, znovu ode dne účinnosti změny pojištění. Nastane-li pojistná událost v této čekací době, pojistitel poskytne pojistné plnění v rozsahu platném před touto změnou.
4. Pojistitel je oprávněn navrhnout změnu pojištění v případech a za podmínek dále upravených v článcích 34 bod 2, 50 bod 5, 57 bod 8, 58 bod 8, 59 bod 4 a 61 bod 9.
5. Pojistitel má právo v případě vzniku rozumné potřeby změny (zejména v návaznosti na vývoj právního prostředí, při změně přístupu příslušného dohledového orgánu, v zájmu zlepšení kvality poskytovaných služeb, v souvislosti s technickým rozvojem, z důvodu podstatné změny tržních podmínek nebo při spuštění nové verze produktu) provést přiměřenou změnu pojistných podmínek a/nebo sazebníku poplatků či Tabulek. Pojistitel v takovém případě doručí písemný návrh nového znění pojistných podmínek pojistníkovi na poslední známou kontaktní adresu; jde-li o změnu sazebníku poplatků či Tabulek zveřejní jejich nové znění na internetových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nového znění pojistných podmínek pojistníkovi a/nebo zveřejněním nového znění sazebníku poplatků či Tabulek a dnem účinnosti této změny

bylo období nejméně dvou měsíců. Pojistník má právo změnu týkající se sjednaného pojištění odmítnout a současně v takovém případě pojistnou smlouvu vypovědět. Výpovědní doba činí jeden měsíc ode dne doručení písemné výpovědi pojišťovně. Nedoručí-li pojistník pojistiteli nejpozději jeden měsíc dní před dnem účinnosti změny písemné sdělení, že změnu odmítá a současně pojistnou smlouvu vypovídat, potvrzuje tím svůj souhlas se změnou pojistných podmínek a/nebo sazebníku poplatků či Tabulek ve znění, v jakém mu bylo pojistitelem navrženo. Týká-li se změna pouze sjednaných připojištění, vztahuje se pak změna a případná výpověď pouze na tato konkrétní připojištění. Ostatní pojištění a připojištění pak zůstávají v platnosti beze změny.

Článek 7. Zánik pojištění

1. Zánikem základního pojištění zanikají všechna připojištění, není-li pro jednotlivá připojištění stanoven dřívější konec. Týká-li se důvod zániku pojištění jen některého připojištění, zaniká jen toto připojištění.
2. Připojištění každého pojištěného dítěte končí uplynutím dne před výročním dnem v roce, ve kterém se pojištěné dítě dožije věku 26 let, není-li v pojistné smlouvě stanoven dřívější konec.
- 2a. Připojištění dětí se sjednává jako jeden celek. Pokud dojde k ukončení připojištění jednoho dítěte z jiného důvodu, než je uveden v odst. 2 tohoto článku (např. výpověď, dohoda), zaniká připojištění pro všechny děti. Pokud bylo sjednáno více typů dětských připojištění a ukončuje se pouze jedno, nemá tento zánik vliv na trvání ostatních připojištění. Všechny pojištěné děti ale musí mít stejný rozsah pojistných nebezpečí a pojistných limitů.
3. Pojištění zaniká z důvodu neplacení pojistného dnem marného uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části doručené pojistníkovi; lhůta uvedená v upomínce nesmí být kratší než jeden měsíc. Upomínka pojistitele musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného.
4. Pojistitel nebo pojistník může vypovědět pojištění do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Výpovědní doba je osmidenní a počíná běžet dnem doručení výpovědi; jejím uplynutím pojištění zaniká.
5. Pojistník může vypovědět pojištění ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před koncem pojistného období. Za stejných podmínek může pojistitel vypovědět jakékoliv připojištění s výjimkou životních pojištění.
6. Pojistník může vypovědět pojištění do třech měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní doba, která činí jeden měsíc; jejím uplynutím pojištění zaniká. Za stejných podmínek může pojistitel vypovědět jakékoliv připojištění s výjimkou životních pojištění.
7. Pojištění zaniká též písemnou dohodou účastníků. Pojištění zanikne dnem uvedeným v dohodě.
8. Pojištění zaniká dnem, kdy došlo k úmrtí pojištěné osoby.
9. Pojistná smlouva zaniká dnem, kdy došlo k úmrtí pojištěné dospělé osoby.
10. Pojištění velmi vážných onemocnění (dospělé osoby či dítěte) zaniká pojistnou událostí z tohoto pojištění.
11. Pojištění karcinomu in situ zaniká pojistnou událostí z toho pojištění nebo zánikem pojištění velmi vážných onemocnění dospělé osoby.
12. Pojištění invalidity 3. stupně zaniká pojistnou událostí z tohoto pojištění nebo dnem, od kterého se pojištěnému přiznává jakýkoliv starobní důchod ve smyslu zákona o důchodovém pojištění.
13. Pojištění invalidity 2. a 3. stupně zaniká pojistnou událostí z tohoto pojištění nebo dnem, od kterého se pojištěnému přiznává jakýkoliv starobní důchod ve smyslu zákona o důchodovém pojištění.
14. Pojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně zaniká pojistnou událostí z tohoto pojištění nebo dnem, od kterého se pojištěnému přiznává jakýkoliv starobní důchod ve smyslu zákona o důchodovém pojištění.
15. Pojištění pro případ pracovní neschopnosti zaniká dnem, od kterého se pojištěnému přiznává jakýkoliv starobní důchod ve smyslu zákona o důchodovém pojištění nebo invalidní důchod.
16. Pojistník může pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou
 - a) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko zakázané v § 2769 občanského zákoníku (porušení zásady rovného zacházení),
 - b) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele, nebo
 - c) do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.
17. Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost poskytnout pravdivá sdělení při uzavření pojistné

smlouvy nebo při jednání o změně smlouvy (§ 2788 občanského zákoníku), má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel. Stejně právo má pojistitel i v případě, odmítne-li pojištěný dát souhlas k vyžádání informací od zdravotnických zařízení nebo odmítne-li se nechat vyšetřit lékařem, kterého určí pojistitel. Toto právo má též pojistník v případě, kdy mu pojistitel při jednání o uzavření smlouvy nebo o změně smlouvy nezpůsobilé pravdivě a úplně na písemně položené dotazy týkající se pojištění. Právo na odstoupení zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení uvedených povinností.

18. Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost stanovenou v § 2789 občanského zákoníku (povinnost informovat zájemce o pojištění o nesrovnalostech mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky).
19. Pojištění rovněž zaniká dnem odmítnutí pojistného plnění. Pojistitel může pojistné plnění odmítnout, byla-li příčinou pojistné události skutečnost,
 - a) o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a
 - b) kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti pojistníka a pojištěného poskytnout pravdivá sdělení při uzavření pojistné smlouvy nebo při změně smlouvy a
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.
20. Pojistitel rovněž může pojistné plnění odmítnout, jestliže od osoby oprávněné k přijetí pojistného plnění obdržel při uplatňování práva na plnění z pojištění či připojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se vzniku a rozsahu pojistné události nebo mu byly podstatné údaje zamlčeny. Pojištění zaniká dnem odmítnutí pojistného plnění.

Článek 8. Smrt pojistníka

Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, který není zároveň pojištěným, vstupuje tímto dnem na jeho místo dospělý pojištěný.

Článek 9. Právní jednání a doručování písemností

1. Pojistná smlouva a všechna právní jednání týkající se pojištění musí mít písemnou formu.
2. Písemnosti týkající se pojištění jsou doručovány:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na korespondenční adresu pojistníka;
 - b) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele;
 - c) elektronicky, podepsané podle zvláštních předpisů.
3. Písemnost pojistitele se považuje za doručenu dnem prokazatelného převzetí zásilky, odepření přijetí zásilky nebo vrácení zásilky jako nedoručitelné, jinak třetí pracovní den po jejím odeslání. Nebyl-li pojistník nebo pojištěný zastížen a písemnost pojistitele byla uložena u doručovatele, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se pojistník nebo pojištěný o uložení nedozvěděl.
4. Změnil-li pojistník nebo pojištěný korespondenční adresu, tuto změnu písemně pojistiteli neoznámil a písemnost pojistitele bude vrácena jako nedoručitelná, považuje se písemnost za doručenu dnem vrácení pojistiteli, i když se pojistník nebo pojištěný o zaslání nedozvěděl.
5. Oznámení o změně korespondenční adresy, telefonu, emailu mohou být doručena z emailové adresy pojistníka uvedené v pojistné smlouvě na adresu info@maxima-as.cz. Pojistník a pojistná smlouva, již/jehož se oznamovaná změna týká, musí být dostatečně identifikován/a. V případě požadavku pojišťovny, je oznamovatel povinen tuto změnu doručit v tištěné a vlastnoručně podepsané formě; oznámení je pak účinné tímto doručením. Pojistitel může stanovit na svých webových stránkách, která všechna oznámení a dokumenty lze doručovat prostřednictvím emailových adres uvedených v první větě tohoto článku.

Článek 10. Pojistné

1. Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojistné na smlouvě se ujednává jako běžné; v pojistné smlouvě jsou dohodnuta pojistná období, za která se platí pojistné - měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční.
3. Pojistné je splatné vždy první den pojistného období, přičemž první pojistné období běží od počátku pojištění.
4. Pojistitel má nárok na pojistné za dobu od počátku do zániku pojištění. Nastala-li pojistná událost a důvod dalšího pojištění tím odpadl, náleží pojistiteli běžné pojistné do konce pojistného období, ve kterém pojistná událost nastala.
5. Pojistné se považuje za uhrazené dnem jeho připsání na účet pojistitele uvedený v pojistné smlouvě.

6. Dluží-li pojistník pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení dluhu, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké pojistné období mělo být pojistné skutečně zaplaceno.
7. Pokud pojistné nebylo zaplaceno včas a ve sjednané výši, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení, náklady spojené s vymáháním tohoto pojistného a smluvní pokutu ve výši 0,2 % z dlužné částky za každý den prodlení, která je splatná dnem uvedeným v upomínce pojistitele.
8. Pojistitel je oprávněn v případě, kdy je skutečný škodní průběh vyšší než ten, na základě kterého byla provedena kalkulace pojistného, přizpůsobit výši pojistného těmto novým skutečnostem.
9. Pojistitel je oprávněn na základě vývoje lékařské vědy a praxe, který má dopad na kalkulaci pojistného u jednotlivých pojištění, přizpůsobit výši pojistného tomuto vývoji.
10. Pojistitel je oprávněn, změní-li se právní úprava, která má dopad na kalkulaci pojistného u pojištění pro případ invalidity nebo pro případ pracovní neschopnosti, přizpůsobit výši pojistného této úpravě.
11. Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného podle odst. 8 až 10 tohoto článku sdělit pojistníkovi nejpozději 2 měsíce před koncem pojistného období. Nesouhlasí-li pojistník s takovou úpravou pojistného, je povinen toto sdělit pojistiteli do 1 měsíce, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. V tom případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplaceno. Jestliže pojistník, jemuž byla změna oznámena, neprojeví se změnou nesouhlas do 1 měsíce ode dne doručení oznámení změny, vyjadřuje tím souhlas s takovou změnou k počátku dne nabytí její účinnosti.

Článek 11.

Zjišťování zdravotního stavu

1. Při uzavírání pojistné smlouvy je pojistník povinen pojistiteli odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného. Totéž platí i v případě, jedná-li se o změnu pojištění. Stejně povinnosti jako pojistník, má i pojištěný.
2. Pojistitel je oprávněn přezkoumat informace, které o svém zdravotním stavu pojištěný uvedl, u zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil. Pojistitel je též oprávněn nechat přezkoumat zdravotní stav pojištěného lékařem, kterého sám určí. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný podpisem pojistné smlouvy. Tento souhlas se týká i šetření zdravotního stavu v souvislosti se změnou pojištění a s uplatněním nároku na pojistné plnění. Pojištěný je povinen podstoupit zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu v rozsahu nezbytném pro uzavření či změnu pojištění a vypořádání nároků z ní plynoucích.
3. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem nebo pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným poskytovatelem zdravotních služeb, kterého pověřil pojistitel. Pojistitel je též oprávněn v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní.
4. Informace, které pojistitel získal o zdravotním stavu pojištěného, jsou důvěrné a mohou být využívány pouze pro potřeby plnění práv a povinností z pojištění.

Článek 12.

Povinnosti pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby

1. Pojistník, resp. pojištěný je povinen:
 - a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění nebo projednávané změny pojištění; za odpověď na písemné dotazy pojistitele se považují i všechny skutečnosti sdělené pojistníkem v pojistné smlouvě,
 - b) bez prodlení písemně sdělit pojistiteli všechny změny skutečností uvedených v pojistné smlouvě nebo na které byl písemně tážán nebo které mají bezprostřední vliv na sjednané pojištění (např. snížení příjmu pojištěného, je-li sjednáno pojištění pracovní neschopnosti nebo pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu s progresí), které nastanou během trvání pojištění.
 - c) oznámit, začne-li pojištěný kouřit nebo změní-li se mu zásadně poměr BMI, tedy ukazatele rozhodné pro nárok na vznik slevy za zdraví životní styl. V případě neoznámení je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění o částku, kterou by pojistník zaplatil od sjednání pojistné smlouvy, pokud by neměl nárok na slevu za zdraví životní styl.
2. Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy.
3. Pojištěný je povinen v případě nemoci nebo úrazu vyhledat bez zbytečného odkladu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat stanovený léčebný režim a umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu.

4. Pojištěný podpisem pojistné smlouvy zprošťuje mlčenlivosti instituce, které mohou poskytnout informace významné pro šetření pojistitele (zaměstnavatelé, finanční úřady, Česká správa sociálního zabezpečení, zdravotní či jiné pojišťovny atd.).
5. Pojistník, pojištěný, resp. oprávněná osoba jsou povinni:
 - a) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli, že nastala událost, se kterou spojují požadavek na pojistné plnění, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit potřebné doklady, které si pojistitel vyžádá, a dále postupovat dle pokynů pojistitele;
 - b) podrobit se identifikaci (ověření totožnosti) v souvislosti se sjednáním pojištění, jeho změnou, zánikem nebo výplatou pojistného plnění;
 - c) na vyžádání pojistitele předložit originály dokladů nebo jejich ověřené kopie;
 - d) předkládat vyžádané doklady v českém jazyce, jde-li o cizojazyčné doklady, musí být doloženy úředně ověřeným překladem;
 - e) plnit další povinnosti stanovené zákonem, těmito pojistnými podmínkami a pojistnou smlouvou.

Článek 13.

Povinnosti pojistitele

Pojistitel je povinen:

- a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistníka nebo pojištěného týkající se sjednáváného pojištění nebo projednávané změny pojištění;
- b) upozornit pojistníka na vědomé nesrovnalosti mezi sjednaným pojištěním a požadavky pojistníka;
- c) po oznámení události, se kterou oprávněná osoba spojuje požadavek na pojistné plnění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu povinnosti plnit;
- d) plnit další povinnosti stanovené zákonem, těmito pojistnými podmínkami a pojistnou smlouvou.

Článek 14.

Výluky z pojištění

Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, ke kterým dojde:

- a) v souvislosti s bojovými či válečnými událostmi nebo jadernou, chemickou či biologickou kontaminací;
- b) v souvislosti s účastí pojištěného na vzpouře, povstání, stávkách, demonstracích, nepokojích a veřejných násilnostech, kterých se pojištěný zúčastnil na straně strážců. Omezení plnění neplatí, pokud k této účasti dojde při plnění pracovní či služební povinnosti na území ČR;
- c) v souvislosti s přímým nebo nepřímým působením radioaktivního nebo obdobného záření, které je důsledkem výbuchu či závady na jaderném zařízení nebo použití zbraní;
- d) v době, kdy je pojistník v prodlení s placením pojistného za první pojistné období;
- e) v souvislosti s úmyslnou účastí v nelegální činnosti nebo s úmyslným porušením zákona;
- f) smrtí pojištěného způsobená úmyslným jednáním oprávněné osoby či obmyšleného.

Pro jednotlivá pojištění mohou být ve zvláštní části pojistných podmínek nebo v pojistné smlouvě stanoveny další výluky z pojištění.

Článek 15.

Snížení pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění v případech uvedených v zákoně, v dalších bodech tohoto článku a za podmínek stanovených pro jednotlivá pojištění ve zvláštní části pojistných podmínek.
2. Pojistitel může snížit pojistné plnění až na 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 takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jedním pojištěným, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. Došlo-li k úrazu při dopravní nehodě následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, vztahují se pro výplatu pojistného plnění podmínky v čl. 66.
3. Právo podle odstavce 2 pojistitel nemá, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem, který pojištěnému předepsal lékař, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
4. Pokud byly v důsledku nesprávně uvedeného data narození, zdravotního stavu pojištěného nebo činnosti, kterou pojištěný vykonává, a jiných údajů rozhodných pro stanovení technických parametrů pojištění (pojistné, doba trvání pojištění, pojistná částka), tyto stanoveny nesprávně, je pojistitel oprávněn snížit plnění v poměru výše pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které mělo být placeno.

- Utrpí-li pojištěný úraz při výkonu činnosti nebo povolání, které jsou zařazeny do vyšší rizikové skupiny než je uvedena na pojistné smlouvě, je pojistitel oprávněn snížit plnění v poměru výše pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které mělo být placeno.

Článek 16. Vinkulace

- Pojistné plnění lze vinkulovat ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojistné plnění bude vyplaceno třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vinkulováno, pokud tato osoba nedá souhlas k výplatě plnění oprávněné osobě.
- Vinkulaci provede pojistitel na základě žádosti pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, lze vinkulovat jen se souhlasem pojištěného.

Článek 17. Rozhodné právo a řešení sporů

- Pojistná smlouva a právní následky z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
- Pro spory z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.
- Pojistitel dává přednost mimosoudnímu řešení případných sporů. Stížnosti lze podat pomocí formuláře dostupného na internetových stránkách https://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/formular_pro_podani_stiznosti_1.pdf emailem na adresu info@maxima-as.cz nebo písemně na adresu pojistitele. Odpověď se sdělením a odůvodněním vyřízení stížností je zasílána stěžovateli ve lhůtě 30 dnů v písemné formě.
- Stížnost lze podat rovněž České národní bance, Na Příkopě 28, Praha 1, která je orgánem dohledu nad činností pojišťoven. ČNB však nemá kompetence rozhodnout spor mezi stěžovatelem a pojistitelem.
- Ve věcech práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací vykonává působnost i Veřejný ochránce práv. Podnět lze dát písemně nebo ústně do protokolu a nepodléhá poplatku.
- V případě životního pojištění se pojistníci, pojištěné a oprávněné osoby mohou obrátit se svými stížnostmi či návrhy o mimosoudní řešení též na finančního arbitra, bližší informace na www.finarbitr.cz nebo na adrese Kancelář finančního arbitra, Legerova 69, 110 00 Praha 1, tel.: 257 042 094, e-mail: arbitr@finarbitr.cz. Arbitr je postupuje podle zák. č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi.

ZVLÁŠTNÍ ČÁST

A. Pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin s pevnou pojistnou částkou (základní pojištění)

Článek 18. Rozsah pojištění

Z pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin s pevnou pojistnou částkou vzniká právo na pojistné plnění v případě, zemře-li pojištěný v době trvání pojištění.

Článek 19. Pojistná událost

- Pojistnou událostí je smrt pojištěného.
- K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit úředně ověřenou kopii úmrtního listu a veškeré další doklady související se smrtí pojištěného, zejména lékařské zprávy, soudní rozhodnutí, protokol vyšetřovatele.

Článek 20. Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění uvedených v čl. 14 těchto pojistných podmínek se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění, zemře-li pojištěný do dvou let od počátku pojištění následkem sebevraždy.

Článek 21. Pojistné plnění

- Nastala-li pojistná událost, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku sjednanou pro toto pojištění v pojistné smlouvě.
- Oprávněnou osobou je obmyšlená osoba, příp. obmyšlené osoby, pokud byly v době pojistné události určeny v pojistné smlouvě. Nebyly-li určeny nebo jim nevzniklo právo na plnění, jsou oprávněnými osobami osoby určené podle posloupnosti v občanském zákoníku (ust. § 2831 obč. zák.).

B. Pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin

Pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Článek 22. Rozsah pojištění

Z pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin vzniká právo na pojistné plnění v případě, zemře-li pojištěný v době trvání pojištění.

Článek 23. Pojistná událost

- Pojistnou událostí je smrt pojištěného.
- K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit úředně ověřenou kopii úmrtního listu a veškeré další doklady související se smrtí pojištěného, zejména lékařské zprávy, soudní rozhodnutí, protokol vyšetřovatele.

Článek 24. Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění, zemře-li pojištěný do dvou let od počátku pojištění následkem sebevraždy.

Článek 25. Pojistné plnění

- Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s konstantní pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku sjednanou pro tuto variantu pojištění v pojistné smlouvě.
- Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku platnou pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro tuto variantu pojištění je s účinností od výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění.
- Jsou-li zároveň sjednány varianty tohoto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši součtu pojistných částek uvedených v bodech 1. a 2. tohoto článku.
- Oprávněnou osobou je obmyšlená osoba, příp. obmyšlené osoby, pokud byly v době pojistné události určeny v pojistné smlouvě. Nebyly-li určeny nebo jim nevzniklo právo na plnění, jsou oprávněnými osobami osoby určené podle posloupnosti v občanském zákoníku (ust. § 2831 obč.zák.).

C. Pojištění velmi vážných onemocnění

Pojištění velmi vážných onemocnění je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Článek 26. Rozsah pojištění

- Toto pojištění je možné sjednat ve variantě „**Standard**“ (pojištění 4 velmi vážných onemocnění), nebo ve variantě „**Plus**“ (pojištění 30 velmi vážných onemocnění).
- Z tohoto pojištění vzniká právo na plnění v případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění, nejdříve však po třech měsících od počátku tohoto pojištění (čekací doba)
 - poprvé diagnostikováno onemocnění dále uvedené v definici velmi vážných onemocnění nebo
 - se pojištěný poprvé podrobil některému z výkonů uvedených v definici velmi vážných onemocnění,

to však pouze za předpokladu, že pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, příp. od data provedení operačního nebo lékařského výkonu.

- Pojištění velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány, léčeny nebo jimi pojištěný trpěl před počátkem pojištění.

4. Vznikem první pojistné události z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká, tzn., že z pojištění může být vyplaceno pojistné plnění jen za jednu pojistnou událost.

Článek 27.

Definice velmi vážných onemocnění a výluky z pojištění

Pro variantu „**Plus**“ se vymezují níže uvedené definice velmi vážných onemocnění, z nichž pro variantu „**Standard**“ se vymezují definice uvedené v bodech 1. – 4. tohoto článku.

1. infarkt myokardu

Akutní nekróza srdečního svalu způsobená nedostatečným krevním zásobením dané oblasti. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti (kardiologie, interna) a musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu při současné přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií:

- čerstvé změny na EKG,
- charakteristická lokalizace bolesti,
- zvýšení hladiny srdečních enzymů včetně Troponinu T nebo I,
- ejekční frakce levé komory méně než 50 % měřená 3 měsíce či déle po události.

Výluky z pojištění:

Angina pectoris a jiné formy ischemické choroby srdeční.

2. rakovina

Diagnóza prokázaná jednoznačným histologickým nálezem malignity a hodnocená podle mezinárodní klasifikace TNM s přítomností nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do okolní tkáně. Termín rakovina také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu stadium II a vyšší, melanom kůže pT1 (Clark II) a vyšší. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou odborného pracoviště, histologickým nálezem, příp. operačním protokolem.

Výluky z pojištění:

- neinvazivní karcinomy in situ,
- premalignity (včetně dysplazie děložního hrdla CIN I-III),
- rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b,
- všechny typy rakoviny kůže klasifikace TNM T1,
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

3. náhlá cévní mozková příhoda

Mozková příhoda s neurologickými následky, při které došlo k infarktu mozkové tkáně, krvácení z nitrolebních cév nebo k embolizaci z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.

Musí mít za následek patologický neurologický nález. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie) a potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

Výluky z pojištění:

- náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu,
- tranzitorní ischemická ataka (TIA),
- v případě, kdy patologický neurologický nález trval méně než 3 měsíce.

4. totální ledvinové selhání

Konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; onemocnění vyžaduje pravidelnou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).

Výluky z pojištění:

- jednostranná nefrektomie,
- přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.

5. transplantace životně důležitých orgánů

Provedení transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný, nebo zařazení pojištěného na seznam čekatelů na transplantaci. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci vypracovanou specializovaným pracovištěm na území České republiky. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

Výluky z pojištění:

- transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí,
- transplantace tkání.

6. operace aorty

Operační výkon na aortě provedený při otevřeném hrudníku v důsledku jejího roztržení nebo vzniku výdutě (aneurysma). Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.

Výluky z pojištění:

- operace na větvích aorty bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass),
- operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu a vrozeného zúžení aorty.

7. nezhoubný nádor mozku

Nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgickým zákrokem. Přítomnost nádoru

musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Požaduje se prokázání nádoru na CT, MRI, EEG a doložení lékařské zprávy z neurochirurgie, případně neurologie.

8. slepota

Úplná, trvalá a nevratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.

9. hluchota

Úplná, trvalá a nevratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu. Diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

10. paraplegie

Úplné a trvalé ochrnutí obou dolních nebo obou horních končetin s úplnou a trvalou ztrátou aktivního volního pohybu. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které trvalo méně než 6 měsíců.

11. tetraplegie

Úplné a trvalé ochrnutí všech končetin s úplnou a trvalou ztrátou aktivního volního pohybu. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které trvalo méně než 6 měsíců.

12. hemiplegie

Úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplnou a trvalou ztrátou aktivního volního pohybu. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které trvalo méně než 6 měsíců.

13. Alzheimerova choroba

Výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm.

Výluky z pojištění:

- demence v důsledku zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek,
- demence v důsledku choroby AIDS,
- demence následkem úrazu.

14. Parkinsonova nemoc

Progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinese plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Diagnóza musí být potvrzena odborným nálezem neurologa.

Výluky z pojištění:

- sekundární parkinsonské příznaky.

15. operace věnicových (koronárních) tepen

Z důvodu ischemické choroby srdeční je proveden kardiologický výkon, při němž je pojištěnému voperován dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnicových tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnicových tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.

Výluky z pojištění:

Zprůchodnění věnicových tepen provedené pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).

16. roztroušená skleróza

Chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí a prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy (CNS) magnetickou rezonancí (MRI). Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy je splněna některá z následujících podmínek:

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

- jsou dokumentovány nejméně dvě samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc,
- je dokumentována jedna ataka onemocnění provázená charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku současně se specifickými mozkovými lézemi ověřenými vyšetřením CNS magnetickou rezonancí.

Nemoc musí být jednoznačně diagnostikována odborným neurologickým pracovištěm s doložením výsledků vyšetření CT a MR. Podmínkou vzniku práva na plnění je, že postižení trvá nepřetržitě alespoň tři měsíce nebo došlo ke dvěma akutním atakám tohoto onemocnění.

17. bakteriální nebo virová meningitida

Hnisavý zánět mozkových blan vyvolaný bakteriemi nebo viry vedoucí k trvalému neurologickému poškození. Pro plnění musí po dobu tří měsíců existovat alespoň dva z těchto příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi). Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě diagnostického vyšetření (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.

Výluky z pojištění:

Meningitidy jiného než bakteriálního nebo virového původu (plísně, paraziti).

18. encefalitida

Zánět mozku vyvolaný virem nebo bakteriemi, může být provázen reakcí mozkových plen nebo rozšířen na míchu (encefalomyelitida). Může vést k trvalému neurologickému poškození, které musí být potvrzeno odborným lékařem - neurologem, a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG). Pojištění musí být postižen některým z následujících příznaků: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence.

19. těžké popáleniny

Popáleniny stupně III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 40 %. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou specializovaného pracoviště popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. Při popáleninách v závažných lokalizacích (hlava a krk, obličej, ruce, pohlavní orgány a perineum) je pro výplatu pojistného plnění nutný rozsah nejméně 20 %.

20. kóma

Stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnitřní či vnější podněty přetrvávající nejméně 96 hodin, který vyžaduje použití přístrojů zabezpečujících životně důležité funkce. Následkem musí být trvalé, prokazatelné neurologické poškození s přetrvávajícími příznaky.

Výluky z pojištění:

- kóma způsobená požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek,
- umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené pomocí léků pro léčebné účely.

21. neúrazová ztráta řeči

Úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit v důsledku postižení hlasivek trvajícím nepřetržitě alespoň po dobu 12 měsíců. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

- ztráta řeči způsobená v důsledku psychického stavu (veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami),
- ztráta řeči způsobená úrazem.

22. tetanus

Infekční onemocnění způsobené bakterií Clostridium tetani, jejíž léčení nezbytně probíhá za hospitalizace. Následkem musí být prokazatelné způsobení svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajícím nepřetržitě alespoň po dobu 4 týdnů.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které nastalo, pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

23. pokročilá demence

Trvalé a nezvratné degenerativní postižení mozku, projevující se demencí pojištěného. Následkem musí být významná ztráta mozkových funkcí projevující se poruchou poznávacích funkcí, vnímání, paměti či intelektu. Podmínkou vzniku pojistné události musí být potvrzení odbornými nálezy, že ztráta mozkových funkcí je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného vyžaduje, v důsledku tohoto onemocnění, nepřetržitý dohled a péči druhé osoby.

Výluky z pojištění:

Demence způsobená nadměrným užíváním alkoholu nebo aplikací návykových látek.

24. aplastická anémie

Selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně;
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
- pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce,
- pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
- transplantace kostní dřeně.

Výluky z pojištění:

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před uzavřením tohoto pojištění.

25. neúrazová amputace končetin

Amputace nejméně dvou (horních a/nebo dolních) končetin v důsledku onemocnění, které vzniklo v době trvání tohoto pojištění. Pojistná událost nastává, dojde-li k amputaci nohou alespoň v kloubu zápěstí a/nebo nohou v kloubu kotníku.

Výluky z pojištění:

Amputace způsobená následkem úrazu.

26. Ebola

Virové onemocnění krvácivé horečky způsobené virem Ebola. Onemocnění musí být potvrzeno diagnózou odborného lékaře a laboratorními testy. Podmínkou vzniku pojistné události je infekce trvající déle než 30 dnů od data prvního výskytu příznaků onemocnění.

27. primární plicní hypertenze

Patologické zvýšení tlaku v plicních tepenném řečišti, které způsobuje strukturální, funkční nebo oběhové poruchy v plicích vedoucí ke zvětšení pravé srdeční komory. Diagnóza musí být potvrzena ošetřujícím kardiologem nebo pneumologem a doložena výsledky provedených vyšetření. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění obou následujících podmínek:

- zhoršení srdečního selhání, resp. dušnosti je trvale a nezvratně stupně IV dle klasifikace NYHA
- střední tlak v plicnici je vyšší než 30 mm Hg po dobu minimálně 6 měsíců.

28. systémový lupus erythematos

Multiorganové autoimunitní onemocnění, charakterizované rozvojem autoprotilátek působících proti vlastním orgánům. Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem (revmatologem) na podkladě průkazů 4 nebo více klasifikačních kritérií ACR.

29. Glaukom

Neurodegenerativní onemocnění, při kterém odumírají nervová vlákna zrakového nervu a které má za následek úplnou, trvalou a nezvratnou ztrátu zraku obou očí. Patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.

30. HIV získané při výkonu povolání

Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (AIDS). Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- k infikování pojištěného musí dojít při výkonu běžné pracovní činnosti lékaře, zubního lékaře, zdravotní sestry, středního zdravotnického personálu, zdravotnického záchranáře, řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, řidiče hasiče nebo policisty, popř. jako důsledek fyzického napadení při výkonu těchto povolání,
- událost musí být nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci a řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami.
- událost musí být nahlášena pojistiteli do 7 dnů po incidentu a musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek.

Výluky z pojištění:

- infekce jiného druhu
- ostatní zdroje nákazy HIV (pohlavní styk, nitrožilní užívání drog apod.)
- z pojistného krytí jsou dále vyloučeny osoby s hemofilii.

Článek 28.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je první stanovení diagnózy velmi vážného onemocnění pojištěného ve smyslu definic uvedených v čl. 27 nebo provedení výkonu uvedeného v těchto definicích. Pojistná událost nastává v okamžiku, kdy jsou splněny všechny předpoklady v příslušné definici uvedené.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit lékařské zprávy uvedené v definici předmětného velmi vážného onemocnění.

Článek 29.

Pojistné plnění

1. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s konstantní pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou pro tuto variantu pojištění v pojistné smlouvě.
2. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku platnou pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro tuto variantu je s účinností od výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění.
3. Jsou-li zároveň sjednány varianty tohoto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši součtu pojistných částek uvedených v bodech 1. a 2. tohoto článku.
4. V případě, že došlo v posledních třech měsících před pojistnou událostí ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

D. Pojištění karcinomu in situ

Pojištění karcinomu in situ je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Článek 30.

Rozsah pojištění

1. Toto pojištění je možné sjednat ve variantě „muž“, ve které jsou předmětem pojištění orgány: penis, prostata, varle a prs, nebo ve variantě „žena“, ve které jsou předmětem pojištění orgány: pochva, vaječník, vejcovod, děloha, děložní čípek (hrdlo) a prs.
2. Z tohoto pojištění vzniká právo na plnění v případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění, nejdříve však po třech měsících od počátku tohoto pojištění (čekací doba)
 - poprvé stanovena diagnóza karcinomu in situ v tkáni dále uvedené v definicích pro účely pojištění karcinomu in situ a zároveň
 - diagnóza musí být stanovena odborným lékařem a doložena výsledky provedených vyšetření (histologie popř. jiné), to však pouze za předpokladu, že pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, a že lékařské nálezy prokazují přítomnost nádorových buněk a tyto změny jsou typu karcinomu in situ.
3. Pojištění karcinomu in situ se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.
4. Pojištění karcinomu in situ zaniká vznikem první pojistné události z tohoto pojištění (tzn., že z pojištění může být vyplaceno pojistné plnění jen za jednu pojistnou událost) nebo zánikem pojištění velmi vážným onemocněním dospělé osoby.

Článek 31.

Definice pro účely pojištění karcinomu in situ a výluky z pojištění

1. Pro účely tohoto pojištění se karcinomem in situ rozumí povrchový zhoubný nádor typu karcinom in situ v tkáni:
 - a) penisu – nádor předkožky a/nebo těla a/nebo žaluďu penisu, který je klasifikován jako Tis N0 M0 nebo Ta podle TNM klasifikace;
Výluky z pojištění:
 - nádory v jiné lokalizaci,
 - onemocnění typu Bowenova dermatóza,
 - kondyloma.
 - b) prostaty – nádor v prostatě pod pouzdem, který je klasifikován jako těžké dysplastické změny PIN 3 nebo T1a nebo T1b podle TNM klasifikace;
 - c) varlete – nádor zasahující oblast jednoho nebo dvou varlat, který je klasifikován jako pTis N0 M0 podle TNM klasifikace;
 - d) prsu – nádor jednoho nebo obou prsou tvořený maligními

- buňkami, které jsou lokalizovány v povrchu tkáně a nemají tak všechny charakteristické rysy zhoubného nádoru a současně je tento nádor klasifikován jako Tis N0 M0 (DCIS), Tis N0 M0 (LCIS) nebo Tis N0 M0 (Paget) podle TNM klasifikace;
- e) pochvy – nádor charakterizovaný jako vaginální intraepiteliální neoplazie – VAIN, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace;
- f) vaječníku – nádor jednoho nebo obou vaječnicků, přičemž není zasaženo pouzdro vaječníku, a nádor je klasifikován jako T1a N0 M0 nebo T1b N0 M0 podle TNM klasifikace, resp. FIGO IA nebo FIGO IB;
- g) vejcovodu – nádor jednoho nebo obou vejcovodů tvořený maligními buňkami omezený na sliznici vejcovodu, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace;
- h) dělohy – nádor, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace;
- i) děložního čípku (hrdla) – nádor zasahující 2/3 tloušťky tkáně, který je klasifikován jako těžké dysplastické změny CIN 3 nebo Tis N0 M0 podle TNM klasifikace.

2. Nárok na pojistné plnění nevzniká, pokud by pojištěnému současně vznikl pro danou diagnózu nárok na pojistné plnění z pojištění velmi vážných onemocnění. Pojištění se dále nevztahuje na případy související s duševní nemocí nebo poruchou pojištěného nebo se syndromem získaného selhání imunity (AIDS) nebo virem lidské imunitní nedostatečnosti (HIV) nebo mutacemi a variantami viru.

Článek 32.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je první stanovení diagnózy karcinomu in situ pojištěného ve smyslu definic uvedených v čl. 31. Pojistná událost nastává v okamžiku, kdy jsou splněny všechny předpoklady v příslušné definici uvedené.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit příslušné lékařské zprávy potvrzující diagnózu uvedenou v předmětné definici čl. 31.

Článek 33.

Pojistné plnění

1. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s konstantní pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou pro toto pojištění v pojistné smlouvě.
2. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku platnou pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro toto pojištění je s účinností od výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění.
3. Jsou-li zároveň sjednány varianty tohoto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši součtu pojistných částek uvedených v bodech 1. a 2. tohoto článku.
4. V případě, že došlo v posledních třech měsících před pojistnou událostí ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

E. Pojištění invalidity 3. stupně

Pojištění invalidity 3. stupně je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Článek 34.

Rozsah pojištění

1. Z tohoto pojištění vzniká právo na pojistné plnění v případě, že je pojištěnému v době trvání pojištění, nejdříve však po 1 roce od počátku tohoto pojištění (čekací doba), přiznána podle českých právních předpisů o sociálním zabezpečení (o důchodovém pojištění) invalidita třetího stupně. Tato čekací doba neplatí, pokud byla invalidita přiznána výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo po počátku pojištění.
2. Dojde-li v pojistné době ke změně nebo zrušení právních předpisů uvedených v bodě 1 tohoto článku, která má vliv na rozsah pojištění a nároky z něj, je pojistitel oprávněn navrhnout změnu pojištění. Pokud ji pojistník nebude akceptovat, použije se pro posouzení nároků z pojištění poslední znění předpisu platné před uvedenou změnou nebo zrušením. Pokud pojistitel nenavrhne změnu pojištění, použije se pro posouzení nároků z pojištění znění právního předpisu aktuálně platné.
3. Vznikem pojistné události pojištění invalidity zaniká.

Článek 35.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je přiznání invalidity třetího stupně pojištěnému, přičemž za den vzniku pojistné události se považuje datum, které je uvedeno ve výroku pravomocného rozhodnutí oprávněného orgánu jako den vzniku invalidity.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit pravomocné rozhodnutí o přiznání invalidity oprávněným orgánem a odborné lékařské zprávy, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Článek 36.

Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojištění invalidity se nevztahuje na přiznání invalidity:

- a) následkem přímého nebo nepřímého působení jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem nebo nemocí;
- b) následkem léčebných postupů nebo zásahů, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si nechal provést,
- c) následkem psychické poruchy či poruchy vědomí po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, vlivem léků užívaných v rozporu s lékařským předpisem nebo bez něj, apod.

Článek 37.

Pojistné plnění

1. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s konstantní pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému plnění ve výši 100 % z pojistné částky sjednané pro tuto variantu pojištění ke dni pojistné události, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku.
2. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě plnění ve výši 100 % z pojistné částky platné pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro tuto variantu pojištění je s účinností od výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění.
3. Jsou-li zároveň sjednány varianty tohoto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši součtu pojistných částek uvedených v bodech 1. a 2. tohoto článku, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku.
4. V případě, že došlo v posledním roce před pojistnou událostí ke zvýšení pojistné částky pro případ invalidity, vyplatí pojistitel plnění z pojistné částky platné před jejím zvýšením. To neplatí v případě, kdy invalidita byla přiznána výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo po provedeném navýšení.

F. Pojištění invalidity 2. a 3. stupně

Pojištění invalidity 2. a 3. stupně je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Článek 38.

Rozsah pojištění

1. Z tohoto pojištění vzniká právo na pojistné plnění v případě, že je pojištěnému v době trvání pojištění, nejdříve však po 1 roce od počátku tohoto pojištění (čekací doba), přiznána podle českých právních předpisů o sociálním zabezpečení (o důchodovém pojištění) invalidita druhého nebo třetího stupně. Tato čekací doba neplatí, pokud byla invalidita přiznána výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo po počátku pojištění.
2. Dojde-li v pojistné době ke změně nebo zrušení právních předpisů uvedených v bodě 1 tohoto článku, která má vliv na rozsah pojištění a nároky z něj, je pojistitel oprávněn navrhnout změnu pojištění. Pokud ji pojištěník nebude akceptovat, použije se pro posouzení nároků z pojištění poslední znění předpisu platné před uvedenou změnou nebo zrušením. Pokud pojistitel nenavrhne změnu pojištění, použije se pro posouzení nároků z pojištění znění právního předpisu aktuálně platné.
3. Vznikem pojistné události pojištění zaniká.

Článek 39.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je přiznání invalidity druhého nebo třetího stupně pojištěnému, přičemž za den vzniku pojistné události se považuje datum, které je uvedeno ve výroku pravomocného rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se důchod přiznává.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit pravomocné rozhodnutí o přiznání invalidity oprávněným orgánem a odborné lékařské zprávy, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Článek 40.

Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojištění invalidity se nevztahuje na přiznání invalidity:

- a) následkem přímého nebo nepřímého působení jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem nebo nemocí;
- b) následkem léčebných postupů nebo zásahů, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si nechal provést,
- c) následkem psychické poruchy či poruchy vědomí po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, vlivem léků užívaných v rozporu s lékařským předpisem nebo bez něj, apod.

Článek 41.

Pojistné plnění

1. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s konstantní pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému plnění ve výši 100 % z pojistné částky sjednané pro tuto variantu pojištění ke dni pojistné události, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku.
2. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě plnění ve výši 100 % z pojistné částky platné pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro tuto variantu pojištění je s účinností od výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění.
3. Jsou-li zároveň sjednány varianty tohoto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši součtu pojistných částek uvedených v bodech 1. a 2. tohoto článku, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku.
4. V případě, že došlo v posledním roce před pojistnou událostí ke zvýšení pojistné částky pro případ invalidity, vyplatí pojistitel plnění z pojistné částky platné před jejím zvýšením. To neplatí v případě, kdy invalidita byla přiznána výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo po provedeném navýšení.

G. Pojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně

Pojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Článek 42.

Rozsah pojištění

1. Z tohoto pojištění vzniká právo na pojistné plnění v případě, že je pojištěnému v době trvání pojištění, nejdříve však po 1 roce od počátku tohoto pojištění (čekací doba), přiznána podle českých právních předpisů o sociálním zabezpečení (o důchodovém pojištění) invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně. Tato čekací doba neplatí, pokud byla invalidita přiznána výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo po počátku pojištění.
2. Dojde-li v pojistné době ke změně nebo zrušení právních předpisů uvedených v bodě 1 tohoto článku, která má vliv na rozsah pojištění a nároky z něj, je pojistitel oprávněn navrhnout změnu pojištění. Pokud ji pojištěník nebude akceptovat, použije se pro posouzení nároků z pojištění poslední znění předpisu platné před uvedenou změnou nebo zrušením. Pokud pojistitel nenavrhne změnu pojištění, použije se pro posouzení nároků z pojištění znění právního předpisu aktuálně platné.
3. Vznikem pojistné události pojištění zaniká.

Článek 43.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je přiznání invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně pojištěnému, přičemž za den vzniku pojistné události se považuje datum, které je uvedeno ve výroku pravomocného rozhodnutí oprávněného orgánu jako den vzniku invalidity.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit pravomocné rozhodnutí o přiznání invalidity oprávněným orgánem a odborné lékařské zprávy, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Článek 44.

Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojištění invalidity se nevztahuje na přiznání invalidity:

- a) následkem přímého nebo nepřímého působení jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem nebo nemocí;
- b) následkem léčebných postupů nebo zásahů, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si nechal provést,
- c) 1. stupně způsobené následkem psychické poruchy či poruchy vědomí.
- d) následkem psychické poruchy či poruchy vědomí po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, vlivem léků užívaných v rozporu s lékařským předpisem nebo bez něj, apod.

Článek 45.

Pojistné plnění

1. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s konstantní pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému plnění ve výši 100 % z pojistné částky sjednané pro tuto variantu pojištění ke dni pojistné události, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku.
2. Je-li sjednána varianta tohoto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě plnění ve výši 100 % z pojistné částky platné pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro tuto variantu pojištění je s účinností od výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění.
3. Jsou-li zároveň sjednány varianty tohoto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou a nastane pojistná událost, vyplatí pojistitel oprávněné osobě plnění ve výši součtu pojistných částek uvedených v bodech 1. a 2. tohoto článku, nejde-li o případ stanovený v bodě 4 tohoto článku.
4. V případě, že došlo v posledním roce před pojistnou událostí ke zvýšení pojistné částky pro případ invalidity, vyplatí pojistitel plnění z pojistné částky platné před jejím zvýšením. To neplatí v případě, kdy invalidita byla přiznána výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo po provedeném navýšení.

H. Pojištění hospitalizace

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Pro účely sjednání tohoto pojištění je pojištěný zařazen do rizikové skupiny v závislosti na vykonávaném povolání a provozovaném sportu. Vymezení rizikových skupin je obsaženo v příloze č. 1 těchto pojistných podmínek. Vykonávané povolání a provozovaný sport má přímý vliv na výši pojistného rizika, jeho akceptovatelnost pro pojistitele a výši pojistného. Pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojistiteli jakoukoliv změnu, která by mohla mít vliv na jeho zařazení do rizikové skupiny.

Článek 46.

Rozsah pojištění

1. Z tohoto pojištění vzniká právo na pojistné plnění v případě hospitalizace pojištěného, která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu nemoci, úrazu, těhotenství, porodu nebo potratu v nemocnici. Nemocnicí se rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

2. Právo na pojistné plnění vzniká, započala-li hospitalizace nejdříve po uplynutí čekací doby, která činí tři měsíce od počátku tohoto pojištění, v případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím, porodem, ošetřením zubů, úkony čelistní ortopedie a chirurgie a zubních a ortopedických náhrad činí osm měsíců. V případě úrazu, který nastal v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje.

Článek 47.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je hospitalizace, která začala a trvá v pojistné době. Pojistná událost začíná dnem, kdy byl pojištěný přijat k hospitalizaci, a končí dnem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit doklad s potvrzením hospitalizace pojištěného, ze kterého je zřejmá příčina hospitalizace a v případě úrazu okolnosti úrazu, a s uvedením doby trvání hospitalizace vystavený příslušným zdravotnickým zařízením.

Článek 48.

Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojištění denního odškodného za hospitalizaci se nevztahuje na:

- a) léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- b) hospitalizaci v souvislosti s umělým přerušením těhotenství, pokud nebylo provedeno z lékařského hlediska jako nezbytné k záchraně života pojištěného,
- c) hospitalizaci v psychiatrických léčebnách a jiných zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
- d) hospitalizaci z důvodu zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky,
- e) hospitalizaci plánovanou před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění,
- f) hospitalizace z důvodu nemoci, kterou pojištěný trpěl před počátkem pojištění,
- g) hospitalizaci pro ploténkové a algické páteřní syndromy a výhrze plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem.

Článek 49.

Pojistné plnění

1. Nastala-li pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému denní dávku ujednanou v pojistné smlouvě za každý započatý den (vč. sobot, nedělí a svátků) hospitalizace. Nárok na výplatu nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval nebo pokud hospitalizace trvala méně než 24 hodin.
2. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci v souvislosti s porodem, je 10 dnů a maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci při těhotenských komplikacích v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů.
3. V případě dlouhodobé hospitalizace (delší než jeden měsíc), je-li zřejmý nárok na pojistné plnění, poskytne pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného pojistné plnění po částech, vždy za každý ukončený měsíc na základě potvrzení o trvání hospitalizace.
4. V případě, že došlo ke zvýšení denní dávky pro případ hospitalizace, běží čekací doba uvedená v čl. 46 bod 2 znovu ode dne účinnosti provedeného navýšení. U hospitalizace, která nastane v této čekací době, vyplatí pojistitel denní dávku platnou před jejím zvýšením.
5. V případě, že došlo k navýšení denní dávky pro případ hospitalizace, vyplatí pojistitel za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, denní dávku platnou před jejím zvýšením.
6. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

I. Pojištění pracovní neschopnosti

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Pro účely sjednání tohoto pojištění je pojištěný zařazen do riziko-

vé skupiny v závislosti na vykonávaném povolání a provozovaném sportu. Vymezení rizikových skupin je obsaženo v příloze č. 1 těchto pojistných podmínek. Vykonávané povolání a provozovaný sport má přímý vliv na výši pojistného rizika, jeho akceptovatelnost pro pojistitele a výši pojistného. Pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojistiteli jakoukoliv změnu, která by mohla mít vliv na jeho zařazení do rizikové skupiny.

Článek 50.

Rozsah pojištění

1. Z tohoto pojištění poskytne pojistitel pojistné plnění v případě ztráty na příjmu v důsledku pracovní neschopnosti pojištěného při výkonu povolání.
2. Právo na pojistné plnění vzniká, nastala-li pracovní neschopnost nejdříve po uplynutí čekací doby, která činí tři měsíce od počátku tohoto pojištění, v případě pracovní neschopnosti v souvislosti s ošetřením zubů, úkony čelistní ortopedie a chirurgie a zubních a ortopedických náhrad činí osm měsíců.
3. Právo na pojistné plnění vzniká, pokud pracovní neschopnost nastala a probíhala na území České republiky nebo na území jiných členských států Evropské unie, Švýcarska, Islandu, Norska či Lichtenštejnska. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti, kromě odůvodněných případů (např. hospitalizace či za výslovného souhlasu svého ošetřujícího lékaře), v místě určeném lékařem na potvrzení o pracovní neschopnosti, a to na území ČR, nedohodne-li se s pojistitelem jinak.
4. V případě pracovní neschopnosti způsobené úrazem se čekací doba podle bodu 2 tohoto článku neuplatní.
5. Dojde-li v pojistné době ke změně nebo zrušení právních předpisů upravujících nemocenské pojištění, která má vliv na rozsah pojištění pracovní neschopnosti a nároky z něj, je pojistitel oprávněn navrhnout změnu pojištění. Pokud ji pojistník nebude akceptovat, použije se pro posouzení nároků z pojištění poslední znění předpisu platné před uvedenou změnou nebo zrušením. Pokud pojistitel nenavrhne změnu pojištění, použije se pro posouzení nároků znění právního předpisu aktuálně platné.
6. Pojištění pro případ pracovní neschopnosti zaniká dnem, od kterého se pojištěnému přiznává jakýkoliv starobní důchod ve smyslu zákona o důchodovém pojištění nebo invalidní důchod.

Článek 51.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala a trvá v pojistné době, za souběžného splnění těchto předpokladů:
 - a) pracovní neschopnost trvala déle než v pojistné smlouvě sjednaná doba, za kterou pojistitel neplní (karenční doba),
 - b) při pracovní neschopnosti došlo ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného.
2. Pracovní neschopnost nastala v období, ve kterém pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě, není pojistnou událostí.
3. Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá pracovní neschopnost, tzn., že
 - a) pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí anebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost,
 - b) pokud dojde ke změně diagnózy během nepřetržité pracovní neschopnosti, nevzniká nová pojistná událost.
4. Vznik pojistné události je pojištěný povinen ohlásit, je-li to objektivně možné, pojistiteli nejpozději do 5 dnů po uplynutí karenční doby. V případě pozdějšího ohlášení, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění.
5. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit doklad o vzniku pracovní neschopnosti (viz čl. 52 těchto pojistných podmínek). Dále je pojištěný povinen doložit pojistiteli, že vykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě. Na vyžádání pojistitele je pojištěný povinen prokázat výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události.

Článek 52.

Pracovní neschopnost

1. Pro účely tohoto pojištění se pracovní neschopností rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - a) pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - b) pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením na území České republiky (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost pojištěných,

- a) kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění, nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění,
- c) doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (statistická značka).

2. Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 1 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.

Článek 53.

Pojistné plnění

1. Nastala-li pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému denní dávku ujednanou v pojistné smlouvě za každý započatý den pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby, popř. za každý započatý den pracovní neschopnosti, je-li v pojistné smlouvě sjednána tato varianta pojištění (zpětné plnění od 1. dne).
2. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů. V případě, že se pracovní neschopnost opakuje z důvodu stejného onemocnění (stejná diagnóza) nebo z důvodu stejného úrazu, pak se do uvedeného časového limitu pojistného plnění započítávají dny, za které bylo poskytnuto pojistné plnění, za všechny pracovní neschopnosti, pokud přestávky mezi nimi jsou kratší než 6 měsíců.
3. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti (delší než jeden měsíc), je-li zřejmý nárok na pojistné plnění, poskytne pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného pojistné plnění po částech, vždy za každý ukončený měsíc na základě potvrzení o trvání pracovní neschopnosti a dalších dokladů, které si pojistitel vyžádá.
4. Pojistitel má právo zkoumat výši příjmu pojištěného při vstupu do pojištění i při likvidaci pojistné události. Výše sjednané denní dávky nesmí být vyšší než denní dávka odpovídající průměrnému měsíčnímu příjmu pojištěné osoby-viz „Tabulka pro stanovení maximální denní dávky v závislosti na příjmu pojištěného“, která je zveřejněna na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Pokud v posledních dvanácti měsících před vznikem pojistné události dosahuje pojištěný nižšího průměrného měsíčního příjmu, než který je požadován pro denní dávku sjednanou ve smlouvě, poskytne pojistitel plnění ve výši denní dávky odpovídající aktuálnímu příjmu pojištěného. Toto pravidlo není pojistitelem uplatňováno v případě sjednaní denní dávky do výše, u které se příjmy pojištěné osoby při stanovení pojistného plnění nedokládají.
5. V případě, že došlo ke zvýšení denní dávky pojištění pracovní neschopnosti, běží čekací doby uvedené v čl. 50 bod 2 znovu ode dne účinnosti provedeného navýšení. U pracovní neschopnosti, která nastane v této čekací době, vyplatí pojistitel denní dávku platnou před jejím zvýšením.
6. V případě, kdy pracovní neschopnost trvá déle než 2 měsíce, je pojistitel oprávněn požadovat, aby jím určené zdravotnické zařízení posoudilo opodstatněnost pracovní neschopnosti.
7. V případě že bude doba trvání pracovní neschopnosti neúměrně delší než obvyklá průměrná doba léčeni pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí počet dnů, za které bude pojistné plnění poskytováno, lékař určený pojistitelem.
8. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.
9. K výplatě pojistného plnění nebo záloh na pojistné plnění je nutné doložit doklad o trvání pracovní neschopnosti za celou dobu pracovní neschopnosti resp. za celou dosavadní dobu trvání pracovní neschopnosti a v případě požadavku pojistitele i lékařské zprávy z lékařem doporučených vyšetření a rehabilitací.

Článek 54.

Výluky z pojistného plnění

1. Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednáva, že pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:
 - a) pracovní neschopnost vzniklou v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem nebo umělým přerušením těhotenství, pokud nebylo provedeno z lékařského hlediska jako nezbytné k záchraně života pojištěného,
 - b) pracovní neschopnost při léčebných pobytech v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčeni nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,

- c) pracovní neschopnost při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - d) pracovní neschopnost při pobytu v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
 - e) pracovní neschopnost v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, tato výlučka neplatí, nastala-li duševní porucha nebo porucha chování v důsledku úrazu, ke kterému došlo po uplynutí čekací doby během trvání pojištění,
 - f) pracovní neschopnost v souvislosti se zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky při pracovní neschopnosti,
 - g) pracovní neschopnost v době, kdy pojištěný není v pracovním poměru nebo nemá trvalý a pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti,
 - h) pracovní neschopnost, která nastala v období, po které pojištěný nevykonával své povolání (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
 - i) pracovní neschopnost v důsledku výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů, reflexních bloků a jiných onemocnění zad (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí). Tato výlučka se nepoužije, pokud jde o první výskyt této zdravotní komplikace a pojištěný se podrobí do 3 měsíců od vzniku úrazu, či nemoci operaci.
2. Dále není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění:
- a) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podniká, nebo vyvíjí jinou samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti,
 - b) za dobu pracovní neschopnosti počínající dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal, resp. dnem, kdy pojistitelé znemožnil kontrolu dodržování léčebného režimu.

J. Pojištění pro případ úrazu - společná část

Pro účely sjednání úrazového pojištění je pojištěný zařazen do rizikové skupiny v závislosti na vykonávaném povolání a provozovaném sportu. Vymezení rizikových skupin je obsaženo v příloze č. 1 těchto pojistných podmínek. Vykonávané povolání a provozovaný sport má přímý vliv na výši pojistného rizika, jeho akceptovatelnost pro pojistitele a výši pojistného. Pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojistiteli jakoukoliv změnu, která by mohla mít vliv na jeho zařazení do rizikové skupiny.

Pro úrazové pojištění je možné sjednat individuální konec ve stanoveném roce. V případě, že je sjednán individuální konec, bude toto pojištění automaticky ukončeno uplynutím dne před výročním dnem ve stanoveném roce individuálního konce pojištění.

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu s progresí, pojištění pro případ tělesného poškození následkem úrazu, pojištění pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě a pojištění trvalých následků úrazu při dopravní nehodě je možné sjednat ve variantě s konstantní a/nebo lineárně klesající pojistnou částkou. Pro účely těchto pojištění se aktuálně platnou pojistnou částkou rozumí:

- a) konstantní pojistná částka sjednaná v pojistné smlouvě, je-li sjednána varianta těchto pojištění s konstantní pojistnou částkou, nebo
- b) pojistná částka platná pro rok pojištění, ve kterém nastala pojistná událost, je-li sjednána varianta těchto pojištění s lineárně klesající pojistnou částkou. Pojistná částka stanovená ve smlouvě pro tuto variantu pojištění je s účinností do výročního dne každoročně snížena o částku odpovídající výši podílu pojistné částky sjednané na počátku pojištění a pojistné doby pro toto pojištění. Nebo
- c) součet pojistných částek uvedených pod písm. a) a b), jsou-li zároveň sjednány varianty těchto pojištění s konstantní i lineárně klesající pojistnou částkou.

Článek 55. Rozsah pojištění

Z tohoto pojištění vzniká právo na pojistné plnění v případě, utrpí-li pojištěný v době trvání pojištění úraz.

Článek 56. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je úraz pojištěného.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit lékařské zprávy týkající se předmětného úrazu. Je-li sjednáno pojištění

denního odškodného za léčení úrazu je pojištěný na vyžádání pojistitele povinen prokázat výši příjmu za posledních dvanáct měsíců před vznikem pojistné události.

Článek 57. Výluky z pojištění

Vedle obecných výluk z pojištění (čl. 14 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojištění se nevztahuje na:

- a) úraz, který nastal při provozování profesionální sportovní činnosti s výjimkou sportů zařazených do 1. rizikové skupiny (viz příloha č. 1 těchto pojistných podmínek); při provozování extrémních sportů (např. horolezectví nad 3000 m n. m., vysokohorská turistika nad 3000 m n. m., hloubkové potápění do hloubky nad 40 m, freediving, skok do hloubky na gumovém laně, sjezdění divokých vod - od stupně obtížnosti WW IV, adrenalinové sporty), při seškoku padákem; při závěsném létání; při letu balonem, rogačem, kluzákovými padáky, paraglidingu; při letech a akrobacii na lyžích; při jízdě na sportovních bobech a sáních; při jízdě na sněžných a vodních skútrech apod.,
- b) úraz, který nastal při řízení sportovních letadel; při řízení vrtulníku; při pilotování vojenských letadel; při činnosti továrních jezdců motorových vozidel a plavidel; při činnosti pyrotechniků; při činnosti artistů a kaskadérů; při krocení šelem; při činnosti zášahových jednotek, příslušníků skupin zvláštního nasazení a vojsk OSN,
- c) úraz, který nastal při aktivní účasti na pozemních, leteckých nebo vodních motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim. Pojistitel neplní ani v těch případech, když se těchto aktivit pojištěný zúčastní jako spolujezdec,
- d) úraz, který nastal při řízení motorového vozidla, plavidla nebo vzdušného objektu, pro něž neměl řidičské oprávnění, nebo ho použil neoprávněně,
- e) vznik a zhoršení kýly (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bérceových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů tíhových vāčků a epikondylitid,
- f) následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, i když byly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
- g) infekční nemoci přenesené zraněním,
- h) úrazy související s psychickou poruchou či poruchou vědomí (epileptickým záchvatem, cukrovkou, mozkovou příhodou, srdečním infarktem, neurovegetativní astenií apod.),
- i) vznik a zhoršení nemoci v důsledku úrazu,
- j) výhřez meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vertebrogených algických syndromů,
- k) újmy na zdraví vzniklé vlivem těhotenství, porodu, předčasného nebo umělého přerušení porodu a potratu,
- l) pracovní úrazy nebo nemoci z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle těchto pojistných podmínek,
- m) smrt nebo újmy na zdraví vzniklé působením mikrobiálních jedů a imunitoxických látek,
- n) sebevraždu, pokus o ni nebo na úmyslné sebepoškození,
- o) úrazy, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění nebo v čekací době.

Článek 58. Pojistné plnění

1. Pojistitel poskytne pojistné plnění v rozsahu odpovídajícím v pojistné smlouvě sjednaným variantám úrazového pojištění.
2. Bližší popis rozsahu pojistného plnění je uveden dále u jednotlivých variant úrazového pojištění.

Článek 59. Snížení pojistného plnění

Pojistitel má právo snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud se pojištěný odmítl podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi.

K. Pojištění pro případ úrazu - zvláštní část

Článek 60. Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu

1. Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do jednoho roku ode dne úrazu, je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě aktuálně platnou pojistnou částku pro toto pojištění sjednanou v pojistné smlouvě.
2. Oprávněnou osobou je obmyšlená osoba, příp. obmyšlené osoby, pokud byly v době pojistné události určeny v pojistné smlouvě. Nebyly-li určeny nebo jim nevzniklo právo na plnění, jsou oprávněnými osobami osoby určené podle posloupnosti v občanském zákoníku (ust. § 2831 obč. zák.).
3. Zemře-li pojištěný na následky úrazu a pojistitel již plnil za trvalé následky tohoto úrazu, je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě jen případný rozdíl mezi aktuálně platnou pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a částkou již vyplacenou za trvalé následky.

Článek 61.

Pojistné plnění z pojištění trvalých následků úrazu s progresí

- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky (objektivně nezlepšitelný stav), pojistitel vyplatí z aktuálně platné pojistné částky sjednané pro toto pojištění tolik procent, kolika procentům odpovídá podle „Tabulky pro oceňování rozsahu trvalých následků“ rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení stanovené v pojistné smlouvě jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit.
- Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle „Tabulky pro oceňování rozsahu trvalých následků“ tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození.
- Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v „Tabulce pro oceňování trvalých následků“ pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však smrtí úrazem, vyplatí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, pokud jejich ohodnocení podle „Tabulky pro oceňování rozsahu trvalých následků“ dosáhne takové výše, která je minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit.
- Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé následky hranici 100 % překročí.
- Rozsah trvalých následků úrazu určuje pojistitel na základě prohlídky pojištěného příslušným odborným lékařem a po případě na základě konzultace se svým posudkovým lékařem.
- Pojištění se sjednává s progresivním navýšením pojistného plnění v závislosti na závažnosti trvalých následků úrazu takto:

Ohodnocení trvalých následků úrazu	Násobek pojistného plnění
do 20 %	1 x
nad 20 % do 40 %	2 x
nad 40 % do 55 %	3 x
nad 55 % do 65 %	4 x
nad 65 % do 75 %	5 x
nad 75 % do 85 %	6 x
nad 85 % do 95 %	7 x
nad 95 % do 100 %	8 x

- „Tabulka pro oceňování rozsahu trvalých následků“ je zveřejněna na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Pojistitel je oprávněn v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe uvedenou tabulku doplňovat a měnit.

Článek 62.

Pojistné plnění z pojištění denního odškodného za dobu léčeni úrazu s progresí

- Dojde-li k úrazu pojištěného a celková doba léčeni obvyklá ke zhojení nebo k ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem přesáhne karenční dobu (8 nebo 15 dnů dle zvolené varianty), vyplatí pojistitel denní dávku sjednanou pro toto pojištění za každý den léčeni, maximálně však za dobu léčeni uvedenou pro příslušné tělesné poškození v „Tabulce maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu“.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčeni toho poškození, které je v „Tabulce maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu“ hodnoceno nejvyšším počtem dní.
- Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v „Tabulce maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu“, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele, přičemž ke stanovení pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v „Tabulce maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu“, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- V případě souběhu doby léčeni více úrazů se započítává souběžná doba léčeni pouze jednou.
- Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění z jedné pojistné události, je 365 dnů.
- Pokud celková doba léčeni nepřesáhne karenční dobu (8 nebo 15 dnů dle zvolené varianty), pojistné plnění pojištěnému nenáleží.

- Pojištění se sjednává s progresivním navýšením pojistného plnění v závislosti na době léčeni úrazu takto:

Počet dní léčeni úrazu	Násobek pojistného plnění
od 8 dní do 100 dní *	1 x
nad 100 dní do 200 dní	2 x
nad 200 do 365 dní	3 x

* Úrazy, které nastanou před uplynutím prvního výročí pojištění, je nutné nahlásit ve lhůtě do deseti dnů od jejich vzniku. V případě pozdějšího nahlášení může pojistitel krátit pojistné plnění až na polovinu. Toto pravidlo není pojistitelem uplatňováno v případě zlomenin, tržných nebo rezných ran a při zmeškání lhůty z objektivních důvodů.

- „Tabulka maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu“ je zveřejněna na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Pojistitel je oprávněn v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe uvedenou tabulku doplňovat a měnit.
- Pojistitel má právo zkoumat výši příjmu pojištěného při vstupu do pojištění i při likvidaci pojistné události. Výše sjednané denní dávky nesmí být vyšší než denní dávka odpovídající průměrnému měsíčnímu příjmu pojištěné osoby-viz „Tabulka pro stanovení maximální denní dávky v závislosti na příjmu pojištěného“, která je zveřejněna na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Pokud v posledních dvanácti měsících před vznikem pojistné události dosahuje pojištěný nižšího průměrného měsíčního příjmu, než který je požadován pro denní dávku sjednanou ve smlouvě, poskytne pojistitel plnění ve výši denní dávky odpovídající aktuálnímu příjmu pojištěného. Toto pravidlo není pojistitelem uplatňováno v případě sjednání denní dávky do výše, u které se příjmy pojištěné osoby při stanovení pojistného plnění nedokládají.
- Výplata pojistného plnění končí nejpозději se zánikem pojištění.

Článek 63.

Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození následkem úrazu

- Utrpí-li pojištěný úraz, pojistitel vyplatí z aktuálně platné pojistné částky sjednané pro toto pojištění tolik procent, kolika procentům odpovídá podle „Tabulky pro oceňování tělesného poškození úrazem“ rozsah tělesného poškození.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik poškození různého charakteru nebo na různých částech těla, stanoví se výše plnění součtem procent za jednotlivá poškození, nejvýše však 100 % pojistné částky.
- Není-li poškození úrazem uvedeno v „Tabulce pro oceňování tělesného poškození úrazem“, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele, přičemž stanovení pojistného plnění se provede podle obdobného poškození, které je svou povahou a rozsahem přiměřeně neuvedenému poškození.
- „Tabulka pro oceňování tělesného poškození úrazem“ je zveřejněna na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Pojistitel je oprávněn v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe uvedenou tabulku doplňovat a měnit.

Článek 64.

Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě

- Byla-li úrazem při dopravní nehodě způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpозději do jednoho roku ode dne úrazu, je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě aktuálně platnou pojistnou částku pro toto pojištění sjednanou v pojistné smlouvě.
- Oprávněnou osobou je obmyšlená osoba, příp. obmyšlené osoby, pokud byly v době pojistné události určeny v pojistné smlouvě. Nebyly-li určeny nebo jim nevzniklo právo na plnění, jsou oprávněnými osobami osoby určené podle posloupnosti v občanském zákoníku (ust. § 2831 obč. zák.).
- Dopravní nehodou se rozumí událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby.
- Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění z tohoto pojištění je ošetření na místě dopravní nehody zdravotnickou záchrannou službou nebo téhož dne ve zdravotnickém zařízení. Pojistiteli se předkládá lékařská zpráva a dále záznam policie o dopravní nehodě.
- Zemře-li pojištěný na následky úrazu při dopravní nehodě a pojistitel již plnil za trvalé následky tohoto úrazu, je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě jen případný rozdíl mezi aktuálně platnou pojistnou částkou pro případ smrti způsobené úrazem při dopravní nehodě a částkou již vyplacenou za trvalé následky tohoto úrazu.

Článek 65.

Pojistné plnění z pojištění trvalých následků úrazu při dopravní nehodě

1. Zanechá-li úraz při dopravní nehodě pojištěnému trvalé následky, pojistitel vyplatí z aktuálně platné pojistné částky sjednané pro toto pojištění tolik procent, kolika procentům odpovídá podle „Tabulky pro oceňování rozsahu trvalých následků“ rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení stanovené v pojistné smlouvě jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit.
2. Dopravní nehodou se rozumí událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby.
3. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění z tohoto pojištění je ošetření na místě dopravní nehody zdravotnickou záchrannou službou nebo téhož dne ve zdravotnickém zařízení. Pojistiteli se předkládá lékařská zpráva a dále záznam policie o dopravní nehodě.
4. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle „Tabulky pro oceňování rozsahu trvalých následků“ tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození.
5. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v „Tabulce pro oceňování trvalých následků“ pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
6. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však smrtí úrazem, vyplatí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, pokud jejich ohodnocení podle „Tabulky pro oceňování rozsahu trvalých následků“ dosáhne takové výše, která je minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit.
7. Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé následky hranici 100 % překročí.
8. Rozsah trvalých následků úrazu určuje pojistitel na základě prohlídky pojištěného příslušným odborným lékařem a po případě na základě konzultace se svým posudkovým lékařem.
9. „Tabulka pro oceňování rozsahu trvalých následků“ je zveřejněna na webových stránkách pojistitele www.maximapojistovna.cz/cs/pojisteni/zivot. Pojistitel je oprávněn v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe uvedenou tabulku doplňovat a měnit.

Článek 66.

Společné vyluky z pojištění pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě a z pojištění pro případ trvalých následků úrazu při dopravní nehodě

Vedle vyluk z pojištění (čl. 57 těchto pojistných podmínek) se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud k úrazu pojištěného při dopravní nehodě dojde při dopravě vozidlem:

- a) na místě nebo v části vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob, které nesplňuje podmínky provozu na pozemních komunikacích,
- c) které je provozováno jako pracovní stroj, např. při vyklápění, nakládání, manipulaci vozidla s nákladem apod.,
- d) při závodech všeho druhu a při soutěžích s rychlostní vložkou, jakož i při přípravných jízdách k závodům a soutěžím jsou-li provozovány na pozemních komunikacích,
- e) které řídila osoba pod vlivem alkoholu, omamné nebo psychotropní látky nebo pod vlivem léku, s nímž je spojen zákaz řízení vozidel, a to po dobu, s níž je tento zákaz spojen, nebo odmítne-li se tato osoba podrobit příslušnému vyšetření na obsah výše uvedených látek,
- f) které řídila osoba, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění, s výjimkou osoby, která se podle příslušných předpisů učí vozidlo řídit nebo skládá zkoušku z řízení vozidla,
- g) které řídila osoba, která není zdravotně nebo odborně způsobilá k řízení vozidla podle platných právních předpisů,
- h) které řídila osoba v době, kdy byl účinný trest zákazu činnosti řídit vozidlo uložený této osobě, případně bylo rozhodnuto o odnětí či pozastavení jejího řídičského oprávnění.

Vyluky se nevztahují na případy, v nichž je pojištěný cestujícím v prostředcích hromadné přepravy osob s výjimkou případů uvedených pod písmenem a) a d).

L. Pojištění pro případ smrti dítěte z jakýchkoliv příčin s pevnou pojistnou částkou

Článek 67.

Pro toto pojištění se použijí ustanovení článků 18 až 21 těchto pojistných podmínek s tím, že

- a) toto pojištění se nevztahuje na smrt dítěte, která nastala do tří let jeho věku,
- b) pro toto pojištění se ve smlouvě nesjednává obmyšlená osoba.

M. Pojištění pro případ velmi vážných onemocnění dítěte

Článek 68.

Rozsah pojištění

1. Z tohoto pojištění vzniká právo na plnění v případě, že u pojištěného dítěte je v době trvání pojištění, nejdříve však po třech měsících od počátku tohoto pojištění (čekací doba)
 - poprvé diagnostikováno onemocnění dále uvedené v definici velmi vážných onemocnění dětí nebo se
 - pojištěné dítě podrobilo některému z výkonů uvedených v definici velmi vážných onemocnění dětí,to však pouze za předpokladu, že pojištěné dítě přežilo alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, příp. od data provedení operačního nebo lékařského výkonu.
2. Toto pojištění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.
3. Vznikem první pojistné události z pojištění velmi vážných onemocnění dítěte toto pojištění zaniká, tzn., že z pojištění může být vyplaceno pojistné plnění jen za jednu pojistnou událost. V případě, že je toto pojištění sjednáno pro více dětí zároveň a nastane první pojistná událost, má pojistitel právo jej ukončit pro všechny pojištěné děti.

Článek 69.

Definice velmi vážných onemocnění dětí a vyluky z pojištění

1. rakovina

Diagnóza prokázaná jednoznačným histologickým nálezem malignity a hodnocená podle mezinárodní klasifikace TNM s přítomností nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do okolní tkáně. Termín rakovina také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu stadium II a vyšší, melanom kůže pT1 (Clark II) a vyšší. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou odborného pracoviště, histologickým nálezem, příp. operačním protokolem.

Vyluky z pojištění:

- neinvazivní karcinomy in situ,
- premalignity (včetně dysplazie děložního hrdla CIN I-III),
- rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b,
- všechny typy rakoviny kůže klasifikace TNM T1,
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

2. totální ledvinové selhání

Konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; onemocnění vyžaduje pravidelnou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).

Vyluky z pojištění:

- jednostranná nefrektomie,
- přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.

3. transplantace životně důležitých orgánů

Provedení transplantace srdce, srdce a plic, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný, nebo zařazení pojištěného na seznam čekatelů na transplantaci. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci vypracovanou specializovaným pracovištěm na území České republiky. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

Vyluky z pojištění:

- transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí,
- transplantace tkání.

4. operace aorty

Operační výkon na aortě provedený při otevřeném hrudníku v důsledku jejího roztržení nebo vzniku výdutě (aneurysma). Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.

Vyluky z pojištění:

- operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass),
- operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu a vrozeného zúžení aorty.

5. nezhoubný nádor mozku

Nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkci a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Požaduje se prokázání nádoru na CT, MRI, EEG a doložení lékařské zprávy z neurochirurgie, případně neurologie.

6. slepota

Úplná, trvalá a nevratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.

7. hluchota

Úplná, trvalá a nevratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu. Diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

8. paraplegie

Úplné a trvalé ochrnutí obou dolních nebo obou horních končetin s úplnou a trvalou ztrátou aktivního volního pohybu. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které trvalo méně než 6 měsíců.

9. tetraplegie

Úplné a trvalé ochrnutí všech končetin s úplnou a trvalou ztrátou aktivního volního pohybu. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které trvalo méně než 6 měsíců.

10. hemiplegie

Úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplnou a trvalou ztrátou aktivního volního pohybu. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena výsledky provedených vyšetření.

Výluky z pojištění:

Onemocnění, které trvalo méně než 6 měsíců.

11. meningitida, encefalitida

Zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva neurologa a podrobný popis postižení. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:

- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, ohrožuje samo sebe anebo své okolí,
- v důsledku svého duševního postižení, potřebuje trvalý celodenní dohled,
- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby nebo musí být pod trvalým celodenním dohledem.

Výluky z pojištění:

- postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV,
- onemocnění, které trvalo méně než 3 měsíce.

12. mozková obrna (poliomyelitida)

Akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku).

Výluky z pojištění:

- paralýza trvajících méně než tři měsíce
- případy Guillain-Barrého syndromu

13. virová hepatitida

Virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy B nebo C. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:

- pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
- jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
- zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater

a zároveň v době oznámení pojistné události.

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

Výluky z pojištění:

- onemocnění v důsledku aplikace návykových látek,
- infekční onemocnění virem hepatitidy typu A.

14. aplastická anémie

Selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně;
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
- pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce,
- pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
- transplantace kostní dřeně.

Výluky z pojištění:

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání připojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si bylo pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.

15. diabetes mellitus

I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)

- diabetem se rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců.

Výluky z pojištění:

Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

16. stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy

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

17. operace srdeční chlopně

Operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopně. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

Výluky z pojištění:

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku vrozeného nebo získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

18. získané chronické srdeční onemocnění

Získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/ nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení.

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

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro toto pojištění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro toto pojištění.

Výluky z pojištění:

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o vrozené nebo získané chronické srdeční onemocnění:

- vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
- vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
- pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění.

19. astma bronchiální

Musí dojít k současnému splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:

- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké);
- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (betamimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
- odchylky v plicním funkčním vyšetření - FEV₁, Q 60 % náležitě hodnoty.

20. epilepsie

Záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEC vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než dvanáct měsíců.
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců.

Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

Článek 70.

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je první stanovení diagnózy velmi vážného onemocnění pojištěného dítěte ve smyslu definic uvedených v čl. 69 nebo provedení výkonu uvedeného v těchto definicích. Pojistná událost nastává v okamžiku, kdy jsou splněny všechny předpoklady v příslušné definici uvedené.
2. K písemnému oznámení pojistné události je třeba přiložit lékařské zprávy uvedené v definici předmětného velmi vážného onemocnění.

Článek 71.

Pojistné plnění

1. Nastala-li pojistná událost, vyplatí pojistitel pojištěnému dítěti pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě pro pojištění velmi vážných onemocnění dítěte nebo její část, pokud je tak uvedeno v definici velmi vážného onemocnění dítěte v čl. 69.
2. V případě, že došlo v posledních třech měsících před pojistnou událostí ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením nebo její část.

N. Pojištění hospitalizace dítěte

Článek 72.

Pro toto pojištění se použijí ustanovení článků 46 až 49 těchto pojistných podmínek s tím, že z pojištění je navíc vyloučena hospitalizace z důvodu vrozených vad pojištěného dítěte.

O. Pojištění pro případ smrti dítěte následkem úrazu

Článek 73.

Pro toto pojištění se použijí ustanovení článků 55 až 60 s tím, že pro toto pojištění se ve smlouvě nesjednává obmyšlená osoba.

P. Pojištění pro případ denního odškodného za dobu léčení úrazu dítěte

Článek 74.

Pro toto pojištění se použijí ustanovení článků 55 až 59 a 62 těchto pojistných podmínek s tím, že pro toto pojištění se neuplatňuje odst. 7 a 9 článku 62.

Q. Pojištění trvalých následků úrazu dítěte s progresí

Článek 75.

Pro toto pojištění se použijí ustanovení článků 55 až 59 a 61 těchto pojistných podmínek.

Příloha č. 1 k VPP/902-09

Rizikové skupiny pro pojištění úrazu, pojištění hospitalizace a pojištění pracovní neschopnosti - zařazení dle vykonávaného povolání a provozovaného sportu

Pojistné za činnost se zvýšeným rizikem je upraveno podle stupně nebezpečnosti. Pro určení rizikové skupiny je rozhodující nejrizikovější činnost. Konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do příslušné rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.

I. Riziková skupina

- pracovníci, kteří se zabývají duševní, administrativní či řídicí činností, popř. výrobní a lehkou manuální činností, u které je riziko úrazu srovnatelné s nevyrobní činností (např. advokát, účetní, překladatel, ekonom);
- osoby provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně (vyjma sportů uvedených v odstavci „nepojistitelné osoby“) nebo provozující profesionálně sporty, jako např. bowling, golf, kuželky, kulečnick, šachy, šipky, turistika (včetně horské turistiky do 3 000 m n. m.), rekreační tělesná výchova.

II. Riziková skupina

- pracovníci, kteří vykonávají těžší výrobní či manuální činnost, popř. pracovníci vystavení zvýšenému riziku při nevyrobní činnosti (např. klempíř, popelář, zemědělec, elektromechanik);
- osoby provozující některý z níže uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní a závodní činnosti: badminton, běh (překážkový, orientační, maratón), chůze - sportovní disciplína, rychlochůze, pětiboj, desetiboj, skok do dálky (do výšky), trojskok, aikido, historický šerm, judo, karate, cyklistika (silnice, cesty), horská cyklistika, trekking, vysokohorský nosič, lovectví, štvanice, myslivost, lukostřelba, sportovní střelba, vodní sporty mimo kajak a divokou vodu - od stupně obtížnosti WW IV, krasobruslení, biatlon, aerobic, fitness, balet, tanec, gymnastika, kulturistika, skateboarding, triatlon, volejbal, nohejbal, squash, tenis, stolní tenis.

III. Riziková skupina

- pracovníci, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu (např. práce v hlubinných dolech; záchranné a havarijní práce baňské záchranné služby; práce příslušníků veřejné a závodní požární ochrany; členové horské záchranné služby; práce železničních posunovačů; práce ve výškách, prováděné v nucených polohách bez pracovních plošin, z provazových žebříků, visutých sedaček v závěsu na ochranném pásu a v omezeném prostoru na pracovní lávce, vesměs ve výškách nad 10 metry; práce s vysokým rizikem akutních otrav při zaslepování a odslepování plynovodního potrubí s generátorovým plynem, svítiplynem apod.; při čištění nádrží, cisteren apod. od chemických lučebnin a zvláště nebezpečných jedů; práce s vysokým rizikem popálenin v důsledku vysoké teploty pracovního prostředí, jako jsou práce při havarijních vnitřních opravách žárovzdorných vyzdívek pecí, práce se žhavými kovy apod.; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěcího dýchacího přístroje; činnost výzkumná a badatelská v neprobádaných krajinách);
- osoby provozující některý z níže uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní a závodní činnosti: hod diskem, hod kladivem, hod koulí, hod oštěpem, box, kick-box, kendo, taekwondo, dobrovolný člen horské služby, horolezectví do 3 000 m n. m. (lezení po skalách, ledovcích, ledových stěnách, umělých stěnách apod.), jezdeckví (dostihy, parkur, překážky), baseball, basketbal, házená, fotbal, potápění do hloubky 40 m, jachting/plachtění na volném moři, kajaking, hokej, snowcross, jezdové lyžování, skoky na lyžích, snowboarding.

Nepojistitelné osoby pro pojištění úrazu

Nelze pojistit profesionální sportovce (s výjimkou sportů zařazených do 1. rizikové skupiny); provozovatele extrémních sportů (např. horolezectví nad 3 000 m n. m., vysokohorská turistika nad 3 000 m n. m., hloubkové potápění do hloubky nad 40 m, freediving, skok do hloubky na gumovém laně, sjíždění divokých vod - od stupně obtížnosti WW IV, adrenalinové sporty).

Dále nelze pojistit piloty sportovních letadel; piloty nebo jiné členy posádky vrtulníků; vojenské piloty; tovární jezdce motorových vozidel a plavidel; pyrotechniky; artistry a kaskadéry; krotitele šelem; příslušníky zásahových jednotek, skupin zvláštního nasazení a vojsk OSN.

