



Pojistné podmínky a další dokumenty NN Orange Bonus



Životní pojištění

Na vás záleží

Obsah

Informační list pro zájemce o pojištění NN Orange Bonus	1
obsahuje stručný přehled nejdůležitějších informací o uvedeném životním pojištění, jeho vlastnostech a možnostech a také o právech a povinnostech.	
Sdělení klíčových informací	6
obsahuje klíčové informace o pojistném produktu s investiční složkou.	
Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění	15
obsahují obecné informace o tom, jak pojištění vznikne, jak je to s pojistnou ochranou nebo jak může pojištění zaniknout a další související informace.	
Zvláštní pojistné podmínky pro jednotlivá pojištění a připojištění	21
obsahují konkrétní informace o konstrukci a fungování investičního životního pojištění a o pojistné ochraně, kterou lze sjednat v rámci Životního pojištění NN Orange Bonus. Věnujte pozornost těm pojištěním a připojištěním, která máte zahrnuta v pojistné smlouvě.	
Hlavní pojištění – investiční životní pojištění	21
Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (SMTV-P1U)	25
Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou (SMTV-K1U)	25
Připojištění invalidity 3. stupně, 2. stupně, 1. stupně (INV3-P1U, INV2-P1U, INV1-P1U)	27
Připojištění invalidity 3. stupně, 2. stupně, 1. stupně s klesající pojistnou částkou (INV3-K1U, INV2-K1U, INV1-K1U)	27
Připojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity (INV4-P1U)	29
Připojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity s klesající pojistnou částkou (INV4-K1U)	29
Připojištění zproštění od placení pojistného (tarif ZPRN-K1U)	30
Připojištění pro případ invalidity dítěte (JINV-P1U)	31
Připojištění závažných onemocnění ZO4 (ZON4-P1U)	33
Připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (ZON4-K1U)	33
Připojištění závažných zdravotních následků (ZZNA-P1U)	36
Připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (ZZNA-K1U)	36
Připojištění ZO PLUS pro ženy (ZOPZ-P1U)	41
Připojištění závažných onemocnění dětí (JZON-P1U)	42
Připojištění dlouhodobé péče II. stupně (LTC2-P1U)	47
Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně (LTC4-P1U)	47
Připojištění smrti následkem úrazu (SMUR-P1U)	49
Připojištění trvalých následků úrazu od 1% (TN01-P1U)	49
Připojištění trvalých následků úrazu od 10% (TN10-P1U)	49
Připojištění trvalých následků úrazu od 1% PREMIUM (TNX1-P1U)	49
Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů (DOU3-P1U)	59
Připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE (DOUP-P1U)	59
Připojištění smrti následkem úrazu NA CESTY (SMUR-C1U)	69
Připojištění trvalých následků úrazu od 1% NA CESTY (TN01-C1U)	69
Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů NA CESTY (DOU3-C1U)	71
Připojištění hospitalizace (HOSP-P1U)	73
Připojištění pro případ ošetřování dítěte (JOSE-P1U)	73
Připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne (PN29-P1U)	75
Připojištění pracovní neschopnosti PLUS (PNPL-P1U)	75
Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Bonus	77
upřesňují další podmínky tohoto pojištění a obsahují konkrétní a praktické informace, zejména sazebník pojistného za krytá rizika a informace o poplatcích nebo jak je to se slevami, s přírůžkami, s poplatky, nebo informace o pravidlech programů Fit či o pravidlech používání elektronických služeb.	

Informační list pro zájemce o Životní pojištění NN Orange Bonus

Informace pro zájemce o pojištění ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Informace o pojistiteli

Obchodní firma a právní forma pojistitele, místo registrace pojistitele:

NN Životní pojišťovna, N.V., pobočka pro Českou republiku, IČ: 40763587, se sídlem Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, sp. zn. A 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V. se sídlem Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsané v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“).

Hlavní předmět podnikání: pojišťovací činnost dle § 3, odst. 1, písm. f) ve spojení s § 137, odst. 1 a 2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v rozsahu pojištých odvětví I. a), b) a c), II., III. životních pojištění uvedených v části A přílohy tohoto zákona a činnost související s pojišťovací činností ve smyslu § 3, odst. 1, písm. n) ve spojení s § 137, odst. 1 zákona o pojišťovnictví.

Adresa sídla pojišťovny: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, kontakty: tel. 244 090 800, dotazy@nn.cz

Název a sídlo orgánu odpovědného za výkon dohledu nad činností pojišťovny: Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Zpráva o solventnosti a finanční situaci pojišťovny: internetové stránky pojišťovny www.nnpojistovna.cz, ve vztahu k mateřské společnosti internetové stránky www.nn.nl.

Informace o pojišťovacím zprostředkovateli

Vzhledem k tomu, že pojišťovna spolupracuje s více pojišťovacími zprostředkovateli, je identifikace konkrétního pojišťovacího zprostředkovatele uvedena tímto zprostředkovatelem samým ve smyslu ust. § 88 zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, a na tuto informaci pojišťovna odkazuje.

Titul, na základě kterého pojišťovací zprostředkovatel s klientem jedná:

Pojišťovací zprostředkovatel je oprávněn nabízet životní pojištění pojišťovny na základě smlouvy o obchodním zastoupení uzavřené s pojišťovnou.

Informace o poskytovaném investičním životním pojištění a o pojistné smlouvě na životní pojištění

Pro soukromé životní pojištění, které nabízí pojišťovna, platí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a ostatní obecné závazné právní předpisy České republiky, Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění, příslušné Zvláštní pojistné podmínky k jednotlivým druhům pojištění a přípojištění a Obchodní podmínky pro životní pojištění NN Orange Bonus. V pojistné smlouvě (včetně uvedených dokumentů) naleznete podrobné podmínky životního pojištění a jednotlivých přípojištění, stejně jako název pojištění, konkrétní rozsah pojistné ochrany, výši pojistného, dobu trvání pojištění a způsob placení pojistného.

Obecný popis produktu

Smlouva investičního životního pojištění zavazuje pojišťovnu k výplatě sjednané pojistné částky (pojistného plnění) v případě, že nastane událost definovaná v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách.

Investiční životní pojištění obsahuje kromě rizikové složky také složku investiční. **Dovolujeme si však upozornit, že primárním účelem tohoto produktu je poskytnutí pojistné ochrany proti definovaným rizikům** (prostřednictvím pojištění a přípojištění) **a nikoli investování.**

Upozorňujeme, že **investiční životní pojištění není spořením ve smyslu spořicího účtu, stavebního spoření ani jiných obdobných produktů.**

Investiční složka

- Pojistné snížené o příslušné (variabilní, příp. i alokační) poplatky se použije k vytvoření podílových jednotek, ze kterých se jednou měsíčně strhává pojistné za krytá rizika společně s poplatky za správu (pojištění, investice). V případě využití vyjmenovaných služeb mohou být strženy poplatky za služby. Všechny uvedené srážky jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pro životní pojištění NN Orange Bonus (dále Obchodní podmínky) a způsob jejich hrazení je popsán ve Zvláštních pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění (dále jen Zvláštní pojistné podmínky). Podílové jednotky **ne-spotřebované** na úhradu těchto srážek jsou dále **investovány ve finančních fondech** investičního životního pojištění nabízených pojišťovnou.
- Fondy investičního životního pojištění** (dále jen „finanční fondy“) **jsou vázány na vývoj hodnoty podkladových aktiv podílových fondů**, které za klienty nakupuje pojišťovna. Upozorňujeme, že neinvestujete přímo do podkladových aktiv tvořících portfolio finančních fondů, nýbrž do finančních fondů investičního životního pojištění, jejichž hodnota je vázána na hodnotu podkladových aktiv.

- Není garantována výše zhodnocení ani návratnost investice**, tj. Vámi zaplaceného pojistného.
- Fondy se liší mírou rizika a možných výnosů.
- Klíčovými riziky** ovlivňujícími hodnotu podílových jednotek finančních fondů jsou: riziko změn tržních hodnot podkladových aktiv a případné riziko směných kurzů. Více informací včetně souhrnného ukazatele rizik pro každý z finančních fondů je uvedeno v dokumentu Sdělení klíčových informací.
- Při volbě fondu nebo kombinace fondů **vezměte v úvahu, jakým typem investora jste** (jaký je váš vztah k riziku), tj. zejména jaké jsou vaše znalosti a zkušenosti v oblasti investic, jaký je zamýšlený **časový horizont**, v jaké **životní situaci** se nalézáte, tzn. jaké jsou vaše aktuální cíle a jaká je vaše aktuální finanční situace. Kdykoli můžete požádat o změnu vybraných fondů, vyhrazujeme si však právo a současně jsme dle platných právních předpisů povinni v určitých případech odmítnout vámi navrženou změnu týkající se volby či kombinace fondů, pokud taková změna podle našeho uvážení nekoresponduje s vašimi zájmy. Před každou změnou týkající se volby či kombinace fondů jsme dle platných právních předpisů povinni požadovat od vás a) vyplnění investičního či obdobného dotazníku, který vám za tímto účelem předloží váš pojišťovací zprostředkovatel, nebo b) vyplnění dotazníku na webových stránkách na investicnidotaznik.nn.cz. Vždy však doporučujeme chystanou změnu nejprve konzultovat s Vaším pojišťovacím zprostředkovatelem.
- Pojišťovna je oprávněna zřídit další finanční fondy nebo omezit možnost umisťovat pojistné do některých finančních fondů, a to pro některá nebo všechna pojištění.
- Upozorňujeme, že hodnota podílových jednotek finančních fondů je ze své podstaty **nestálá** a může kolísat v souvislosti s výkyvy tržních cen podkladových aktiv tvořících finanční fondy.
- Podrobné informace** ohledně cílů finančních fondů, prostředků jejich dosažení, popisu příslušných podkladových nástrojů a trhů, do kterých je investováno, jakož i způsob stanovení návratnosti **naleznete** v dokumentu „**Sdělení klíčových informací**“, který je součástí smluvní dokumentace, a naleznete je také u informací k tomuto investičnímu životnímu pojištění na našich internetových stránkách pojistovna.nn.cz. Vývoj fondů a neaktuálnější informace (např. o historických výnosech, podkladových aktivech) jsou rovněž dostupné na **internetových stránkách pojišťovny**.
- Vezměte prosím v úvahu, že dosažení určitého výnosu v minulosti není nikdy zárukou výnosů v budoucnosti.
- Protože je toto pojištění určeno primárně pro zajištění pojistné ochrany a nikoli pro investování, není možné v rámci tohoto produktu vytvářet příliš vysokou hodnotu investice, která by byla vyplacena na konci pojistné doby. Je pravděpodobné, že celé placené pojistné v průběhu doby trvání pojištění bude spotřebováno na úhradu pojistného za krytá rizika a poplatků.** To znamená, že **hodnota investice na konci trvání smlouvy se s největší pravděpodobností bude blížit nule.**

Riziková složka

Za krytá rizika (pojištění a přípojištění) si pojišťovna strhává **pojistné**, které **odpovídá aktuální úplatě za krytí tohoto rizika** pro danou věkovou skupinu (tzv. přirozené pojistné). Výši pojistného za krytá rizika může kromě aktuálního věku ovlivnit také vykonávaná pracovní, sportovní či volnočasová činnost pojištěného. Popis přírůžek a slev je uveden v Obchodních podmínkách.

Základní definice pojmů investičního životního pojištění

- Finanční fond** je portfolio investičních nástrojů, založené a spravované pojišťovnou nebo jí pověřeným správcem (např. investiční společností) pro účely investování pojistného v rámci investičního životního pojištění. Investičním nástrojem se rozumí např. akcie, dluhopisy, pokladniční poukázky.
- Podílové jednotky** představují Váš aktuální podíl na celkové hodnotě finančního fondu. Jsou nakupovány za Vámi uhrazené pojistné, od něhož byly odečteny příslušné poplatky.
- Podílový účet** je Váš individuální účet vedený pojišťovnou k Vaší pojistné smlouvě. Je tvořen podílovými jednotkami zvoleného finančního fondu (popř. více finančních fondů).

Předčasné ukončení smlouvy – odkupné a způsob jeho určení

V případě **předčasného ukončení smlouvy** se při splnění podmínek stanovených ve zvláštních pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění vyplácí hodnota **odkupného**. Ta je vždy **výrazně nižší než zaplacené pojistné**. Upozorňujeme, že tato hodnota může být zejména v případě předčasného ukončení smlouvy i **nulová**.

Odkupné = Hodnota podílových jednotek – Poplatek z odkupného (500 Kč)

Proti hodnotě odkupného může být započten také případný dluh na pojistném nebo jeho část. Vývoj hodnoty odkupného je vždy pro ilustraci zobrazen a vyčíslen také v modelaci průběhu pojistné smlouvy, se kterou je nutné se seznámit ještě před uzavřením pojistné smlouvy.

Modelace vývoje pojistné smlouvy

Modelace vývoje pojistné smlouvy, se kterou se seznámíte před sjednáním pojištění, **slouží pro Vaši představu, jak se vyvíjejí jednotlivé složky pojištění v čase. V reálném životě se však smlouva vyvíjí zpravidla jinak, než co může modelace v době sjednání smlouvy obsáhnout.** Často dochází během let ke změnám: na Vaši žádost se může změnit rozsah pojistné ochrany, výše pojistného, někdy mohou být uskutečňovány mimořádné vklady nebo výběry, změny může způsobit i opoždění platby. Modelace také počítá s určitým předpokládaným **zhodnocením** Vašich prostředků, které se však v čase mění v závislosti na vývoji finančních fondů, a jeho výše **není garantována**.

Možnosti pojištění a změny

Investiční životní pojištění má **volitelnou pojistnou částku** jak pro hlavní pojištění (pojištění pro případ smrti), tak i pro jednotlivá připojištění. V rámci pojištění lze připojistit vedle prvního pojištěného **až 4 další osoby**.

Pro všechny pojištěné osoby lze sjednat příslušná **připojištění**, která jsou součástí pojištění a která poskytují pojistnou ochranu **pro případ nemoci, úrazu či smrti**. Doba trvání připojištění může být shodná jako u hlavního pojištění nebo kratší. Rozhodující jsou přitom limity pro vstupní a výstupní věky pojištěných osob, tzn. v jakém věku lze dané riziko sjednat a do kdy může nejdéle trvat.

Většinu parametrů smlouvy je možné během jejího trvání **měnit**, pokud se na tom dohodnou obě smluvní strany. Vy jako pojistník (tj. ten, kdo smlouvu uzavřel) můžete požádat zejména o:

- přidání či odebrání pojištěných osob – provedení této změny je zdarma;
- přidání či odebrání připojištění – provedení této změny je zdarma;
- změnu pojistných částek pojištění či připojištění – provedení této změny je zdarma;
- navýšení pojistných částek v závislosti na vývoji inflace bez zkoumání zdravotního stavu (tzv. inflační navýšení – viz Všeobecné pojistné podmínky) – provedení této změny je zdarma;
- změnu umístění pojistného do finančních fondů (alokace) – první změna v pojistném roce je zdarma, další je zpoplatněna (viz Obchodní podmínky);
- převod prostředků mezi finančními fondy – první převod v pojistném roce je zdarma, další je zpoplatněn (viz Obchodní podmínky).

Můžete také zaplatit mimořádné pojistné nad rámec běžného (tj. pravidelně placeného) pojistného. Těto možnosti je vhodné využít zejména v případě nedostatečné hodnoty investiční složky, kdy hrozí vyčerpání podílového účtu a zánik pojištění, což umožní zajistit další trvání pojištění.

Dále lze v případě daňové neuznatelné smlouvy a splnění smluvně stanovených podmínek požádat o mimořádný výběr z podílových jednotek tohoto pojištění.

Pojistné krytí

Hlavní pojištění se sjednává pro případ smrti nebo dožití. V případě smrti je obmyšlené osobě určené v pojistné smlouvě vyplacena pojistná částka nebo hodnota podílových jednotek (k datu, kdy pojišťovna zaregistrovala oznámení pojistné události) podle toho, která z těchto hodnot je vyšší. Není-li obmyšlená osoba určena, platí ustanovení zákona. Na konci pojistné doby, tedy při takzvaném dožití, je pojištěné osobě vyplacena hodnota podílového účtu evidovaná k datu konce pojištění.

Připojištění

Veškeré detailní informace o jednotlivých připojištěních, kterými jsou zejména přesná definice pojistné události a způsob určení a výpočtu pojistného plnění, jsou uvedeny ve zvláštních pojistných podmínkách pro daná připojištění. V níže uvedené tabulce naleznete stručný přehled pojistitelných rizik.

Životní pojištění a volitelná životní připojištění

Označení pojištění a připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Smrt s konstantní pojistnou částkou – hlavní pojištění	SMTV-PIU	Úmrtí	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Smrt s klesající pojistnou částkou	SMTV-KIU		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 3. stupně	INV3-PIU	Invalidita 3. stupně dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Invalidita 3. stupně s klesající pojistnou částkou	INV3-KIU		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 2. stupně	INV2-PIU	Invalidita 2. stupně dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	INV2-KIU		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Invalidita 1. stupně	INV1-PIU	Invalidita 1. stupně dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	INV1-KIU		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Bezmocnost – 4. stupeň invalidity	INV4-PIU	Stupeň závislosti III nebo IV dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Bezmocnost – 4. stupeň invalidity s klesající pojistnou částkou	INV4-KIU		Aktuální pojistná částka ¹⁾
Zproštění od placení pojistného	ZPRN-KIU	Invalidita 3. stupně dle právních předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka, resp. zproštění od placení pojistného, které přebírá pojišťovna
Invalidita dítěte	JINV-PIU	Snížení soběstačnosti podle definice pojišťovny nebo vznik invalidity 3. stupně, popř. přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně dle předpisů o sociálním zabezpečení	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Závažná onemocnění ZO4	ZON4-PIU	Diagnóza některého z definovaných onemocnění (infarkt myokardu, mrtvice, rakovina, roztroušená skleróza)	Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Závažná onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou	ZON4-KIU		Příslušné procento z aktuální pojistné částky ¹⁾
Závažné zdravotní následky	ZZNA-PIU	Diagnóza některého z definovaných závažných zdravotních stavů	Příslušné procento z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě
Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou	ZZNA-KIU		Příslušné procento z aktuální pojistné částky ¹⁾
ZO PLUS pro ženy	ZOPZ-PIU	Diagnóza některého z definovaných onemocnění v těhotenství anebo vrozených vad narozeného dítěte	Příslušné procento z aktuální pojistné částky v pojistné smlouvě
Závažná onemocnění dítěte	JZON-PIU	Diagnóza některého z definovaných onemocnění nebo zdravotních komplikací	Příslušné procento z aktuální pojistné částky v pojistné smlouvě
Dlouhodobá péče III. a IV. stupně LTC	LTC4-PIU	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě pro daný stupeň dlouhodobé péče – vyplácena formou měsíčního plnění
Dlouhodobá péče II. stupně LTC	LTC2-PIU	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči II. stupně	

¹⁾ U připojištění s klesající pojistnou částkou se pojistná částka každoročně lineárně snižuje v závislosti na tom, jak se přibližuje konec pojistné doby.

Doplňkově sjednatelná úrazová rizika

Označení připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Smrt následkem úrazu	SMUR-P1U	Úmrtí následkem úrazu	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Trvalé následky úrazu od 1 %	TN01-P1U	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 1 %	Príslušné procento (1 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Trvalé následky úrazu od 1 % PREMIUM	TNX1-P1U		Príslušné procento (1 % až 1000 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Trvalé následky úrazu od 10 %	TN10-P1U	Vznik vymezeného trvalého následku v rozsahu nejméně 10 %	Príslušné procento (10 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Denní odškodné úrazu od 3 dnů	DOU3-P1U	Úraz s dobou léčení nejméně 3 dny (podle oceňovací tabulky)	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní v oceňovací tabulce
Denní odškodné úrazu PROGRESE	DOUP-P1U	Úraz s dobou léčení nejméně 90 dnů, od kdy se výplata násobí koeficientem progresse	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená koeficientem uvedeným v pojistných podmínkách a počtem dní v oceňovací tabulce
Smrt následkem úrazu NA CESTY	SMUR-C1U	Úmrtí následkem úrazu vzniklého při dopravní nehodě	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Trvalé následky úrazu od 1 % NA CESTY	TN01-C1U	Vznik vymezeného trvalého následku úrazu v rozsahu nejméně 1 %, který vznikl při dopravní nehodě	Príslušné procento (1 % až 500 %) ze sjednané pojistné částky určené podle oceňovací tabulky
Denní odškodné úrazu od 3 dnů NA CESTY	DOU3-C1U	Úraz vzniklý při dopravní nehodě, jehož doba léčení činí nejméně 3 dny (podle oceňovací tabulky)	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní v oceňovací tabulce

Doplňkově sjednatelná nemocenská rizika

Označení připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Hospitalizace	HOSP-P1U	Hospitalizace v nemocnici trvající alespoň 24 hodin	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní strávených v nemocnici
Pracovní neschopnost od 29. dne	PN29-P1U	Potvrzená pracovní neschopnost trvající alespoň 29 dní	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní pracovní neschopnosti, přičemž pojistné plnění se poskytuje od 29. dne pracovní neschopnosti
Pracovní neschopnost PLUS	PNPL-P1U	Potvrzená pracovní neschopnost trvající alespoň 57 dní	Při pracovní neschopnosti min. 57 dní bude vyplacena pojistná částka (denní dávka) nad rámec tarifu PN29-P1U již od 1. dne pracovní neschopnosti, tedy i za prvních 28 dní
Ošetřování dítěte	JOSE-P1U	Nemoc nebo úraz vyžadující nepřetržitě ošetřování dospělou osobou, pokud toto ošetřování trvá alespoň 29 dní nebo pokud jde o onemocnění výslovně uvedené ve Zvláštních pojistných podmínkách	Sjednaná pojistná částka (denní dávka) vynásobená počtem dní ošetřování, za které náleží odškodnění podle Zvláštních pojistných podmínek

Doba platnosti pojistné smlouvy, počátek pojištění, technický počátek pojištění

Pojistná smlouva je **uzavřena** dnem podepsání pojistné smlouvy zájemcem o uzavření pojištění (pojistníkem) a zástupcem pojišťovny. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního pojistného na účet pojišťovny, a to podle pravidel, ve lhůtě a ve výši sdělených pojišťovnou v rámci procesu uzavírání pojistné smlouvy tímto způsobem.

Doba platnosti pojistné smlouvy začíná běžet dnem uzavření pojistné smlouvy a končí jejím zánikem. Počátek pojištění nastává v 00:00 hodin následujícího dne po dni uzavření smlouvy, není-li sjednáno v pojistné smlouvě pozdější datum počátku pojištění. **Počátek pojištění** a konec pojištění pro jednotlivé druhy pojištění/připojištění je uveden v pojistné smlouvě a v pojistných podmínkách. Prostudujte pečlivě i **tzv. technický počátek pojištění**. Jedná se vždy o 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění (pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný se dnem počátku pojištění). Technický počátek pojištění je zároveň dnem splatnosti prvního běžného pojistného. Pojistná ochrana v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě je vždy poskytována až ode dne vydání pojistky pojišťovnou a současně ne dříve, než bylo zapláceno první běžné pojistné, a ne dříve než po počátku pojištění.

Pojistná ochrana do data vydání pojistky pojišťovnou

Pojistovna neposkytne pojistné plnění za ty škodné události, které nastaly před dnem, kdy byla na účet pojišťovny připsána řádně identifikovaná první platba ve výši běžného pojistného sjednaného v pojistné smlouvě, a před dnem počátku pojištění. To platí i pro příčiny škodných událostí nastalé v tomto období, pokud však nejde o zdravotní příčiny, které byly uvedeny ve zdravotním dotazníku a byly na základě posouzení pojišťovnou zahrnuty do pojistné smlouvy.

Na pojistné události a příčiny pojistných událostí, ke kterým dojde po uhrazení prvního pojistného v období **od data počátku pojištění do data vydání**

pojistky pojišťovnou, je pojistná ochrana poskytována pouze za předpokladu, že pojistná událost z kteréhokoli sjednaného pojištění či připojištění nastala výlučně v důsledku úrazu. Maximální výše pojistného plnění pro všechny pojistné události vzniklé z jedné pojistné smlouvy během tohoto období činí 6 milionů Kč.

Za dobu od data počátku pojištění do data technického počátku pojištění nehradíte pojistné.

Pojišťovna vydá pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.

Minimální délka trvání pojistné smlouvy

Pojištění se sjednává na dobu určitou, minimální doba pojištění je **10 let**. Trvání pojištění druhého pojištěného nebo některých připojištění může být stanoveno na kratší dobu než trvání celé smlouvy.

Pojistné, způsob a doba jeho placení

Pojistným se rozumí úplata za pojišťovnou poskytnutou pojistnou ochranu v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě.

Na smlouvě je placeno tzv. **běžné pojistné, tzn. pojistné placené v pravidelných splátkách** za zvolené pojistné období (například měsíčně). Výše běžného pojistného je stanovena v pojistné smlouvě, je závislá na rozsahu pojistné ochrany (sjednaných pojistných částkách). Přehled poplatků je obsažen v Obchodních podmínkách.

Běžné pojistné za první pojistné období je **splatné** ke dni technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období (počítáno od technického počátku pojištění dle sjednané frekvence). Běžné pojistné je hrazeno po celou dobu trvání pojištění. **Pojišťovna důrazně nedoporučuje zasílat vyšší platbu běžného pojistného, než je splatné pojistné, ani zasílat vyšší platbu na více pojistných období dopředu.**

Kromě běžného pojistného je možné kdykoli zaplatit také **mimořádné pojistné**. Taková platba však nemá žádný vliv na povinnost placení běžného pojistného. Prostřednictvím mimořádného pojistného lze zvýšit rezervu (investiční složku) pojištění, jejímž smyslem je především vytvořit finanční rezervu na dobu vyššího věku, kdy z ní bude strháváno pojistné za vyšší riziko z důvodu vyššího věku. Mimořádné pojistné však může být spotřebováno i na dosud neuskutečněné srážky, pokud na ně na podílovém účtu nebyly prostředky v době jejich splatnosti (tedy pokud je v určitých fázích trvání smlouvy záporná hodnota podílového účtu).

Pojistné musí být placeno **bankovním převodem** v Kč.

Jak správně hradit pojistné:

- Číslo účtu příjemce: 1000588419/3500
- Variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy
- Specifický symbol 11 pro běžné pojistné nebo 22 pro mimořádné pojistné. Záloha pojistného není požadována.

Pro mimořádné pojistné s odlišnou alokací, než která platí pro běžné pojistné (tzn. že mají být nakoupeny jednotky jiného finančního fondu), platí specifický symbol 33 + dvojciferné zvolené číslo fondu.

V případech příspěvku zaměstnavatele na pojistné smlouvy s využitím daňových výhod je specifický symbol tvořen následovně: IČ přispívajícího zaměstnavatele + „11“ nebo „22“, kde „11“ platí pro běžné pojistné, „22“ pro mimořádné pojistné hrazené zaměstnavatelem. Je-li výsledný specifický symbol méně než 10místný, doplní se zleva nulami na celkovou délku 10 číslic.

Pokud zaměstnavatel hradí pojistné za zaměstnance formou srážky ze mzdy, identifikační údaje jsou stejné jako pro platbu pojistníka, tj. do specifického symbolu se neuvádí IČ.

Výše pojistného za sjednaná pojištění a připojištění

Za každé sjednané pojištění a připojištění je měsíčně strháváno **pojistné za krytá rizika (rizikové pojistné)**. To je stanoveno pro každý věk; **strhne se tedy vždy v takové výši, která odpovídá riziku pro aktuální věk klienta**. Celkově placené pojistné je stanoveno s předpokladem, že postačí k úhradě rizika za celou pojistnou dobu, tedy až do konce trvání pojistné smlouvy. Pokud by nastala situace, že např. vlivem poklesu hodnoty podílových jednotek placené pojistné nebude postačovat, bude pojistník pojišťovnou upozorněn na nutnost zvýšit pojistné.

Přehled o výši pojistného za všechna rizika, která je možné sjednat v rámci dané smlouvy, získáte z těchto zdrojů:

- z aktuálních Obchodních podmínek, kde je uveden sazebník pojistného za všechna pojištění a připojištění
- z kalkulačky pojistného za krytá rizika, která je k dispozici na internetové adrese kalkulacka.nn.cz
- z modelace průběhu pojistné smlouvy, která obsahuje souhrn pojistného za krytá rizika v jednotlivých letech jejího trvání

Poplatky z pojištění

Přehled všech poplatků a další informace k nim naleznete v Obchodních podmínkách. Způsob jejich hrazení je popsán také ve Zvláštních pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění v čl. 6 nazvaném „Jaká jsou pravidla pro poplatky a jiné srážky“.

NN Bonus – věrnostní bonus

V pojištění se sjednávají následující bonusy, které mají dopad na stanovení minimální výše placeného pojistného:

Věrnostní Bonus se stanoví jako procento ze zaplaceného pojistného za krytá rizika. V závislosti na výši celkového placeného pojistného a pojistného za krytá rizika může být sjednán také mimořádný věrnostní bonus.

Tyto bonusy budou přiznány a vyplaceny způsobem a za podmínek stanovených v Obchodních podmínkách. Informaci o výši bonusů na Vaši smlouvě naleznete na pojistce nebo na potvrzení o provedené změně.

Výluky z pojistného plnění a jiná omezení

Aby se předešlo případným nedorozuměním, je třeba věnovat velkou pozornost těmto informacím:

- **Přesné vymezení pojistné události** – co se rozumí pojistnou událostí a co nikoli, najdete ve Zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- **Čekací doba** – doba určená v pojistné smlouvě, po kterou není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění; jejím smyslem je předejít spekulacím, proto není uplatňována v případě úrazů; vymezení najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 10.
- **Výluky** – případy, kdy pojišťovna neposkytuje pojistné plnění; jedná se zpravidla o situace vlastního zavinění škody klientem, určitá mimořádná rizika jako jaderné katastrofy či války; přesné vymezení výluk najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 8.

- **Snížení pojistného plnění** – případy, kdy pojišťovna za určitých okolností omezuje výši plnění; přesné vymezení najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 9; konkrétně se jedná o případy úrazu po požití alkoholu nebo jiné návykové látky, pokud je zde příčinná souvislost mezi požitím alkoholu a vznikem úrazu. Dále se jedná o případy, kdy pojistník nebo pojištěný neuvede při uzavírání smlouvy nebo její změně všechny údaje o své osobě pravdivě a úplně a v důsledku zamlčení údajů je stanoveno nižší pojistné. Rovněž je možné omezit pojistné plnění při neoznámené změně pojistného rizika (zejména změně zaměstnání či změně provozovaných aktivit).

Informace o daňových právních předpisech (aktualizováno k 1. 11. 2020)

Odečitatelnost pojistného za soukromé životní pojištění a osvobození příspěvku zaměstnavatele od daně z příjmů

- Od základu daně může **pojistník** odečíst pojistné max. do výše 24 000 Kč zaplacené ve zdaňovacím období, pokud výplata pojistného plnění při dožití je sjednána nejdříve po 60 měsících od uzavření smlouvy a zároveň nejdříve v roce, v jehož průběhu dosáhne pojistník 60 let. Podmínkou pro daňovou odečitatelnost je, že je smlouva sjednána jako daňově uzatelná a že není umožněna výplata jiného příjmu, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy (tzv. mimořádný výběr jednotek).
- Příspěvky **zaměstnavatele** na pojistné až do výše 50 000 Kč za rok jsou osvobozeny od daně z příjmů (při splnění výše uvedených podmínek).
- Pro zohlednění výše popsanych daňových zvýhodnění se použije část běžného pojistného zaplaceného ve zdaňovacím období **po odečtení pojistného za krytá rizika, která nejsou daňově zvýhodněná**.

Za daňově uzatelná se přitom považuje pojistná ochrana sjednaná pro prvního pojištěného v tomto rozsahu: hlavní pojištění, připojištění smrti s konstantní nebo klesající pojistnou částkou, připojištění invalidity 3. stupně s konstantní nebo klesající pojistnou částkou a připojištění zproštění od placení pojistného.

- **Danění pojistného plnění:** Pojistné plnění **při dožití** snižené o zaplacené pojistné je daněno srážkovou daní **15 %**.
- Pojistné plnění v případě **ostatních pojistných událostí** (smrti, úrazu, nemoci, invalidity apod.) **se nedaní**.
- **Danění mimořádných výběrů** (nelze je uskutečnit u daňově uzatelných smluv): Základem pro výpočet je hodnota mimořádného výběru snižená o zaplacené pojistné. Ke snížení základu daně nelze použít pojistné, které snížilo základ daně při předchozím výběru. (Pro smlouvy uzavřené do 31. 12. 2014 se do zaplaceného pojistného nezapočítává případný příspěvek zaměstnavatele uhrazený do 31. 12. 2014.) Sazba srážkové daně je 15 %.
- **Danění při předčasném ukončení smlouvy s výplatou odkupného:** Základem pro výpočet je hodnota odkupného snižená o zaplacené pojistné. Ke snížení základu daně nelze použít pojistné zaplacené zaměstnavatelem do 31. 12. 2014 ani pojistné, které snížilo základ daně při částečném odkupu. Do zaplaceného pojistného se nezapočítává ani příspěvek zaměstnavatele, který byl uhrazen v době, která předchází 10 letům ode dne ukončení smlouvy. Sazba srážkové daně je 15 %.

V případě předčasného ukončení **daňově uzatelné smlouvy sjednané do 31. 12. 2014** vzniká pojistníkovi povinnost dodatit uplatněné pojistné, o které si snížil základ daně způsobem popsáním v zákoně o daních z příjmů. V případě mimořádného výběru na daňově uzatelné smlouvě (sjednané do 31. 12. 2014), vzniká pojistníkovi povinnost zdanit příspěvky zaměstnavatele, které byly od daně z příjmů osvobozeny za zdaňovací období počínaje 1. 1. 2015, způsobem popsáním v zákoně o daních z příjmů.

V případě předčasného ukončení **daňově uzatelné smlouvy sjednané od 1. 1. 2015** vzniká pojistníkovi povinnost dodatit uplatněné pojistné, o které si snížil základ daně a zdanit příspěvky zaměstnavatele, které byly od daně osvobozeny, způsobem popsáním v zákoně o daních z příjmů. Uvedené informace jsou zjednodušeným přehledem k tématice. Další informace naleznete v zákoně č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Pro bližší informace se můžete obrátit na svého daňového poradce.

Způsoby zániku pojistné smlouvy a/nebo zániku sjednaných připojištění

Pojištění může zaniknout těmito způsoby:

- uplynutím pojistné doby;
- dnem smrti pojištěného (zanikají všechna jeho pojištění a připojištění; jde-li o prvního pojištěného, zaniká celá pojistná smlouva);
- dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného;
- pisemnou výpovědí ze strany pojistníka;
- pisemnou výpovědí ze strany pojišťovny;
- odstoupením;
- dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
- zánikem pojistného zájmu;
- zánikem pojistného nebezpečí;
- dohodou;
- výplatou odkupného;

- l) pokud zánik připojištění způsobí, že není splněna podmínka minimálního celkového běžného pojistného pro dané životní pojištění.

Pojistník i pojišťovna mohou pojištění **vypovědět** do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s 8denní výpovědní lhůtou, přičemž pro výpověď ze strany pojistníka je tato lhůta prodloužena a začíná plynout od data vydání pojistky. Pojistník může vypovědět pojištění ke konci pojistného období (tj. období podle zvolené frekvence placení), přičemž musí být výpověď doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná. Pojišťovna má toto právo, nejedná-li se o pojištění označená v pojistných podmínkách jako životní.

Poučení o právu na odstoupení od smlouvy

- **Kdy má klient (pojistník) právo odstoupit od smlouvy bez udání důvodu:** Pojistník má právo do 30 dnů od vydání pojistky (lhůta je prodloužena ve případech pojistníka) od pojistné smlouvy odstoupit bez udání důvodu. Lhůta je zachována, je-li odstoupení zasláno před jejím uplynutím. V případě uzavření prostředky na dálku se lhůta počítá ode dne, kdy pojistník obdrží pojistku. Toto právo pojistníka vyplývá z § 1846 občanského zákoníku.
- **Kdy ještě má klient (pojistník) právo odstoupit od smlouvy:** Pojistník má právo odstoupit od pojistné smlouvy, jestliže pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel nepravdivě nebo neúplně zodpověděli písemné dotazy týkající se sjednávaného pojištění nebo pokud jej pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel neupozornili na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a požadavky pojistníka, kterých si musela být pojišťovna vědoma, a to do dvou měsíců ode dne, kdy se tyto skutečnosti pojistník dozví. Toto právo pojistníka vyplývá z § 2789 občanského zákoníku.
- **Kdy má pojišťovna právo odstoupit od smlouvy:** Pojišťovna může od smlouvy odstoupit do dvou měsíců ode dne, kdy se dozví, že pojistník nebo pojištěný nepravdivě nebo neúplně zodpověděli dotazy při sjednávání pojistné smlouvy, a to v případě, že by pojistnou smlouvu pojišťovna neuzavřela, kdyby dotazy zodpověděli úplně a pravdivě. Toto právo pojišťovny vyplývá z § 2788 občanského zákoníku.
- **Jak provést odstoupení od smlouvy:** Pojistník zašle odstoupení na adresu pojišťovny uvedenou v úvodní části tohoto informačního listu. Lze také použít vzorový formulář Oznámení o odstoupení, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojištovna.cz.
- **Jaké jsou důsledky odstoupení od smlouvy:** Odstoupil-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojišťovna do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupila-li od smlouvy pojišťovna, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupil-li pojišťovna od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojišťovně to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné. Odstoupením se pojistná smlouva od počátku ruší. V případě neuplatnění práva na odstoupení za výše uvedených podmínek zůstává pojistná smlouva platnou a účinnou. Možnost ukončení pojistné smlouvy jiným ze shora uvedených způsobů zániku (písm. a až l) tím není dotčena.

Kde může klient podat stížnost

1. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba (dále společně jen „klient“) může podat stížnost týkající se výkonu pojišťovací činnosti pojišťovny nebo výkonu činnosti pojišťovacího zprostředkovatele v souvislosti s platnou nebo zaniklou pojistnou smlouvou.
2. Klient má možnost podat stížnost písemně prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu NN Životní pojišťovna, Oddělení stížností, Nádražní 344/25, Praha 5 – Smíchov, PSC 150 00, Česká republika, e-mailem na adresu dotazy@nn.cz, telefonicky na tel. klientské linky: 244 090 800, osobně v sídle pojišťovny nebo pomocí formuláře na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz/podat-stiznost.
3. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Nevyplývají-li z ní tyto skutečnosti nebo je-li k řádnému vyřízení stížnosti třeba doložit další doklady, vyzve pojišťovna klienta, aby ve stanovené přiměřené lhůtě stížnost doplnil nebo doložil potřebné doklady. Pokud tak klient neučiní, bude stížnost považována za zmatečnou a nebude moci být vyřízena.
4. Pojišťovna se bude zabývat každou doručitou stížností, která bude splňovat výše uvedené náležitosti. Lhůta na vyřízení stížnosti je 30 kalendářních dnů a začíná plynout prvním pracovním dnem po jejím doručení pojišťovně, popřípadě prvním pracovním dnem po jejím doplnění. Tato lhůta může být prodloužena o dalších 30 kalendářních dnů, a to zejména v případě potřeby vyžádat si součinnost třetích osob.
5. Stížnost klienta bude pojišťovna vyřizovat bez zbytečného odkladu, přičemž klient nemá nárok domáhat se jejího přednostního vyřízení.
6. Klient je oprávněn podat na postup pojišťovny nebo pojišťovacího zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, sekce dohledu nad finančním trhem, odbor dohledu nad pojišťovnami nebo odbor ochrany spotřebitele, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Právní předpisy platné pro pojistnou smlouvu a řešení sporů

Pojistná smlouva, kterou sjednává pojišťovna, se řídí právním řádem České republiky (dále ČR), zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Rozhodování sporů v zásadě přísluší obecným soudům ČR; v případě vzniku sporu z titulu uzavřené pojistné smlouvy je možné všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním řešit u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky nebo před příslušnými subjekty pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v souvislosti s životním pojištěním. K těmto subjektům náleží Finanční arbitř, www.finarbitr.cz, Česká obchodní inspekce, www.coi.cz. Spory z doplňkových neživotních pojištění (připojištění) lze rovněž řešit před ombudsmanem České asociace pojišťoven, www.ombudsmancap.cz. Pro řešení sporu ze smlouvy uzavřené on-line (tj. prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku) můžete využít rovněž Platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>.

Další informace pro zájemce o pojištění

Definice všech pojištění a způsoby zániku pojistné smlouvy jsou zájemci oznámeny v tomto informačním listu a dále ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění a Zvláštních pojistných podmínkách platných pro sjednaný typ pojištění a v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

- Pokud příslušné pojistné podmínky nestanoví jinak, územní rozsah jednotlivých (při)pojištění je celosvětový.
V případě škodné události můžete využít možnost on-line hlášení na stránkách pojišťovny, kontaktovat naše kontaktní centrum na telefonu 244 090 800 nebo se obrátit na svého pojišťovacího zprostředkovatele.
- **Informace o povaze odměny:** pojišťovací zprostředkovatel je za svou poradenskou činnost odměňován prostřednictvím provize za uzavření pojistné smlouvy, příp. za některé typy provedených změn.
- **Pojišťovna výslovně upozorňuje,**
 - že máte (Vy jako zájemce o pojištění a budoucí pojistník) právo na poskytnutí rady, zejména ze strany pojišťovacího zprostředkovatele, týkající se vhodnosti Vašeho záměru sjednat pojištění nebo jeho změnu, pojišťovací zprostředkovatel provede analýzu Vašich požadavků a potřeb, o čemž bude vyhotoven záznam, a v návaznosti na to bude vytvořena kalkulace s konkrétním návrhem nastavení pojistného krytí, z toho plynoucí celkovou výší pojistného a dalších parametrů;
 - že neposuzuje vhodnost pojištění v průběhu trvání pojistné smlouvy;
 - že neposkytnete-li dostatečné informace (např. Vaše požadavky, cíle, rizika, finanční situace apod.), není schopna určit, zda je pro Vás navrhovaný produkt vhodný.
- **Jazyk pro komunikaci mezi smluvními stranami**
Český jazyk, není-li dohodnuto jinak.
- **Omezení distribuce**
Tento produkt není registrován podle příslušných právních předpisů Spojených států amerických (dále jen „USA“) upravujících činnosti související s obchodem s cennými papíry a z toho důvodu jej není možné uzavřít pojistnou smlouvu s osobou spadající pod definici americké osoby (U.S. Person), tj. zejména s občany a daňovými rezidenty USA, držiteli tzv. zelených karet ani s osobami, které by při jednání s NN byly zastupovány investičními poradci či správci portfolií se sídlem USA nebo zástupci takových společností.
- **Vyžádání dalších informací**
V případě zájmu si můžete kdykoliv vyžádat další informace týkající se uvedeného životního pojištění. Kdykoli během trvání pojistné smlouvy máte právo obdržet pojistné podmínky v tištěné podobě a právo změnit způsob komunikace.
- **Platnost údajů uvedených v tomto dokumentu**
Údaje uvedené v tomto dokumentu jsou platné k 1. 11. 2020 a zůstávají v platnosti do jejich případné změny, která Vám bude v souladu se smlouvou řádně a včas oznámena.

Sdělení klíčových informací

V tomto sdělení naleznete klíčové informace o pojistném produktu s investiční složkou. Nejedná se o propagační materiál. Poskytnutí těchto informací vyžaduje zákon, aby Vám pomohly porozumět podstatě, rizikům, nákladům, možným výnosům a ztrátám spojeným s tímto produktem a porovnat jej s jinými produkty.

Produkt: Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060) se zvolenou investicí do finančního fondu investičního životního pojištění AE16 Fond indexový

Tvůrce produktu: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, IČ: 40763587, se sídlem Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V. se sídlem Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsané v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“), www.nnpojistovna.cz, email: dotazy@nn.cz, tel: +420 800 127 127.

Internetové stránky pojišťovny: www.nnpojistovna.cz

Další informace lze získat:

Kontaktní centrum tel.: 244 090 800 nebo dotazy@nn.cz

Příslušný dohledový orgán: Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, Česká republika. Pojišťovna vykonává činnost na území České republiky na základě práva pojišťovny z jiného členského státu zřídit zde svou pobočku, a to rozsahu, v jakém jí bylo uděleno v Nizozemském království, a podléhá proto též dohledu De Nederlandsche Bank, Westeinde 1, P.O. BOX 98, 1000 AB Amsterdam, Nizozemské království.

Datum vypracování sdělení: 1. 11. 2020

Upozornění: Produkt, o jehož koupi uvažujete, je složitý a může být obtížně srozumitelný.

O jaký produkt se jedná?

Typ produktu: Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060) je investiční životní pojištění pro případ smrti nebo dožití. Produkt obsahuje investiční složku, v rámci níž je možné zvolit druh fondu. Toto sdělení klíčových informací popisuje situaci, kdy je zvolen AE16 Fond indexový. Jedná se o interní fond, který investuje prostředky převážně do fondů typu ETF (Exchange Traded Fund = burzovní obchodovaný fond).

Cíle produktu: Cílem produktu je především poskytovat pojistnou ochranu pro případ nenadálých životních situací (invalidita, nemoc, úraz, smrt apod.) v kombinaci s investicí do zvoleného finančního fondu. Cílem indexového portfolia (AE16 Fond indexový) je dosahovat růstu tržní hodnoty portfolia vyjádřené v českých korunách. Za tím účelem bude investiční manažer investovat prostředky do speciálních fondů typu ETF, jejichž emitentem jsou entity skupiny Vanguard. Vedle těchto investic bude investiční manažer investovat také do depozitních vkladů a nástrojů peněžního trhu. Investiční manažer bude usilovat o přiblížení se následujícímu teritoriálnímu rozložení: 50 % ETF evropských indexů + 25 % U.S. indexů + 10 % ETF asijských indexů + 15 % indexů rozvíjejících se trhů. Návratnost je závislá především na výkonnosti příslušných akciových trhů, na jejichž indexy je fond navázán, v menší míře také na výkonnosti zmíněných vkladů a nástrojů peněžního trhu. S ohledem na tento profil rizik je doporučená doba držení investiční složky produktu v AE16 Fond indexový nejméně 5 let. Doporučená doba držení produktu s investiční složkou je do věku 60 let klienta, minimálně však 5 let. Ve zde uvedených příkladech 30letého klienta se uvažuje doba držení produktu 30 let.

Zamýšlený retailový investor: Investiční životní pojištění spojené s výše specifikovaným fondem je určeno pro investory, kteří jsou ochotni podstoupit finanční riziko, konkrétně riziko finanční ztráty, aby v doporučeném horizontu zvýšili potenciál růstu hodnoty své investice vyjádřené v českých korunách. Finanční fond AE16 Fond indexový není vhodný pro investory s investičním horizontem kratším než 5 let a pro investory neobeznámené s riziky spojenými s investicemi na akciových trzích. Finanční fond je naopak vhodný pro tzv. dynamické investory, kteří jsou ochotni nést riziko ztráty. Pro Vaši případnou lepší orientaci, jakým typem investora jste, doporučujeme vyzkoušet investiční test na webových stránkách pojišťovny: <http://investicnidotaznik.nn.cz>.

Údaje o pojistných plněních a nákladech na pojištění:

Hodnota všech zahrnutých pojistných plnění je uvedena v oddílu nazvaném „Jaká podstupují rizika a jakého výnosu bych mohl/-a dosáhnout?“

V případě dožití se konce pojistné doby bude vyplacena aktuální hodnota investice.

V případě smrti v průběhu trvání pojištění bude vyplacena aktuální pojistná částka pro případ smrti nebo aktuální hodnota investice, pokud je hodnota investice vyšší než pojistná částka.

Smrt nebo další pojistné události (invalidita, závažná onemocnění, úraz, hospitalizace, pracovní neschopnost apod.) mohou být v produktu zahrnuty formou **volitelných připojištění**. Jejich sjednání v rámci konkrétní smlouvy se odvíjí od individuálních požadavků a potřeb klienta. Pojistné plnění je závislé na sjednané pojistné částce, přičemž se vyplácí buď celá pojistná částka, nebo procento z ní. Přehled připojištění včetně popisu určení pojistného plnění jsou popsány v dokumentu „Informační list pro zájemce o investiční životní pojištění“. Detailní informace o jednotlivých připojištěních, kterými jsou zejména přesná definice pojistné události a způsob určení a výpočtu pojistného plnění, jsou uvedeny ve zvláštních pojistných podmínkách pro dané připojištění.

Pojistné se hradí v pravidelných splátkách v závislosti na zvolené frekvenci placení, která může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční. V příkladech dále (v částech „S jakými náklady je investice spojena“ a „Scénáře výkonnosti“) je předpokládáno celkem 360 měsíčních plateb pojistného za 30 let pojistné doby.

Pojistné za krytá rizika se hradí formou pravidelných srážek z hodnoty investice (z podílového účtu), a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce. Počet těchto srážek je roven celkové době trvání pojištění v měsících. Pojistné za krytá rizika je tzv. přirozené pojistné, které odpovídá vždy aktuální míře rizika pro daný věk. Jeho výše se může měnit v závislosti na rostoucím věku klienta. Sazebník pojistného za krytá rizika pro jednotlivé věkové kategorie je uveden v „Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus“.

Míru pojistného rizika a tedy i cenu pojištění ovlivňují tyto faktory: zdravotní stav pojištěné osoby; jeho zaměstnání; sportovní činnost, jiná zájmová činnost; místo dlouhodobého pobytu (dále „biometrické vlastnosti“). Typickými biometrickými vlastnostmi zamýšlených retailových investorů pro výpočty uvedené v tomto dokumentu jsou:

- klient ve věku 30 let; dlouhodobě žijící na území ČR; nemá zdravotní potíže, které by ovlivňovaly výši pojistného za krytá rizika ani vstup (akceptaci) do pojištění (např. chronické onemocnění, prodělané závažnější onemocnění); neprovozuje rizikové zaměstnání (např. hasič) ani jinou rizikovou aktivitu (např. adrenalinovou, kontaktní sport).

V rámci tohoto dokumentu uvádíme ilustrativní příklad smlouvy, který vychází z výše uvedených biometrických vlastností zamýšleného retailového investora. V tomto příkladu by při předpokládaném měsíčním pojistném 2 250 Kč činilo pojistné za krytá rizika v průměru 25 Kč (tj. 1,11 %). Průměrná výše měsíční investice tak činí 2 225 Kč.

Dopad pojistného za krytá rizika na návratnost investice na konci doporučené doby držení je 0,06 % (jedná se o náklady, které hradíte za pojistnou ochranu pro případ úmrtí ve výši ilustrativní pojistné částky 500 000 Kč).

Výše nákladového zatížení produktu (RiY) a stejně tak i jeho alokace (skladba nákladů) se může lišit v závislosti na výši pravidelně placeného pojistného (úložky) a jeho frekvenci, výši a rozsahu sjednaných pojištění a biometrických vlastnostech pojištěné osoby (pojištěného).

Zánik

Produkt, tj. Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060), zaniká uplynutím pojistné doby sjednané v pojistné smlouvě. Finanční fond AE16 Fond indexový nemá pevně stanovenou dobu trvání. Klient může v průběhu pojistné doby změnit finanční fond, do kterého bude v rámci investiční složky produktu investovat. Pojišťovna je rovněž oprávněna rozhodnout o ukončení spravování investic v daném fondu a navrhnout klientovi nový fond podle postupu uvedeného ve smlouvě. Pokud dojde ke změně na straně správce finančního fondu (např. sloučení fondů, převod fondu), bude o tom klient informován prostřednictvím webových stránek pojišťovny.

Pojišťovna může smlouvu **jednostranně** ukončit těmito způsoby:

- odmítnutím pojistného plnění nebo odstoupením od smlouvy v případě neuvedení pravdivých a úplných informací při uzavření pojistné smlouvy nebo při oznámení pojistné události nebo
- ve výjimečných případech v případě změny pojistného rizika (netýká se však změny zdravotního stavu).

Smlouva **automaticky** končí vyčerpaním podílových jednotek na podílovém účtu, avšak pouze za podmínek uvedených v pojistných podmínkách.

Co se stane, když pojišťovna není schopna uskutečnit výplatu?

V rámci odvětví pojištnictví neexistuje systém záruk nebo odškodnění pro investory pro případ úpadku pojišťovny, proto nelze zcela vyloučit, že investor může teoreticky utrpět finanční ztrátu spočívající v nenávratnosti investice.

S jakými náklady je investice spojena?

Náklady v čase

Snížení výnosu (RiY) ukazuje, jaký dopad budou mít celkové náklady, které zaplatíte, na výnos z investice, který byste mohli získat. Celkové náklady zohledňují jednorázové, průběžné, vedlejší, přímé a nepřímé náklady.

Scénáře pro investici 27 000 ročně (placeno měsíčně)	Pokud provedete odprodej (zrušení smlouvy)		
	po 1 roce	po 15 letech	po 30 letech
Náklady celkem	12 873 Kč	98 173 Kč	190 777 Kč
Dopad na výnos RiY (reduction in yield)	75,92 %	3,82 %	1,68 %

Skladba nákladů

Tabulka níže ukazuje:

- Každoroční dopad různých typů nákladů na výnos z investice, který byste mohli získat na konci doporučené doby držení produktu (pro ilustrativní příklad 30 let);
- Význam různých kategorií nákladů.

Tato tabulka ukazuje dopad jednotlivých nákladů na předpokládaný roční výnos (jedná se o rozpad hodnoty 1,68 % z tabulky výše)			
Jednorázové náklady	Náklady na vstup (alokační poplatek)	0,61 %	Dopad nákladů, které platíte při vstupu do pojištění, přičemž tyto náklady jsou již zahrnuty v ceně produktu (pojistném). Uvedené náklady již zahrnují náklady na distribuci.
	Náklady na výstup (poplatek při dožití)	0,00 %	Dopad nákladů na ukončení Vaší investice, pokud dosáhla splatnosti.
Průběžné náklady	Transakční náklady portfolia (variabilní poplatek)	0,15 %	Dopad nákladů Vašich nákupů a prodejů podkladových investic.
	Jiné průběžné náklady (pojistné za krytá rizika, poplatky za správu pojištění, výdaje portfolia TER)	0,92 %	Dopad nákladů, které každý rok vynakládáme na správu Vašich investic včetně správy pojištění a nákladů představených v oddílu Údaje o pojistných plněních a nákladech na pojištění.

Jak dlouho bych měl/-a investici držet? Mohu si peníze vybrat předčasně?

Produkt je sjednáván na základě zaznamenaných požadavků a potřeb klienta, aby poskytoval pojištnou ochranu pro případ rizik relevantních vždy pro dané časové období a vhodné nastavení investiční složky. Měli byste produkt držet do jeho splatnosti podle doby trvání pojištění sjednané ve smlouvě. Nedodržení původně sjednané doby trvání smlouvy může znamenat zbytečně vyšší poplatkové zatížení (vyšší alokační poplatek pro delší dobu trvání smlouvy), tedy finanční znevýhodnění nebo daňové zatížení. Předčasné ukončení produktu může mít vliv na průměrný výnos z investice vyjádřený ukazatelem RiY a popisem scénářů výkonosti (viz informace v předchozích kapitolách).

U finančního fondu **AE16 Fond indexový** činí minimální doporučená délka doby investování 5 let.

Lhůta na rozmyšlenou a případné odstoupení od smlouvy činí 30 dní. Lhůta pro ukončení smlouvy (výpovědní lhůta) je stanovena na 2 měsíce s 8denní výpovědní dobou. Obě lhůty počínají běžet ode dne uvedeného v záhlaví pojistky (tím je prodloužena zákonná lhůta pro takový úkon z Vaší strany, která je stanovena k okamžiku uzavření smlouvy). Klient může pojištění vypovědět také s 6týdenním předstihem ke konci každého pojistného období (pojistné období je období, za které se platí pojistné).

Peníze investované v rámci produktu (smlouvy investičního životního pojištění) mohou být předčasně dostupné v těchto případech:

- Mimořádný výběr části hodnoty investice, pokud však pojistná smlouva není soukromým životním pojištěním ve smyslu zákona o daních z příjmů a nejsou z ní uplatněny daňové odpočty; nebo
- Výpověď pojistné smlouvy klientem ke konci pojistného období s výplatou odkupného, anebo na základě žádosti o výplatu odkupného (které je spojené se zánikem smlouvy).¹⁾

Dále je možné převedení hodnoty finančního fondu do jiného finančního fondu nabízeného v rámci investičního životního pojištění.

Podmínkou realizace odkupného je kladná hodnota investice v rámci produktu. Podmínkou realizace mimořádného výběru je minimální požadovaná hodnota investice, která je uvedena v pojistných a Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

Zde uvedené částky jsou kumulativní náklady produktu samotného po tři různé doby držení produktu. Zahrnují možné penalizace (poplatky) za předčasné ukončení produktu. Údaje předpokládají, že každý rok investujete 27 000 Kč s frekvenční měsíční úhradou (2 250 Kč / měsíc). Tyto údaje jsou odhady a mohou se v budoucnu měnit.

Tabulka nákladů v čase

Osoba, která Vám tento produkt prodává nebo Vám o něm poskytuje poradenství, Vám může účtovat jiné náklady. Pokud ano, poskytne Vám tato osoba o těchto nákladech informace a objasní Vám dopad, který budou mít v čase všechny náklady na Vaši investici.

S uvedenými úkony jsou spojeny následující poplatky (platné k 11. 2020):

Mimořádný výběr části investiční hodnoty	100 Kč za každý výběr
Převod hodnoty finančního fondu (jeden převod v každém pojistném roce zdarma)	50 Kč
Předčasné ukončení celé smlouvy	500 Kč

Jakým způsobem mohu podat stížnost?

Ohledně činnosti NN nebo zprostředkovatele můžete Vy, příp. oprávněná osoba, podat stížnost, a to písemně na adresu NN Životní pojišťovna, Oddělení stížností, Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, e-mailem na adresu dotazy@nn.cz, osobně v sídle pojišťovny nebo pomocí formuláře na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojistovna.cz/formular/klientska-zona/stiznost.

Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Klient je oprávněn podat na postup pojišťovny nebo pojišťovaciho zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, případně se také obrátit se na finančního arbitra nebo příslušný soud.

Jiné relevantní informace

Další informace o produktu lze získat zejména z těchto zdrojů:

Dokumenty, na něž má investor (klient) nárok ze zákona:

- Smluvní materiály, jakými jsou Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění, Zvláštní pojistné podmínky pro hlavní pojištění a jednotlivá připojištění, Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Bonus, Informační list pro zájemce o Životní pojištění NN Orange Bonus;

Dokumenty / informace dostupné nad rámec zákona, které jsou investoro- vi/klientovi dostupné – lze se s nimi seznámit nebo o ně požádat:

- Podmínky poskytování a používání elektronických služeb;
- Webové stránky pojišťovny www.nnpojistovna.cz;
- Jakékoli jiné informace, které se vztahují k jeho smlouvě (např. pojistné plnění, akceptace do pojištění, možné změny v pojištění a ve smlouvě).

¹⁾ V tomto případě vzniká klientovi povinnost dodanit uplatněné pojistné, o které si snížil základ daně, a zdanit případné příspěvky zaměstnavatele, které byly od daně osvobozeny, a to způsobem popsáním v zákoně. Tato sankce hrozí pouze v tom případě, není-li odkupné převedeno na jinou smlouvu soukromého životního pojištění.

Sdělení klíčových informací

V tomto sdělení naleznete klíčové informace o pojistném produktu s investiční složkou. Nejedná se o propagační materiál. Poskytnutí těchto informací vyžaduje zákon, aby Vám pomohly porozumět podstatě, rizikům, nákladům, možným výnosům a ztrátám spojeným s tímto produktem a porovnat jej s jinými produkty.

Produkt: Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060) se zvolenou investicí do finančního fondu investičního životního pojištění AE46 Fond vyvážený

Tvůrce produktu: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, IČ: 40763587, se sídlem Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V. se sídlem Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsané v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“), www.nnpojistovna.cz, email: dotazy@nn.cz, tel: +420 800 127 127.

Internetové stránky pojišťovny: www.nnpojistovna.cz

Další informace lze získat:

Kontaktní centrum tel.: 244 090 800 nebo dotazy@nn.cz

Príslušný dohledový orgán: Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, Česká republika. Pojišťovna vykonává činnost na území České republiky na základě práva pojišťovny z jiného členského státu zřídit zde svou pobočku, a to rozsahu, v jakém jí bylo uděleno v Nizozemském království, a podléhá proto též dohledu De Nederlandsche Bank, Westeinde 1, P.O. BOX 98, 1000 AB Amsterdam, Nizozemské království.

Datum vypracování sdělení: 1. 11. 2020

Upozornění: Produkt, o jehož koupi uvažujete, je složitý a může být obtížně srozumitelný.

O jaký produkt se jedná?

Typ produktu: Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060) je investiční životní pojištění pro případ smrti nebo dožití. Produkt obsahuje investiční složku, v rámci níž je možné zvolit druh fondu. Toto sdělení klíčových informací popisuje situaci, kdy je zvolen AE46 Fond vyvážený. Jedná se o interní fond, který investuje prostředky balancovaně mezi akciovou a dluhopisovou složku.

Cíle produktu: Cílem produktu je především poskytovat pojistnou ochranu pro případ nenadálých životních situací (invalidita, nemoc, úraz, smrt apod.) v kombinaci s investicí do zvoleného finančního fondu. Cílem podkladového portfolia (AE46 Fond vyvážený) je dosahovat v doporučeném horizontu růstu hodnoty měřené v českých korunách, a to při zachování středního až vyššího stupně finančních rizik. Za tímto účelem jsou investice portfolia soustředěny mimo jiné do dluhopisů, podílových listů dluhopisových fondů, fondů peněžního trhu, akciových fondů a smíšených fondů denominovaných v českých korunách nebo zahraničních měnách.

Návratnost je závislá na výnosu výše zmíněných fondů, dluhopisů a podílových listů, jakož i na ekonomickém prostředí (např. vývoj úrokových sazeb), které ovlivňuje jejich cenu. S ohledem na tento profil rizik je doporučená doba držení investiční složky produktu v AE46 Fond vyvážený nejméně 3 roky. Doporučená doba držení produktu s investiční složkou je do věku 60 let klienta, minimálně však 5 let. Ve zde uvedených příkladech 30letého klienta se uvažuje doba držení produktu 30 let.

Zamýšlený retailový investor: Investiční životní pojištění spojené s výše specifikovaným fondem je určeno pro investory, kteří jsou ochotni podstoupit vyšší až střední míru finančního rizika, aby v doporučeném horizontu zvýšili potenciál růstu hodnoty své investice vyjádřené v českých korunách. Finanční fond AE46 Fond vyvážený není vhodný pro investory s investičním horizontem kratším než 3 roky a pro investory neobeznámené s riziky spojenými s investicemi do dluhopisů a akcií. Finanční fond je tak vhodný pro investory s vyváženým investičním profilem, kteří jsou ochotni nést střední riziko ztráty. Pro Vaši případnou lepší orientaci, jakým typem investora jste, doporučujeme vyzkoušet investiční test na webových stránkách pojišťovny: <http://investicnidotaznik.nn.cz>.

Údaje o pojistných plněních a nákladech na pojištění:

Hodnota všech zahrnutých pojistných plnění je uvedena v oddílu nazvaném „Jaká podstupují rizika a jakého výnosu bych mohl/-a dosáhnout?“

V případě dožití se konce pojistné doby bude vyplacena aktuální hodnota investice.

V případě smrti v průběhu trvání pojištění bude vyplacena aktuální pojistná částka pro případ smrti nebo aktuální hodnota investice, pokud je hodnota investice vyšší než pojistná částka.

Smrt nebo další pojistné události (invalidita, závažná onemocnění, úraz, hospitalizace, pracovní neschopnost apod.) mohou být v produktu zahrnuty formou **volitelných připojištění**. Jejich sjednání v rámci konkrétní smlouvy se odvíjí od individuálních požadavků a potřeb klienta. Pojistné plnění je závislé na sjednané pojistné částce, přičemž se vyplácí buď celá pojistná částka, nebo procento z ní. Přehled připojištění včetně popisu určení pojistného plnění jsou popsány v dokumentu „Informační list pro zájemce o investiční životní pojištění“. Detailní informace o jednotlivých připojištěních, kterými jsou zejména přesná definice pojistné události a způsob určení a výpočtu pojistného plnění, jsou uvedeny ve zvláštních pojistných podmínkách pro dané připojištění.

Pojistné se hradí v pravidelných splátkách v závislosti na zvolené frekvenci placení, která může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční. V příkladech dále (v částech „S jakými náklady je investice spojena“ a „Scénáře výkonnosti“) je předpokládáno celkem 360 měsíčních plateb pojistného za 30 let pojistné doby.

Pojistné za krytá rizika se hradí formou pravidelných srážek z hodnoty investice (z podílového účtu), a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce. Počet těchto srážek je roven celkové době trvání pojištění v měsících. Pojistné za krytá rizika je tzv. přirozené pojistné, které odpovídá vždy aktuální míře rizika pro daný věk. Jeho výše se může měnit v závislosti na rostoucím věku klienta. Sazebník pojistného za krytá rizika pro jednotlivé věkové kategorie je uveden v „Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus“.

Míru pojistného rizika a tedy i cenu pojištění ovlivňují tyto faktory: zdravotní stav pojištěné osoby; jeho zaměstnání; sportovní činnost, jiná zájmová činnost; místo dlouhodobého pobytu (dále „biometrické vlastnosti“). Typickými biometrickými vlastnostmi zamýšlených retailových investorů pro výpočty uvedené v tomto dokumentu jsou:

- klient ve věku 30 let; dlouhodobě žijící na území ČR; nemá zdravotní potíže, které by ovlivňovaly výši pojistného za krytá rizika ani vstup (akceptaci) do pojištění (např. chronické onemocnění, prodělané závažnější onemocnění); neprovozuje rizikové zaměstnání (např. hasič) ani jinou rizikovou aktivitu (např. adrenalinovou, kontaktní sport).

V rámci tohoto dokumentu uvádíme ilustrativní příklad smlouvy, který vychází z výše uvedených biometrických vlastností zamýšleného retailového investora. V tomto příkladu při předpokládaném měsíčním pojistném 2 250 Kč činilo pojistné za krytá rizika v průměru 25 Kč (tj. 1,11 %). Průměrná výše měsíční investice tak činí 2 225 Kč.

Dopad pojistného za krytá rizika na návratnost investice na konci doporučené doby držení je 0,06 % (jedná se o náklady, které hradíte za pojistnou ochranu pro případ úmrtí ve výši ilustrativní pojistné částky 500 000 Kč).

Výše nákladového zatížení produktu (RiY) a stejně tak i jeho alokace (skladba nákladů) se může lišit v závislosti na výši pravidelně placeného pojistného (úložky) a jeho frekvenci, výši a rozsahu sjednaných pojištění a biometrických vlastnostech pojištěné osoby (pojištěného).

Zánik

Produkt, tj. Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060), zaniká uplynutím pojistné doby sjednané v pojistné smlouvě. Finanční fond AE46 Fond vyvážený nemá pevně stanovenou dobu trvání. Klient může v průběhu pojistné doby změnit finanční fond, do kterého bude v rámci investiční složky produktu investovat. Pojišťovna je rovněž oprávněna rozhodnout o ukončení spravování investic v daném fondu a navrhnout klientovi nový fond podle postupu uvedeného ve smlouvě. Pokud dojde ke změně na straně správce finančního fondu (např. sloučení fondů, převod fondu), bude o tom klient informován prostřednictvím webových stránek pojišťovny.

Pojišťovna může smlouvu **jednostranně** ukončit těmito způsoby:

- odmítnutím pojistného plnění nebo odstoupením od smlouvy v případě neuzavření pravdivých a úplných informací při uzavření pojistné smlouvy nebo při oznámení pojistné události nebo
- ve výjimečných případech v případě změny pojistného rizika (netýká se však změny zdravotního stavu).

Smlouva automaticky končí vyčerpáním podílových jednotek na podílovém účtu, avšak pouze za podmínek uvedených v pojistných podmínkách.

Co se stane, když pojišťovna není schopna uskutečnit výplatu?

V rámci odvětví pojištnictví neexistuje systém záruk nebo odškodnění pro investory pro případ úpadku pojišťovny, proto nelze zcela vyloučit, že investor může teoreticky utrpět finanční ztrátu spočívající v nenávratnosti investice.

S jakými náklady je investice spojena?

Náklady v čase

Snížení výnosu (RiY) ukazuje, jaký dopad budou mít celkové náklady, které zaplatíte, na výnos z investice, který byste mohli získat. Celkové náklady zohledňují jednorázové, průběžné, vedlejší, přímé a nepřímé náklady.

Zde uvedené částky jsou kumulativní náklady produktu samotného po tři různé doby držení produktu. Zahrnují možné penalizace (poplatky) za předčasné ukončení produktu. Údaje předpokládají, že každý rok investujete 27 000 Kč s frekvenční měsíční úhradou (2 250 Kč / měsíc). Tyto údaje jsou odhady a mohou se v budoucnu měnit.

Tabulka nákladů v čase

Osoba, která Vám tento produkt prodává nebo Vám o něm poskytuje poradenství, Vám může účtovat jiné náklady. Pokud ano, poskytne Vám tato osoba o těchto nákladech informace a objasní Vám dopad, který budou mít v čase všechny náklady na Vaši investici.

Scénáře pro investici 27 000 ročně (placeno měsíčně)	Pokud provedete odprodej (zrušení smlouvy)		
	po 1 roce	po 15 letech	po 30 letech
Náklady celkem	12 925 Kč	114 218 Kč	275 360 Kč
Dopad na výnos RiY (reduction in yield)	76,46 %	4,49 %	2,35 %

Skladba nákladů

Tabulka níže ukazuje:

- Každoroční dopad různých typů nákladů na výnos z investice, který byste mohli získat na konci doporučené doby držení produktu (pro ilustrativní příklad 30 let);
- Význam různých kategorií nákladů.

Tato tabulka ukazuje dopad jednotlivých nákladů na předpokládaný roční výnos (jedná se o rozpad hodnoty 2,35 % z tabulky výše)			
Jednorázové náklady	Náklady na vstup (alokační poplatek)	0,64 %	Dopad nákladů, které platíte při vstupu do pojištění, přičemž tyto náklady jsou již zahrnuté v ceně produktu (pojistném). Uvedené náklady již zahrnují náklady na distribuci.
	Náklady na výstup (poplatek při dožití)	0,00 %	Dopad nákladů na ukončení Vaší investice, pokud dosáhla splatnosti.
Průběžné náklady	Transakční náklady portfolia (variabilní poplatek)	0,15 %	Dopad nákladů Vašich nákupů a prodejů podkladových investic.
	Jiné průběžné náklady (pojistné za krytá rizika, poplatky za správu pojištění, výdaje portfolia TER)	1,56 %	Dopad nákladů, které každý rok vynakládáme na správu Vašich investic včetně správy pojištění a nákladů představených v oddílu Údaje o pojistných plněních a nákladech na pojištění.

Jak dlouho bych měl/-a investici držet? Mohu si peníze vybrat předčasně?

Produkt je sjednáván na základě zaznamenaných požadavků a potřeb klienta, aby poskytoval pojistnou ochranu pro případ rizik relevantních vždy pro dané časové období a vhodné nastavení investiční složky. Měli byste produkt držet do jeho splatnosti podle doby trvání pojištění sjednané ve smlouvě. Nedodržení původně sjednané doby trvání smlouvy může znamenat zbytečně vyšší poplatkové zatížení (vyšší alokační poplatek pro delší dobu trvání smlouvy), tedy finanční znevýhodnění nebo daňové zatížení. Předčasné ukončení produktu může mít vliv na průměrný výnos z investice vyjádřený ukazatelem RiY a popisem scénářů výkonnosti (viz informace v předchozích kapitolách).

U finančního fondu **AE46 Fond vyvážený** činí minimální doporučená délka doby investování 3 roky.

Lhůta na rozmyšlenou a případné odstoupení od smlouvy činí 30 dnů. Lhůta pro ukončení smlouvy (výpovědní lhůta) je stanovena na 2 měsíce s 8denní výpovědní dobou. Obě lhůty počínají běžet ode dne uvedeného v záhlaví pojistky (tím je prodloužena zákonná lhůta pro takový úkon z Vaší strany, která je stanovena k okamžiku uzavření smlouvy). Klient může pojištění vypovědět také s 6tydenním předstihem ke konci každého pojistného období (pojistné období je období, za které se platí pojistné).

Peníze investované v rámci produktu (smlouvy investičního životního pojištění) mohou být předčasně dostupné v těchto případech:

- Mimořádný výběr části hodnoty investice, pokud však pojistná smlouva není soukromým životním pojištěním ve smyslu zákona o daních z příjmů a nejsou z ní uplatněny daňové odpočty; nebo
- Výpověď pojistné smlouvy klientem ke konci pojistného období s výplatu odkupného, anebo na základě žádosti o výplatu odkupného (které je spojeno se zánikem smlouvy).¹⁾

Dále je možné převedení hodnoty finančního fondu do jiného finančního fondu nabízeného v rámci investičního životního pojištění.

Podmínkou realizace odkupného je kladná hodnota investice v rámci produktu. Podmínkou realizace mimořádného výběru je minimální požadovaná hodnota investice, která je uvedena v pojistných a Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

S uvedenými úkony jsou spojeny následující poplatky (platné k 1. 11. 2020):

Mimořádný výběr části investiční hodnoty	100 Kč za každý výběr
Převod hodnoty finančního fondu (jeden převod v každém pojistném roce zdarma)	50 Kč
Předčasné ukončení celé smlouvy	500 Kč

Jakým způsobem mohu podat stížnost?

Ohledně činnosti NN nebo zprostředkovatele můžete Vy, příp. oprávněná osoba, podat stížnost, a to písemně na adresu NN Životní pojišťovna, Oddělení stížností, Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, e-mailem na adresu dotazy@nn.cz, osobně v sídle pojišťovny nebo pomocí formuláře na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojistovna.cz/formular/klientska-zona/stiznost. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Klient je oprávněn podat na postup pojišťovny nebo pojišťovacího zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, případně se také obrátit se na finančního arbitra nebo příslušný soud.

Jiné relevantní informace

Další informace o produktu lze získat zejména z těchto zdrojů:

Dokumenty, na něž má investor (klient) nárok ze zákona:

- Smluvní materiály, jakými jsou Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění, Zvláštní pojistné podmínky pro hlavní pojištění a jednotlivá připojištění, Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Bonus, Informační list pro zájemce o Životní pojištění NN Orange Bonus;

Dokumenty / informace dostupné nad rámec zákona, které jsou investoroři/klientovi dostupné – lze se s nimi seznámit nebo o ně požádat:

- Podmínky poskytování a používání elektronických služeb;
- Webové stránky pojišťovny www.nnpojistovna.cz;
- Jakékoli jiné informace, které se vztahují k jeho smlouvě (např. pojistné plnění, akceptace do pojištění, možné změny v pojištění a ve smlouvě).

¹⁾ V tomto případě vzniká klientovi povinnost dodanit uplatněné pojistné, o které si snížil základ daně, a zdanit případné příspěvky zaměstnavatele, které byly od daně osvobozeny, a to způsobem popsaným v zákoně. Tato sankce hrozí pouze v tom případě, není-li odkupné převedeno na jinou smlouvu soukromého životního pojištění.

Sdělení klíčových informací

V tomto sdělení naleznete klíčové informace o pojistném produktu s investiční složkou. Nejedná se o propagační materiál. Poskytnutí těchto informací vyžaduje zákon, aby Vám pomohly porozumět podstatě, rizikům, nákladům, možným výnosům a ztrátám spojeným s tímto produktem a porovnat jej s jinými produkty.

Produkt: Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060) se zvolenou investicí do finančního fondu investičního životního pojištění AE45 Fond konzervativní

Tvůrce produktu: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, IČ: 40763587, se sídlem Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V. se sídlem Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsané v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“), www.nnpojistovna.cz, email: dotazy@nn.cz, tel: +420 800 127 127.

Internetové stránky pojišťovny: www.nnpojistovna.cz

Další informace lze získat:

Kontaktní centrum tel.: 244 090 800 nebo dotazy@nn.cz

Příslušný dohledový orgán: Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, Česká republika. Pojišťovna vykonává činnost na území České republiky na základě práva pojišťovny z jiného členského státu zřídit zde svou pobočku, a to rozsahu, v jakém jí bylo uděleno v Nizozemském království, a podléhá proto též dohledu De Nederlandsche Bank, Westeinde 1, P.O. BOX 98, 1000 AB Amsterdam, Nizozemské království.

Datum vypracování sdělení: 1. 11. 2020

Upozornění: Produkt, o jehož koupi uvažujete, je složitý a může být obtížně srozumitelný.

O jaký produkt se jedná?

Typ produktu: Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060) je investiční životní pojištění pro případ smrti nebo dožití. Produkt obsahuje investiční složku, v rámci níž je možné zvolit druh fondu. Toto sdělení klíčových informací popisuje situaci, kdy je zvolen AE45 Fond konzervativní. Jedná se o interní fond, který investuje prostředky převážně do dluhopisů a nástrojů peněžního trhu, v malé míře také do akcií.

Cíle produktu: Cílem produktu je především poskytovat pojistnou ochranu pro případ nenadálých životních situací (invalidita, nemoc, úraz, smrt apod.) v kombinaci s investicí do zvoleného finančního fondu. Cílem podkladového portfolia (AE45 Fond konzervativní) je dosahovat v doporučeném horizontu růstu hodnoty měřené v českých korunách, a to při zachování přiměřeného stupně finančních rizik. Za tímto účelem jsou investice portfolia soustředěny mimo jiné do dluhopisů, podílových listů dluhopisových fondů a fondů peněžního trhu denominovaných v českých korunách, v menší míře v zahraničních měnách. Do akciových fondů bude investováno maximálně 10 % tržní hodnoty portfolia.

Návratnost je závislá na výnosu z výše zmíněných fondů, dluhopisů a nástrojů peněžního trhu, jakož i na ekonomickém prostředí (např. vývoj úrokových sazeb), které ovlivňuje jejich cenu. Dále je návratnost závislá na schopnosti plnění závazků protistrany či emitenta dluhopisů. S ohledem na tento profil rizik je doporučená doba držení investiční složky produktu v AE45 Fond konzervativní nejméně 2 roky. Doporučená doba držení produktu s investiční složkou je do věku 60 let klienta, minimálně však 5 let. Ve zde uvedených příkladech 30letého klienta se uvažuje doba držení produktu 30 let.

Zamýšlený retailový investor: Investiční životní pojištění spojené s výše specifikovaným fondem je určeno pro investory, kteří jsou ochotni podstoupit určitá finanční rizika, aby v doporučeném horizontu zvýšili potenciál růstu hodnoty své investice vyjádřené v českých korunách. Finanční fond AE45 Fond konzervativní není vhodný pro investory s investičním horizontem kratším než 2 roky a pro investory neobeznámené s riziky spojenými s investicemi do státních dluhopisů do nástrojů peněžního trhu a akcií. Finanční fond je tak vhodný pro konzervativní investory, kteří jsou ochotni nést riziko nižší ztráty. Pro Vaši případnou lepší orientaci, jakým typem investora jste, doporučujeme vyzkoušet investiční test na webových stránkách pojišťovny: <http://investicnidotaznik.nn.cz>.

Údaje o pojistných plněních a nákladech na pojištění:

Hodnota všech zahrnutých pojistných plnění je uvedena v oddílu nazvaném „Jaká podstupují rizika a jakého výnosu bych mohl/-a dosáhnout?“

V případě dožití se konce pojistné doby bude vyplacena aktuální hodnota investice.

V případě smrti v průběhu trvání pojištění bude vyplacena aktuální pojistná částka pro případ smrti nebo aktuální hodnota investice, pokud je hodnota investice vyšší než pojistná částka.

Smrt nebo další pojistné události (invalidita, závažná onemocnění, úraz, hospitalizace, pracovní neschopnost apod.) mohou být v produktu zahrnuty formou **volitelných připojištění**. Jejich sjednání v rámci konkrétní smlouvy se odvíjí od individuálních požadavků a potřeb klienta. Pojistné plnění je závislé na sjednané pojistné částce, přičemž se vyplácí buď celá pojistná částka, nebo procento z ní. Přehled připojištění včetně popisu určení pojistného plnění jsou popsány v dokumentu „Informační list pro zájemce o investiční životní pojištění“. Detailní informace o jednotlivých připojištěních, kterými jsou zejména přesná definice pojistné události a způsob určení a výpočtu pojistného plnění, jsou uvedeny ve zvláštních pojistných podmínkách pro dané připojištění.

Pojistné se hradí v pravidelných splátkách v závislosti na zvolené frekvenci placení, která může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční. V příkladech dále (v částech „S jakými náklady je investice spojena“ a „Scénáře výkonnosti“) je předpokládáno celkem 360 měsíčních plateb pojistného za 30 let pojistné doby.

Pojistné za krytá rizika se hradí formou pravidelných srážek z hodnoty investice (z podílového účtu), a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce. Počet těchto srážek je roven celkové době trvání pojištění v měsících. Pojistné za krytá rizika je tzv. přirozené pojistné, které odpovídá vždy aktuální míře rizika pro daný věk. Jeho výše se může měnit v závislosti na rostoucím věku klienta. Sazebník pojistného za krytá rizika pro jednotlivé věkové kategorie je uveden v „Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus“.

Míru pojistného rizika a tedy i cenu pojištění ovlivňují tyto faktory: zdravotní stav pojištěné osoby; jeho zaměstnání; sportovní činnost; jiná zájmová činnost; místo dlouhodobého pobytu (dále „biometrické vlastnosti“). Typickými biometrickými vlastnostmi zamýšlených retailových investorů pro výpočty uvedené v tomto dokumentu jsou:

- klient ve věku 30 let; dlouhodobě žijící na území ČR; nemá zdravotní potíže, které by ovlivňovaly výši pojistného za krytá rizika ani vstup (akceptaci) do pojištění (např. chronické onemocnění, prodělané závažnější onemocnění); neprovozuje rizikové zaměstnání (např. hasič) ani jinou rizikovou aktivitu (např. adrenalinovou, kontaktní sport).

V rámci tohoto dokumentu uvádíme ilustrativní příklad smlouvy, který vychází z výše uvedených biometrických vlastností zamýšleného retailového investora. V tomto příkladu by při předpokládaném měsíčním pojistném 2 250 Kč činilo pojistné za krytá rizika v průměru 28 Kč (tj. 1,24 %). Průměrná výše měsíční investice tak činí 2 222 Kč.

Dopad pojistného za krytá rizika na návratnost investice na konci doporučené doby držení je 0,06 % (jedná se o náklady, které hradíte za pojistnou ochranu pro případ úmrtí ve výši ilustrativní pojistné částky 500 000 Kč).

Výše nákladového zatížení produktu (RiY) a stejně tak i jeho alokace (skladba nákladů) se může lišit v závislosti na výši pravidelně placeného pojistného (úložky) a jeho frekvenci, výši a rozsahu sjednaných pojištění a biometrických vlastnostech pojištěné osoby (pojištěného).

Zánik

Produkt, tj. Životní pojištění NN Orange Bonus (tarif 2060), zaniká uplynutím pojistné doby sjednané v pojistné smlouvě. Finanční fond AE45 Fond konzervativní nemá pevně stanovenou dobu trvání. Klient může v průběhu pojistné doby změnit finanční fond, do kterého bude v rámci investiční složky produktu investovat. Pojišťovna je rovněž oprávněna rozhodnout o ukončení spravování investic v daném fondu a navrhnout klientovi nový fond podle postupu uvedeného ve smlouvě. Pokud dojde ke změně na straně správce finančního fondu (např. sloučení fondů, převod fondu), bude o tom klient informován prostřednictvím webových stránek pojišťovny.

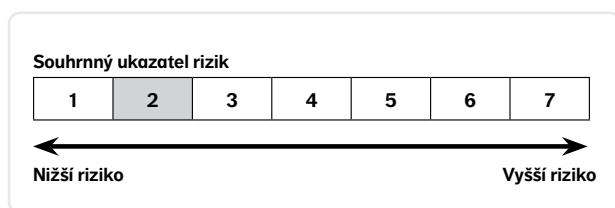
Pojišťovna může smlouvu **jednostranně** ukončit těmito způsoby:

- odmítnutím pojistného plnění nebo odstoupením od smlouvy v případě neuvedení pravdivých a úplných informací při uzavření pojistné smlouvy nebo při oznámení pojistné události nebo
- ve výjimečných případech v případě změny pojistného rizika (netýká se však změny zdravotního stavu).

Smlouva automaticky končí vyčerpáním podílových jednotek na podílovém účtu, avšak pouze za podmínek uvedených v pojistných podmínkách.

¹⁾ V tomto případě vzniká klientovi povinnost dodanit uplatněné pojistné, o které si snížil základ daně, a zdanit případné příspěvky zaměstnavatele, které byly od daně osvobozeny, a to způsobem popsaným v zákoně. Tato sankce hrozí pouze v tom případě, není-li odkupné převedeno na jinou smlouvu soukromého životního pojištění.

Jaká podstupují rizika a jakého výnosu bych mohl/-a dosáhnout?



Ukazatel rizik pojistného produktu s investiční složkou využívající AE45 Fond konzervativní odpovídá hodnotě 2, což je nižší než středová hodnota na uvedené škále 1 až 7. Produkt je vhodný pro investory, kteří jsou ochotni podstoupit určitá finanční rizika, aby zvýšili potenciál růstu hodnoty své investice. Předpokládaná doba držení investiční složky produktu v AE45 Fond konzervativní je 2 roky. Hodnota ukazatele se vždy stanovuje na základě historických dat, je tedy nutné vzít v úvahu, že v budoucnu se může tato hodnota a rizikový profil fondu měnit.

Dále upozorňujeme, že v praxi může být skutečné riziko podstatně vyšší, pokud dříve než po uplynutí dvou let provedete převod podílových jednotek daného finančního fondu nebo požádáte o výpověď smlouvy životního pojištění s výplátou odkupného nebo dojde k jinému předčasnému zániku smlouvy.

Riziko spojené s investicí do finančního fondu se podstatně liší při odlišné době držení (délky investice). Produkt neobsahuje žádnou ochranu kapitálu proti případnému tržnímu riziku ani žádnou kapitálovou záruku proti případnému kreditnímu riziku. Hodnota investice (podílových jednotek) tak může klesat i stoupat a návratnost investice není zaručena. V krajním případě může maximální ztráta představovat celou investovanou částku. Měnové riziko je převážně či úplně zajištěno.

Pojišťovna upozorňuje na zásadní riziko likvidity. Více informací o sankcích za předčasná ukončení a lhůtách naleznete v části „**Jak dlouho bych měl/-a investici držet? Mohu si peníze vybrat předčasně?**“

Souhrnný ukazatel rizik (SRI) nezahrnuje následující rizika

Operační riziko se realizuje v podobě ztrát plynoucích z nedostatků či selhání vnitřních procesů, lidského faktoru nebo vlivem vnějších událostí. Riziko vypořádání znamená teoretickou možnost, že vypořádání transakce neproběhne dle předpokladů z důvodů neplnění protistrany nebo z důvodů omezení likvidity, např. pozastavení odkupování podílových listů podkladových fondů. Rizika vyplývající z investičního zaměření zahrnují především riziko koncentrace (přímá nebo zprostředkovaná vysoká expozice v aktivech jednoho emitenta, regionu či sektoru), právní riziko, politické riziko apod.

Scénáře výkonnosti

Příklad použitý pro výpočet scénářů výkonnosti představuje ilustrativní smlouvu sestavenou na základě interních dat pojišťovny. Riziková složka může být na každé smlouvě zastoupena pojistnou částkou na hlavním pojištění a větším počtem připojištění sjednaných na základě požadavků a potřeb konkrétního klienta. V použitém příkladu představuje tuto rizikovou složku pojistná částka pro případ smrti na hlavním pojištění. Scénáře nezohledňují případná vyplacená pojistná plnění z jiných pojistných událostí, než je dožití nebo úmrtí (další připojištění ve výpočtech nejsou zahrnuta).

Parametry smlouvy:

- Pojištěná osoba: ve věku 30 let; bez zdravotních potíží; bez rizikového zaměstnání nebo rizikových volnočasových aktivit
- Doba, na kterou je sjednáno investiční životní pojištění: 30 let
- Pojistná částka pro případ úmrtí (hlavní tarif – pojištění pro případ smrti): 500 000 Kč
- Pojistné (roční): 27 000 Kč
- Frekvence placení: měsíční, tedy 2 250 Kč/měsíc

Tabulka níže uvádí peněžní částky, které byste mohli získat zpět za příštích 30 let podle různých scénářů za předpokladu, že investujete (uhradíte pojistně) 27 000 Kč ročně a další parametry smlouvy odpovídají uvedenému příkladu. Uvedené scénáře ilustrují, jak by Vaše investice mohla fungovat. Můžete je porovnat se scénáři jiných produktů. Prezentované scénáře jsou odhadem budoucí výkonnosti založeným na historických datech za posledních 5 let popisujících, jak se hodnota investice vyvíjí, a tedy nejsou přesným ukazatelem. Vyplacená částka se bude lišit v závislosti na tom, jak je trh výkonný a jak dlouho si produkt ponecháte. Uvedené údaje zahrnují veškeré náklady samotného produktu. Údaje neberou v úvahu Vaši osobní daňovou situaci, která může rovněž ovlivnit, kolik získáte zpět. Stresový scénář ukazuje, co byste mohli získat zpět při mimořádných okolnostech na trhu, a nebere v potaz situaci, kdy Vám nejsme schopni zaplatit.

Procenta průměrného výnosu v této tabulce vyjadřují zisk, popř. ztrátu (mají-li zápornou hodnotu) oproti celkové investované částce (viz řádek Kumulovaná investovaná částka), tj. oproti celkové zaplacenému pojistnému.

Skutečnou výši vyplaceného pojistného plnění nebo jiného příjmu z pojištění mohou ovlivnit také daňové předpisy České republiky.

Investice 2 250 Kč měsíčně Pojistné 28 Kč měsíčně		1 rok	15 let	30 let
Scénáře dožití				
Stresový scénář	Kolik byste mohli získat zpět po odečtení nákladů	13 069 Kč	302 283 Kč	637 003 Kč
	Průměrný výnos každý rok	-77,92 %	-4,00 %	-1,65 %
Nepříznivý scénář	Kolik byste mohli získat zpět po odečtení nákladů	14 121 Kč	345 677 Kč	826 364 Kč
	Průměrný výnos každý rok	-73,55 %	-2,13 %	0,13 %
Umírněný scénář	Kolik byste mohli získat zpět po odečtení nákladů	14 301 Kč	359 822 Kč	877 948 Kč
	Průměrný výnos každý rok	-72,77 %	-1,59 %	0,53 %
Příznivý scénář	Kolik byste mohli získat zpět po odečtení nákladů	14 474 Kč	374 572 Kč	933 236 Kč
	Průměrný výnos každý rok	-72,01 %	-1,04 %	0,92 %
Kumulovaná investovaná částka		27 000 Kč	405 000 Kč	810 000 Kč
Scénář úmrtí (umírněný scénář)				
Pojistná událost	Kolik by mohly oprávněné osoby získat plnění po odečtení nákladů	500 000 Kč	500 000 Kč	877 948 Kč
Kumulované biometrické rizikové pojistné (pojistné za krytá rizika)		512 Kč	8 768 Kč	10 144 Kč

Co se stane, když pojišťovna není schopna uskutečnit výplatu?

V rámci odvětví pojištnictví neexistuje systém záruk nebo odškodnění pro investory pro případ úpadku pojišťovny, proto nelze zcela vyloučit, že investor může teoreticky utrpět finanční ztrátu spočívající v nenávratnosti investice.

S jakými náklady je investice spojena?

Náklady v čase

Snížení výnosu (RiY) ukazuje, jaký dopad budou mít celkové náklady, které zaplatíte, na výnos z investice, který byste mohli získat. Celkové náklady zohledňují jednorázové, průběžné, vedlejší, přímé a nepřímé náklady.

Zde uvedené částky jsou kumulativní náklady produktu samotného po tři různé doby držení produktu. Zahrnují možné penalizace (poplatky) za předčasně ukončení produktu. Údaje předpokládají, že každý rok investujete 27 000 Kč s frekvenční měsíční úhradou (2 250 Kč / měsíc). Tyto údaje jsou odhady a mohou se v budoucnu měnit.

Tabulka nákladů v čase

Osoba, která Vám tento produkt prodává nebo Vám o něm poskytuje poradenství, Vám může účtovat jiné náklady. Pokud ano, poskytne Vám tato osoba o těchto nákladech informace a objasní Vám dopad, který budou mít v čase všechny náklady na Vaši investici.

Scénáře pro investici 27 000 ročně (placeno měsíčně)	Pokud provedete odprodej (zrušení smlouvy)		
	po 1 roce	po 15 letech	po 30 letech
Náklady celkem	12 912 Kč	108 978 Kč	237 948 Kč
Dopad na výnos RiY (reduction in yield)	75,46 %	4,25 %	2,13 %

Skladba nákladů

Tabulka níže ukazuje:

- Každoroční dopad různých typů nákladů na výnos z investice, který byste mohli získat na konci doporučené doby držení produktu (pro ilustrativní příklad 30 let);
- Význam různých kategorií nákladů.

Tato tabulka ukazuje dopad jednotlivých nákladů na předpokládaný roční výnos (jedná se o rozpad hodnoty 2,13 % z tabulky výše)			
Jednorázové náklady	Náklady na vstup (alokační poplatky)	0,57 %	Dopad nákladů, které platíte při vstupu do pojištění, přičemž tyto náklady jsou již zahrnuty v ceně produktu (pojistném). Uvedené náklady již zahrnují náklady na distribuci.
	Náklady na výstup (poplatek při dožití)	0,00 %	Dopad nákladů na ukončení Vaší investice, pokud dosáhla splatnosti.
Průběžné náklady	Transakční náklady portfolia (variabilní poplatky)	0,16 %	Dopad nákladů Vašich nákupů a prodejů podkladových investic.
	Jiné průběžné náklady (pojistné za krytá rizika, poplatky za správu pojištění, výdaje portfolia TER)	1,40 %	Dopad nákladů, které každý rok vynakládáme na správu Vašich investic včetně správy pojištění a nákladů představených v oddílu Údaje o pojistných plněních a nákladech na pojištění.

Jak dlouho bych měl/-a investici držet? Mohu si peníze vybrat předčasně?

Produkt je sjednáván na základě zaznamenaných požadavků a potřeb klienta, aby poskytoval pojistnou ochranu pro případ rizik relevantních vždy pro dané časové období a vhodné nastavení investiční složky. Měli byste produkt držet do jeho splatnosti podle doby trvání pojištění sjednané ve smlouvě. Nedodržení původně sjednané doby trvání smlouvy může znamenat zbytečně vyšší poplatkové zatížení (vyšší alokační poplatek pro delší dobu trvání smlouvy), tedy finanční znevýhodnění nebo daňové zatížení. Předčasné ukončení produktu může mít vliv na průměrný výnos z investice vyjádřený ukazatelem RiY a popisem scénářů výkonosti (viz informace v předchozích kapitolách).

U finančního fondu AE45 Fond konzervativní činí minimální doporučená délka doby investování 2 roky.

Lhůta na rozmyšlenou a případné odstoupení od smlouvy činí 30 dní. Lhůta pro ukončení smlouvy (výpovědní lhůta) je stanovena na 2 měsíce s 8denní výpovědní dobou. Obě lhůty počínají běžet ode dne uvedeného v záhlaví pojistky (tím je prodloužena zákonná lhůta pro takový úkon z Vaší strany, která je stanovena k okamžiku uzavření smlouvy). Klient může pojištění vypovědět také s 6týdenním předstihem ke konci každého pojistného období (pojistné období je období, za které se platí pojistné).

Peníze investované v rámci produktu (smlouvy investičního životního pojištění) mohou být předčasně dostupné v těchto případech:

- Mimořádný výběr části hodnoty investice, pokud však pojistná smlouva není soukromým životním pojištěním ve smyslu zákona o daních z příjmů a nejsou z ní uplatněny daňové odpochty; nebo
- Výpověď pojistné smlouvy klientem ke konci pojistného období s výplatou odkupného, anebo na základě žádosti o výplatu odkupného (které je spojené se zánikem smlouvy).¹⁾

Dále je možné převedení hodnoty finančního fondu do jiného finančního fondu nabízeného v rámci investičního životního pojištění.

Podmínkou realizace odkupného je kladná hodnota investice v rámci produktu. Podmínkou realizace mimořádného výběru je minimální požadovaná hodnota investice, která je uvedena v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

S uvedenými úkony jsou spojeny následující poplatky (platné k 1. 11. 2020):

Mimořádný výběr části investiční hodnoty	100 Kč za každý výběr
Převod hodnoty finančního fondu (jeden převod v každém pojistném roce zdarma)	50 Kč
Předčasné ukončení celé smlouvy	500 Kč

Jakým způsobem mohu podat stížnost?

Ohledně činnosti NN nebo zprostředkovatele můžete Vy, příp. oprávněná osoba, podat stížnost, a to písemně na adresu NN Životní pojišťovna, Oddělení stížností, Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, e-mailem na adresu dotazy@nn.cz, osobně v sídle pojišťovny nebo pomocí formuláře na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojistovna.cz/formular/klientska-zona/stiznost. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Klient je oprávněn podat na postup pojišťovny nebo pojišťovaciho zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, případně se také obrátit se na finančního arbitra nebo příslušný soud.

Jiné relevantní informace

Další informace o produktu lze získat zejména z těchto zdrojů:

Dokumenty, na něž má investor (klient) nárok ze zákona:

- Smluvní materiály, jakými jsou Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění, Zvláštní pojistné podmínky pro hlavní pojištění a jednotlivá připojištění, Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Bonus, Informační list pro zájemce o Životní pojištění NN Orange Bonus;

Dokumenty / informace dostupné nad rámec zákona, které jsou investoro- vi/klientovi dostupné – lze se s nimi seznámit nebo o ně požádat:

- Podmínky poskytování a používání elektronických služeb;
- Webové stránky pojišťovny www.nnpojistovna.cz;
- Jakékoli jiné informace, které se vztahují k jeho smlouvě (např. pojistné plnění, akceptace do pojištění, možné změny v pojištění a ve smlouvě).

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění

Článek 1

Čím se smlouva řídí

Pojistná smlouva, kterou sjednává pojistitel NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“), se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Dále se pojistná smlouva řídí těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“), Zvláštními pojistnými podmínkami pro jednotlivá pojištění a připojištění, obchodními podmínkami a dalšími dokumenty, pokud se na ně pojistná smlouva odvolává; tyto podmínky a dokumenty jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Ustanovení Zvláštních pojistných podmínek mají přednost před těmito VPP; konkrétní ujednání v pojistné smlouvě pak mají přednost před ustanovením Zvláštních pojistných podmínek.

Pojištění pro případ smrti, invalidity, závažných onemocnění, závažných zdravotních následků, zproštění od placení pojistného a dlouhodobé péče se sjednávají jako životní pojištění ve smyslu zákona. Tato životní pojištění při splnění zákonných předpokladů a uplynutí příslušných lhůt nelze vypovědět ze strany pojišťovny.

Pojistná smlouva může kromě životního pojištění obsahovat pojištění úrazu nebo nemoci, která se vždy sjednávají jen jako pojištění doplňková (neboli připojištění). O jaký typ pojištění se jedná, je vždy uvedeno v úvodu příslušných Zvláštních pojistných podmínek pro dané připojištění.

Pokud byly tyto pojistné podmínky předány pojistníkovi v souvislosti se změnou pojištění provedenou u stávající smlouvy, slouží tento dokument (včetně příslušných Zvláštních pojistných podmínek a odpovídajících částí VPP a obchodních podmínek) pouze ke specifikaci dodatečně zvolených připojištění v rámci provedené změny. Ve zbytku se smlouva řídí dosavadními pojistnými podmínkami.

Článek 2

Jaké pojmy jsou pro smlouvu zásadní

Pro účely těchto VPP se definují následující pojmy:

- **Pojistník:** Osoba, která s pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu.
- **Pojištěný:** Osoba, na jejíž život nebo zdraví nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se pojištění vztahuje.
- **Oprávněná osoba:** Osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, pokud smlouva nebo zákon nestanoví jinak.
- **Obmyšlený:** Osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.
- **Účastník pojištění:** Pojišťovna a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
- **Pojistný zájem:** Oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. U životního pojištění a sjednávaných připojištění je pojistným zájmem jak zájem na vlastním životě a zdraví, tak zájem na životě a zdraví jiné osoby, např. z důvodu vzájemného vztahu, příbuzenství, nebo zájem podmíněný výhodou či prospěchem jedné osoby z pokračování života osoby jiné.
- **Pojistné nebezpečí:** Možná příčina vzniku pojistné události.
- **Pojistné riziko:** Míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím.
- **Pojistná událost:** Nahodilá událost označená v pojistné smlouvě, ke které došlo v době trvání pojištění a se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- **Škodná událost:** Nahodilá událost, ze které vznikla škoda a která by mohla zakládat právo na pojistné plnění z pojištění a/nebo z připojištění k němu sjednanému.
- **Počátek pojištění:** Den uvedený v pojistné smlouvě, od kterého je pojistná smlouva účinná (do data vydání pojistky pojišťovnou je rozsah pojištění omezen, viz čl. 5).
- **Technický počátek pojištění:** 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění dohodnutého v pojistné smlouvě, který je zároveň datem splatnosti prvního běžného pojistného. Pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný s datem počátku pojištění.
- **Výročí:** Den v každém roce trvání pojištění, který se dnem a měsícem shoduje s technickým počátkem pojištění.
- **Pojistný rok:** Období, které začíná běžet v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako technický počátek pojištění a končí dnem bezprostředně předcházejícím datu prvního výročí a dále období začínající výročím a končící dnem bezprostředně předcházejícím nejbližšímu následujícímu výročí.

- **Konec pojištění:** Okamžik, ke kterému nejpozději podle pojistné smlouvy pojištění zanikne. Konec pojištění nastane v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistce jako konec pojištění.
- **Pojistná doba:** Doba, na kterou bylo pojištění sjednáno, která je určená datem počátku pojištění a datem jeho konce. Je-li konec pojistné doby v pojistné smlouvě stanoven do určitého věku pojištěného, rozumí se datem konce pojištění datum výročí v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne tohoto věku.
- **Pojistné:** Pojistné je úplatou za pojištění, jehož výše je určena v pojistné smlouvě.
- **Pojistné období:** Časové období, za které je placeno běžné pojistné (určené jako frekvence placení).
- **Hlavní pojištění:** Hlavní pojištění představuje pojištění pro případ smrti pojištěného, které je nezbytnou součástí pojistné smlouvy životního pojištění a bez kterého nelze tuto smlouvu sjednat.
- **Připojištění:** Pojistná ochrana sjednaná jako doplňkové pojištění k hlavnímu pojištění pro případ pojistné události popsané ve Zvláštních pojistných podmínkách pro příslušné připojištění. Připojištění lze sjednat pouze současně s hlavním pojištěním a nemůže trvat samostatně bez hlavního pojištění.
- **Zvláštní pojistné podmínky:** Vztahují se k jednotlivým druhům pojištění či připojištění a určují specifika pro konkrétní pojistnou ochranu.
- **Obchodní podmínky:** Dokument vydávaný pojišťovnou, který obsahuje informace o posuzování pojistného rizika z pohledu povolání, sportovních a volnočasových aktivit, doplňkových ujednání a jiných údajů, které se používají v pojištěných sjednaných s pojišťovnou a na které se odvolává pojistná smlouva; obchodní podmínky jsou přiloženy a jsou součástí pojistné smlouvy.
- **Korespondenční adresa:** Adresa na území České republiky, kterou pojistník sdělí písemně pojišťovně při uzavírání pojistné smlouvy, na kterou doručuje pojišťovna veškerou písemnou korespondenci do doby, nežli pojistník oznámí pojišťovně změnu korespondenční adresy.
- **Věk pojištěného:** Věkem pojištěného se rozumí rozdíl mezi kalendářním rokem, v němž se nachází den připadající na příslušné výročí (příp. na technický počátek pojištění), a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil, není-li výslovně ujednáno jinak.
- **Hrubý příjem:** Částka odpovídající měsíční hrubé mzdě (jde-li o zaměstnance) a/nebo příjem z podnikání nebo z jiné samostatné výdělečné činnosti (jde-li o OSVČ) po odečtení teoretických fixních nákladů ve výši 50 % těchto příjmů (příp. daňový základ), který průměrně připadá na jeden měsíc uplynulého zdaňovacího období. Pojišťovna může v rámci posouzení hrubého příjmu požadovat doložení podkladů dokládající příjmy jak za poslední zdaňovací období i za poslední 3 měsíce, které předcházejí dni počátku pojištění, změny pojištění nebo dni vzniku škodné události.
- **Životní pojištění s rezervotvornou složkou:** Životní pojištění, u kterého se během pojistné doby postupně vytváří finanční rezerva, již disponuje pojistník. Jedná se zpravidla o investiční životní pojištění, kapitálové životní pojištění, případně univerzální životní pojištění.
- **Čekací doba:** Definice je uvedena v článku 10 těchto VPP.
- **Úraz:** Definice je uvedena v článku 6 těchto VPP.
- **Nemoc:** Definice je uvedena v článku 7 těchto VPP.

Článek 3

Jak probíhá uzavření smlouvy a změny v obsahu pojištění

1. Pojistná smlouva je uzavřena dnem, kdy řádně vyplněný formulář pojistné smlouvy podepíše pojistník a zástupce pojišťovny. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního běžného pojistného stanoveného v pojistné smlouvě, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního běžného pojistného v plné výši na účet pojišťovny, a to ve lhůtě a výši stanovené ve formuláři pojistné smlouvy.
2. Pojišťovna vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pokud formulář pojistné smlouvy obsahuje některé údaje, které jsou nejasné, neodpovídají skutečnosti, případně pokud některé údaje chybí, vystaví pojišťovna pojistku až po jejich opravě nebo doplnění. Ustanovení uvedené v předchozích dvou větech nezabývá pojišťovnu práva smlouvu vypovědět do 2 měsíců ode dne jejího uzavření nebo odstoupit od smlouvy od počátku v souladu se zákonem.
3. Pojišťovna vydá pojistku bez zbytečného odkladu poté, kdy ukončí svá šetření pro stanovení výše pojistného rizika a po provedení povinných kontrol v souladu s platnou legislativou. Pojišťovna je povinna vydat pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.
4. Pojistná smlouva musí mít písemnou formu. Ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě nebo ve Zvláštních pojistných podmínkách či obchodních podmínkách dohodnuto jinak.

- V případě změn v pojištění ve smyslu sjednání nového připojištění anebo navýšení pojistné částky se ujednání v tomto článku použijí analogicky s tím, že se datem vydání pojistky rozumí datum vydání potvrzení o změně.
- Potvrzení o provedené změně nahrazuje dnem svého vydání původní pojistku (případně dříve vydaná potvrzení o provedené změně), která tímto zaniká (případně zanikají předchozí potvrzení o provedené změně).
- Případná změna obsahu pojistné smlouvy musí být odsouhlasena oběma smluvními stranami. Na žádnou navrženou změnu smlouvy nevzniká právní nárok, dokud není zcela přijata druhou stranou.

Článek 4 Co je obsahem pojištění

- Pojištění se vztahuje na nahodilé události („pojistné události“), které jsou předmětem pojištění a které nastanou v době trvání pojištění. Bližší specifikace pojistných událostí pro jednotlivá pojištění a připojištění je uvedena v těchto VPP a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro jednotlivá pojištění a připojištění.
- V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění vypočtené z aktuální výše pojistné částky sjednaného pojištění či připojištění platné k datu vzniku pojistné události. Způsob určení (resp. výpočtu) pojistné částky je uveden ve Zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- Není-li ujednáno v pojistné smlouvě nebo v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách jinak, vztahuje se pojištění na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli ve světě.

Článek 5 Od kdy jste pojištěni a v jakém rozsahu

- Počátek pojištění nastane v 0.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako „počátek pojištění“, ne však dříve než dnem připsání prvního běžného pojistného na účet pojišťovny.
- Pojistná ochrana v plném rozsahu uvedeném v pojistné smlouvě je poskytována ode dne vydání pojistky pojišťovnou, následuje-li po počátku pojištění a po zaplacení prvního běžného pojistného.
- Pojišťovna neposkytne pojistné plnění ze škodných událostí, které nastaly před počátkem pojištění nebo které nastaly přede dnem, kdy byla na účet pojišťovny připsána platba sjednaného prvního běžného pojistného identifikovaná jako platba pojistného pro toto pojištění.** Uvedené platí i pro příčiny škodných událostí, které se projevily před počátkem pojištění nebo před zaplacením prvního běžného pojistného, avšak s výjimkou zdravotních příčin, které byly uvedeny ve zdravotním dotazníku při uzavírání smlouvy a byly na základě posouzení pojišťovny zahrnuty do pojistné smlouvy.
- Pokud v období po počátku pojištění (a po řádném zaplacení pojistného) do dne vydání pojistky pojišťovnou dojde ke vzniku škodné události, není pojišťovna povinná poskytnout pojistné plnění ze sjednaného pojištění. Toto neplatí, jedná-li se o úraz vymezený v čl. 6 těchto VPP, který je pojistnou událostí, nebo který zakládá pozdější vznik pojistné události výhradně následkem tohoto úrazu z jakéhokoli sjednaného pojištění či připojištění. V takovém případě vyplácí pojišťovna pojistné plnění určené na základě pojistných částek sjednaných pojištění a připojištění, nejvýše však v úhrnu 6 milionů Kč pro všechna pojistná plnění během tohoto období.**
- Na rozsah pojistné ochrany může mít vliv i čekací doba, která začíná běžet od počátku pojištění. Bližší informace k čekací době najdete v článku 10.

Článek 6 Co se rozumí úrazem

- Úrazem se v úrazovém připojištění rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se považuje také neúmyslné, neočekávané, náhlé a nepřerušované působení plynů, par, záření, elektrického proudu, vysokých nebo nízkých teplot, chemických látek a jedů, k němuž došlo nezávisle na vůli pojištěného, a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt.
- Tělesné poškození nebo smrt se rovněž považují za způsobené úrazem, jestliže k nim dojde z některé z následujících příčin, pokud tato příčina je příčinou hlavní:
 - nemocí, která není infekční a která vznikla výlučně z důvodu úrazu;
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem;
 - nákazou tetanem nebo HIV při úrazu.
- Tělesné poškození nebo smrt nejsou považovány za vzniklé úrazem, nebo se nepovažují za následek úrazu, pokud k nim došlo:
 - zhoršením nebo projevením se nemoci v důsledku úrazu, včetně zhoršení či projevení se obtížím majících původ v degenerativních změnách;
 - v příčinné souvislosti s duševním onemocněním anebo následkem poruchy vědomí s výjimkou případů, kdy k poruše vědomí dojde během trvání připojištění poprvé;
 - vznikem nebo zhoršením kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amocce sinice, vznikem nebo zhoršením aseptických zánětů šlachových pochv, svalových úponů, tíhových váčků;
 - výhřezem meziobratlové ploténky bez současné přítomnosti zlomeniny obratle nebo poškození míchy a s ním souvisejícími obtížemi anebo jakýkoli vertebrogenní syndrom;
 - následkem sebevraždy, pokusu o ni nebo úmyslným sebepoškozením.
- Definice úrazu platí také pro účely neuplatňování čekacích dob v čl. 10 těchto VPP a pro účely rozsahu pojistné ochrany před vydáním pojistky čl. 5 těchto VPP.

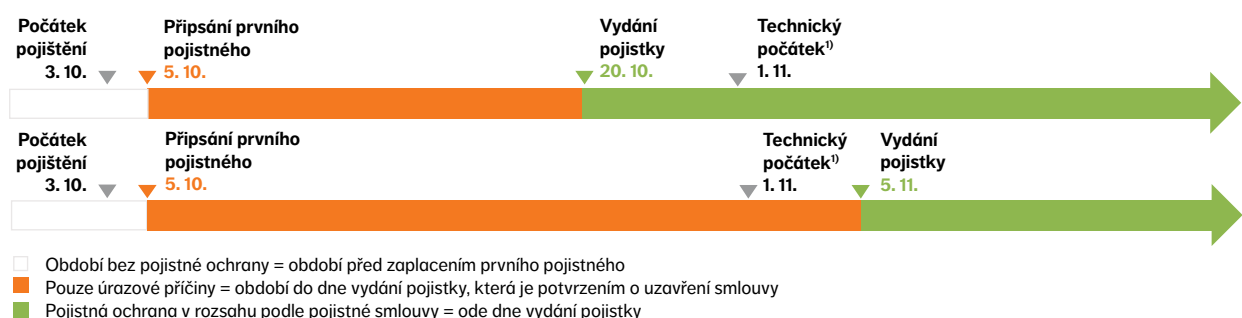
Článek 7 Co se rozumí nemocí

- Nemocí se v připojištění nemocí rozumí porucha zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
- Za nemoc se nepovažují:
 - kosmetické zákroky a zákroky plastické chirurgie, které nebyly provedeny z důvodu odstranění následků nemoci (ani úrazu podle definice uvedené v předchozím článku);
 - neplodnost, léčení neplodnosti a zdravotně nepříznivé následky této léčby; podmínky případného pojistného krytí v souvislosti s těhotenstvím jsou definovány v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách.

Článek 8 Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění)

- Výluky pro všechna pojištění a připojištění**
Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z žádného sjednaného pojištění ani připojištění, jestliže škodná událost vznikla:
 - v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáním, nepokoji, jadernými katastrofami;
 - následkem sebevraždy nebo pokusu o ni do 2 let ode dne uzavření pojištění, příp. z navýšené části do dvou let ode dne zvýšení pojistné částky (v případě úrazových připojištění jsou sebevražda či pokus o ni vyloučeny po celou dobu trvání daného úrazového připojištění); v souvislosti s úmyslným sebepoškozením;

Příklady vzniku pojistné ochrany u smlouvy podepsané 2. 10. s počátkem pojištění 3. 10.



¹⁾Technický počátek pojištění vždy připadá na první den v měsíci (viz definici pojmu v čl. 1 těchto VPP) a je to den, od kdy se začíná platit pojistné. Pojistná ochrana před technickým počátkem pojištění je poskytována zdarma.

- c) jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s pácháním úmyslného trestného činu (ve všech jeho vývojových stádiích) pojištěným; je-li proti pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě vedeno trestní řízení v souvislosti se škodnou událostí nebo pojištěním, není pojišťovna povinna plnit až do vydání pravomocného rozhodnutí ve věci;
- d) v souvislosti s použitím atomových, biologických nebo chemických zbraní, jakož i útoky spojenými s použitím radioaktivních, biologických a chemických látek, a to ani v případě, že byl takový čin vykonán pomocí specifických informačních technologií; s útokem na nebo úmyslným zničením provozních míst či jiných stálých objektů, budov či místností, mobilních zařízení vedoucím k uvolnění radioaktivity nebo jaderných, chemických či biologických materiálů či látek.

2. Výluky pro úrazová pojištění a pojištění nemoci

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění či připojištění úrazu nebo nemoci, jestliže škodná událost vznikla v důsledku anebo v jakékoli příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování pojištěného dle mezinárodní klasifikace nemoci (MKN).

3. Výluky pro připojištění pracovní neschopnosti

- a) Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění pracovní neschopnosti, jestliže škodná událost vznikla v souvislosti s léčebným pobytem v lázeňských zařízeních a sanatoriích, v rehabilitačních zařízeních kromě případů, kdy jde o komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči jako nezbytnou součást léčby nemoci nebo úrazu; za nezbytnou součást léčby nemoci nebo úrazu se považuje základní léčebný pobyt navazující na náhlou změnu zdravotního stavu pojištěného (např. stav po operaci, po úrazu či po jiném akutním onemocnění) schválenou revizním lékařem zdravotní pojišťovny pojištěného.
- b) Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba nemá žádný příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) ani z podnikání, nebo kdy pobírá náhradu za ztrátu výdělku dle příslušných ustanovení zákoníku práce;
- c) Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství (příp. peněžitou pomoc zaměstnanci) nebo rodičovský příspěvek a po dobu rodičovské dovolené pojištěného kromě případů, kdy pojištěná osoba v tomto období plyne příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) a/nebo z podnikání, který v daném zdaňovacím období dosahuje úrovně alespoň poloviny minimální mzdy ve smyslu aktuálních právních předpisů České republiky;
- d) Pojišťovna neposkytne nebo sníží pojistné plnění, pokud se pojištěný nezdržuje v místě, které uvedl v příslušném dokladu o pracovní neschopnosti jako místo svého pobytu během léčby, ani v nemocnici, nebo jinak porušuje lékařem stanovený léčebný režim. Pobyt na jiném místě, než je popsáno v předchozí větě, není překážkou pro poskytnutí pojistného plnění, pokud se pojištěný stane práce neschopným z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu na jiném místě a jeho návrat je z lékařského hlediska vyloučen.

Jestliže pojišťovna neposkytne pojistné plnění z důvodů popsaných v písm. b) a c), vrátí platby za připojištění uvedené v těchto ZPP za dobu, po kterou pojištěný neměl příjem ze zaměstnání ani z podnikání. Platby budou v takovém případě zaslány zpět na účet, ze kterého byly pojišťovně zaslány.

4. Výluka pro připojištění invalidity

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z příslušného připojištění, jestliže

- a) invalidita jakéhokoli stupně nastala v příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování, které vznikly v příčinné souvislosti s opakovaným požíváním alkoholu, užíváním psychotropních či jiných návykových látek.
- b) invalidita 1. stupně vznikla v příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování s výjimkou případů, kdy se jedná o diagnózu organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09 podle MKN) nebo o diagnózu schizofrenie, poruchy schizotypální či poruchy s bludy (F20-F29 podle MKN). Uvedené omezení se vztahuje pouze na invaliditu prvního stupně, nikoli na invaliditu 2. a vyššího stupně.

5. Výluka pro připojištění dlouhodobé péče

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění dlouhodobé péče, jestliže potřeba dlouhodobé péče vznikla v souvislosti s poruchou příjmu potravy pojištěného (F50 podle MKN – např. mentální anorexie, mentální bulimie).

6. Kromě výluk uvedených v tomto článku **doporučuje pojišťovna věnovat pozornost přesnému vymezení pojistné události v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách, dále čekacím dobám** uvedených v článku 10 těchto VPP a vymezení podmínek úrazu a nemoci v článcích 6 a 7 těchto VPP.

Článek 9

Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění

- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění maximálně o jednu polovinu, došlo-li k pojistné události následkem toho, že poškozený požil alkohol, návykovou látku nebo přípravky takové látky obsahující, avšak pouze v těch případech, odůvodňují-li to okolnosti, za nichž k pojistné události došlo, tedy existuje-li prokázána příčinná souvislost mezi požitím těchto látek a vznikem pojistné události. Pro tyto účely stanovuje pojišťovna limity pro maximální snížení pojistného plnění v závislosti na zjištěné hladině alkoholu v krvi bezprostředně po pojistné události následovně:

3,01 ‰ a více:	pojistné plnění sníženo o 50 %
1,51 ‰ až 3,0 ‰:	pojistné plnění sníženo o 25 %
0,51 ‰ až 1,50 ‰:	pojistné plnění sníženo o 15 %
do 0,5 ‰ (včetně):	pojistné plnění nebude sníženo (snížení 0 %)

Uvedené hodnoty maximálního snížení platí pouze pro případy, kdy je hodnota alkoholu v krvi zdokumentována. V opačném případě určí procento snížení pojistného na základě doložení okolností pojistné události, přičemž maximální snížení z tohoto důvodu je o 50 %.

- Je-li však pojistnou událostí smrt pojištěného, využije pojišťovna práva snížit pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku jen tehdy, došlo-li k ní v souvislosti s řízením jakéhokoli vozidla (včetně nemotorových, např. jízdního kola) nebo v souvislosti s takovým činem pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. Právo snížit pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku pojišťovna nemá ani v případě, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a pokud pojištěný nebyl lékařem ani výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.
- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění také tehdy, pokud pojistník či pojištěný porušil povinnost uvést pravdivé a úplné údaje pokládané pojišťovnou při uzavírání nebo při změně pojistné smlouvy, nebo neohlásil změnu pojistného rizika ve smyslu článku 17 těchto VPP a pokud v důsledku této skutečnosti bylo ujednáno nižší pojistné. V takovém případě má pojišťovna právo pojistné plnění snížit v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému za krytá rizika, které měla obdržet.

Článek 10

Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby)

- Čekací doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění ze škodních událostí, jež by jinak byly pojistnými událostmi, začíná běžet od data počátku pojištění. V případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany v průběhu pojistné doby (navýšení pojistné částky) začíná běžet od data účinnosti změny, a to pouze pro navýšenou část. Délka čekací doby je různá a je určena pro každý typ připojištění způsobem popsaným v následujících odstavcích tohoto článku.
- Není-li v tomto článku stanoveno jinak, čekací doba činí **3 měsíce**
 - pro pojištění a připojištění, ve kterém je jako pojistná událost definována invalidita jakéhokoli stupně, pro vznik nemoci či jejich projevů, která je následně příčinou vzniku invalidity,
 - pro pojištění a připojištění závažných onemocnění, závažných zdravotních následků, dlouhodobé péče,
 - pro pojištění a připojištění pracovní neschopnosti a ošetřování dítěte.
- Pokud je v pojištění a připojištění zahrnuto jakékoli pojistné nebezpečí spojené s **těhotenstvím či porodem**, čekací doba pro tyto škodné události činí **8 měsíců**.
- Pojišťovna **neuplatní čekací dobu**:
 - pro pojištění a připojištění smrti,
 - pro pojištění a připojištění invalidity, je-li příčinou vzniku invalidity jakéhokoli stupně výhradně infarkt myokardu nebo mozková mrtvice, které vznikly po datu vydání pojistky,
 - pro připojištění hospitalizace z jiných důvodů, než je těhotenství nebo porod,
 - pro jakákoli úrazová pojištění či připojištění,
 - pro všechna pojištění a připojištění v případě pojistné události, která vznikla výlučně následkem úrazu vymezeného v těchto VPP, pokud tento úraz nastal v době trvání příslušného pojištění nebo připojištění.
- Pokud jedině připojištění v sobě zahrnuje více typů pojistných nebezpečí, čekací doba se posuzuje pro každé pojistné nebezpečí zvlášť způsobem, který je popsán v předchozích odstavcích tohoto článku.
- Je-li v době do 3 měsíců (tj. po dobu plynutí čekací doby) po počátku pojištění, resp. po navýšení pojistné částky, pojištěného diagnostikována nemoc, která je následně jednou z příčin vzniku invalidity, pojišťovna pro účely posouzení rozsahu škodné události invalidity tuto příčinu nezohlední. To znamená, že od doloženého celkového poklesu pracovní schopnosti pojištěného (který se vyjadřuje procentem) odečte procento poklesu pracovní schopnosti způsobené tímto onemocněním. Pro tento odpočet a stanovení výsledného poklesu vyjde pojišťovna z posudku vydaného příslušným orgánem veřejné správy, příp. z posudku lékaře určeného pojišťovnou.

Článek 11

Kdo má nárok na pojistné plnění

- Oprávněnou osobou v případě pojistné události jiné než smrti pojištěného je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený, kterého může určit pojistník. Pojistník může obmyšleného kdykoliv změnit až do vzniku pojistné události; není-li však pojistník a pojištěný tatáž osoba, musí se změnou obmyšleného vyjádřit souhlas i pojištěný. Není-li obmyšlený určen nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, postupuje se v souladu s platnými právními předpisy.
- Osoba, které má smrti pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, jestliže byla soudem uznána vinnou trestným činem v souvislosti se smrtí pojištěného.
- Jestliže došlo ke smrti pojištěného v souvislosti s úmyslným trestným činem a osoba, které má vzniknout právo na pojistné plnění, je vyšetřována nebo souzena pro takový trestný čin, je pojišťovna oprávněna až do vydání pravomocného rozhodnutí, kterým je taková osoba odsouzena nebo obvinění zproštěna, výplatu pojistného plnění odložit.

Článek 12

Jak se postupuje v případě škodné události

- Škodnou událost je nutné oznámit pojišťovně bez zbytečného odkladu. K tomu účelu může osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění (oprávněná osoba, obmyšlený), využít on-line hlášení na webových stránkách pojišťovny, kontaktovat telefonicky kontaktní centrum pojišťovny nebo osobu, která smlouvu s pojistníkem uzavřela. O dalším postupu bude osobu, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, informovat zástupce pojišťovny. Oprávněná osoba je povinna uvést pravdivé informace o okolnostech vzniku škodné události a dodat všechny podklady a dokumenty, které si pojišťovna v souvislosti s šetřením vyžádá.
- Oznámení škodné události může učinit i jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem.
- Doklady předkládané v rámci oznámení a šetření škodné události si pojišťovna ponechává.
- Pokud je pojistnou událostí dožítí se sjednaného konce pojištění, je pojistné plnění splatné nejpozději do 1 měsíce ode dne ukončení šetření pojistné události, spočívající v ověření totožnosti pojištěného, určení způsobu výplaty pojistného plnění apod. U ostatních pojistných událostí je pojistné plnění splatné nejpozději do 15 pracovních dní po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit.
- Pokud v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit odvolá pojištěný svůj souhlas se zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu nebo souhlas se zjišťováním jeho zdravotního stavu a příčině smrti, není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění až do doby, než souhlas znovu udělí. Odvolání tohoto souhlasu je účastníky považováno za ztížení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti plnit z viny pojištěného s důsledky uvedenými v zákoně. Odvolání souhlasu je považováno za rozumný důvod k odepření výplaty zálohy pojistného plnění dle uvedeného ustanovení zákona.
- Obsahuje-li oznámení pojistné události nepravdivé nebo hrubě zkresené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události nebo jsou-li v něm údaje týkající se této události vědomě zamlčeny, má pojišťovna právo na náhradu nákladů, které účelně vynaložila na šetření skutečností, ve vztahu k nimž jí tyto údaje byly sděleny nebo zamlčeny.

Článek 13

Jak se platí pojistné

- Pojistné je úplatou za poskytovanou pojistnou ochranu. Pojišťovně náleží pojistné za dobu trvání pojištění. Běžné pojistné je vždy hrazeno v pravidelných splátkách podle sjednané frekvence za dané pojistné období.
- Běžné pojistné za první pojistné období je splatné dnem technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období.
- První pojistné období začíná dnem technického počátku pojištění.
- Pojistné se považuje za zaplacené dnem, kdy je připsáno ve výši dohodnuté v pojistné smlouvě na účet stanovený pojišťovnou. Platba pojistného musí být zaplacená způsobem stanoveným v pojistné smlouvě nebo v jejím návrhu tak, aby mohla být pojišťovnou identifikována. Pojišťovna nenesie odpovědnost za škodu způsobenou opožděnou či zmařenou identifikací platby pojistného způsobem uvedením nesprávných údajů při placení pojistného ze strany pojistníka.
- Má-li být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného a je-li následně první pojistné zasláno v nesprávné výši, zašle pojišťovna takovou platbu zpět na účet, ze kterého byla zaslána.
- S ostatními platbami běžného pojistného v nesprávné výši bude nakládáno následovně:
 - bude-li platba nižší než předepsané běžné pojistné pro dané pojistné období, bude považována za zálohu na pojistné pro toto pojistné období a rozdíl oproti předepsanému pojistnému je považován za dluh na pojistném,
 - bude-li platba vyšší než předepsané běžné pojistné pro dané pojistné období, bude použita pro úhradu případného dluhu na běžném pojistném

za předchozí pojistná období, dále pak na úhradu běžného pojistného pro toto pojistné období a případná zbylá částka bude považována za zálohu na běžné pojistné za následující pojistné období.

- Pojišťovna je povinna přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění i od pojistníkovy zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
- Vůči pojistnému plnění může pojišťovna započíst splatné pohledávky pojistného či jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění bez ohledu na jejich promlčení. Vůči pojistnému může pojistník započíst jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění než pohledávku na pojistné plnění, a to bez ohledu na jejich promlčení. O provedeném započtení je strana povinna druhou stranu bezodkladně písemně informovat.
- V případě, že dojde k výpovědi pojistné smlouvy pojišťovnou do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy, vrátí pojišťovna pojistníkovi veškeré uhrazené pojistné do 30 kalendářních dnů ode dne zániku pojistné smlouvy zpět na účet, ze kterého byla zaslána.
- Zanikne-li pojištění nebo připojištění v důsledku pojistné události, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.

Článek 14

Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného

- Výše běžného pojistného a pojistného za krytá rizika je stanovena na základě pojistné matematických metod založených na předpokladech (podmínkách) rozhodných pro stanovení objektivní míry pojistného rizika (pojistné za krytá rizika je definováno ve Zvláštních pojistných podmínkách příslušného typu pojištění či připojištění). Tyto předpoklady (podmínky) se během pojistné doby mohou měnit nezávisle na vůli pojišťovny. Pojišťovna je povinna na písemnou žádost klienta klientovi sdělit zásady stanovení pojistného.
- V souvislosti s objektivní změnou podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného je pojišťovna oprávněna jednostranně zvýšit výši pojistného za krytá rizika a/nebo běžného pojistného.
- Možné objektivní změny podmínek rozhodných pro případné zvýšení běžného pojistného, příp. pojistného za krytá rizika, jsou skutečnosti, které jsou jednoznačně definovány v obchodních podmínkách pro příslušný pojistný produkt, jež jsou nedílnou součástí smluvní dokumentace.
- Pojišťovna je oprávněna zvýšit pojistné za krytá rizika a/nebo běžné pojistné pouze v nezbytném rozsahu, a to zejména s ohledem na dodržení svých závazků plynoucích z pojistných smluv.
- Změnu výše pojistného za krytá rizika, resp. běžného pojistného je pojišťovna povinna oznámit pojistníkovi nejpozději 2 měsíce před dnem splatnosti běžného pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.
- Nesouhlasí-li pojistník se změnou, může svůj nesouhlas projevit do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím období, na které bylo pojistné zaplacené.
- Svůj nesouhlas se zvýšením pojistného pojistník sdělí pojišťovně písemně na adresu pojišťovny s uvedením čísla své pojistné smlouvy.

Článek 15

Jak lze chránit pojištění proti vlivu inflace

- Pojistník má právo písemně požádat o inflační navýšení pojistných částek bez zkoumání zdravotního stavu pojištěného. Tuto žádost je možné zaslat pojišťovně jednou v průběhu každého kalendářního roku s účinností k datu nejbližší následující splatnosti běžného pojistného. Pojistné bude navýšeno adekvátně, aby odpovídalo navýšeným pojistným částkám. O přijetí žádosti, o výši pojistných částek a o nové výši běžného pojistného bude pojistník informován v potvrzení o provedené změně.
- Procento bude určeno pro zvýšení pojistných částek, běžné pojistné bude adekvátně navýšeno podle pojistné technických zásad (tj. zejména v závislosti na věku pojištěného, zbývající doby trvání pojištění či připojištění, příp. dalších parametrech pojistné smlouvy), dále jen „procento inflačního navýšení“. Odchylně od předchozí věty může pojišťovna stanovit nižší procento pro navýšení pojistných částek, pokud identifikuje významné riziko ohrožující další trvání smlouvy (uvedené riziko může nastat pouze u investičního životního pojištění).
- Pojišťovna procento inflačního navýšení určí jednou ročně podle růstu indexu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem za předchozí kalendářní rok. Pokud bude růst indexu spotřebitelských cen za předchozí kalendářní rok nižší než 2%, bude použito procento inflačního navýšení 2%. Určené procento bude stanoveno vždy k 1. dubnu a bude používáno pro inflační navýšení realizovaná v období následujícího 12 měsíců.
- Jestliže index spotřebitelských cen nebude zveřejněn, má pojišťovna právo určit jiný způsob stanovení procenta inflačního navýšení, který se svým charakterem a účelem nejvíce blíží indexu nezveřejněnému.
- Inflační navýšení není možné provést, pokud byla zahájena výplata pojistného plnění z připojištění s postupnou výplatou pojistného plnění (např. ročně, měsíčně apod.), zejm. v případě připojištění zproštění od placení pojistného nebo připojištění dlouhodobé péče.
- V případě připojištění s klesající pojistnou částkou a v případě připojištění, u kterých se pojistná částka stanovuje ve formě denní dávky (např. pracovní neschopnosti, hospitalizace, denního odškodného při úrazu), se inflační navýšení neprovádí.

Článek 16

Kdy je nutné zkoumat zdravotní stav

- Pojištěný je povinen před uzavřením pojištění nebo při změně pojištění odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy uvedené v pojistné smlouvě v souvislosti s posouzením zdravotního stavu a míry pojistného rizika.
- Pojišťovna je v případě žádosti o změnu pojištění nebo v případě šetření škodné události oprávněna přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou a poskytnutých pověřeným zdravotnickým zařízením. Na žádost pojišťovny je pojištěný povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí pojišťovna.
- Je-li to nutné pro šetření škodné události, má pojišťovna právo požadovat údaje o zdravotním stavu nebo o příčině smrti pojištěného, zejména doložení výpisů ze zdravotní dokumentace, výpis z evidence zdravotní pojišťovny, absolvování zdravotní prohlídky u lékaře určeného pojišťovnou, výpisy Policie ČR, doložení dokumentace z České správy sociálního zabezpečení, příp. z příslušné okresní správy sociálního zabezpečení atd. Do doby poskytnutí těchto údajů není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Článek 17

Co znamená změna pojistného rizika a proč je nutné ji oznámit

- Pojistník i pojištěný jsou povinni **oznámit pojišťovně změnu pojistného rizika**.
- Za změnu pojistného rizika se pro účely tohoto pojištění považuje:
 - změna nebo ztráta zaměstnání, změna pracovního zařazení, pracovní náplně, výkon dalšího zaměstnání, popř. změna výkonu profese;
 - vznik nároku na peněžitou pomoc v mateřství, vznik nároku na rodičovský příspěvek, přiznání invalidity jakéhokoli stupně, vznik nároku na starobní důchod, popř. mimořádný starobní důchod;
 - změna, zahájení nebo ukončení sportovní činnosti (např. registrace ve sportovním svazu, zahájení profesionální sportovní činnosti vymezené v aktuálních obchodních podmínkách, účast na organizovaných sportovních soutěžích);
 - změna, zahájení nebo ukončení zájmové rizikové činnosti (např. motoristické soutěže, horolezectví, adrenalinové aktivity, bojové sporty);
 - dlouhodobý pobyt (tj. delší než 3 měsíce) v zahraničí mimo státy EU, Švýcarsko, Lichtenštejnsko, Island, Norsko, Velkou Británii a Severní Irsko.
- Pojišťovna upozorňuje, že oznámená změna pojistného rizika může mít za následek zejména snížení či zvýšení běžného pojistného, změnu rozsahu pojistné ochrany, příp. výpověď s výpovědní dobou podle zákona (více viz odst. 4 a 5 tohoto článku), jak je popsáno v zákoně. Případně neoznámení změny pojistného rizika pak může mít za následek snížení pojistného plnění v případě pojistné události, příp. i výpověď sjednaného pojištění bez výpovědní doby v souladu se zákonem, jak je popsáno v odst. 6 tohoto článku.
- Prokáže-li pojišťovna, že by uzavřela smlouvu za jiných podmínek, pokud by oznámené pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu existovalo již při uzavírání smlouvy, má právo navrhnout novou výši pojistného a/nebo novou výši pojistné částky a/nebo jinou změnu vymezení rozsahu pojistné ochrany. Musí tak učinit do jednoho měsíce poté, kdy obdrží všechny potřebné podklady k objektivnímu posouzení míry zvýšení pojistného rizika. Pokud pojištník vyjádří do jednoho měsíce od obdržení návrhu nesouhlas s navrženou změnou, je pojišťovna oprávněna smlouvu anebo každé jednotlivé připojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou, nejpozději do dvou měsíců ode dne obdržení nesouhlasu. Obdobně navrhne pojišťovna novou výši pojistného v případě, že dojde k oznámení snížení pojistného rizika, které má vliv na snížení pojistné částky.
- Prokáže-li pojišťovna, že by vzhledem k podmínkám platným v době uzavření smlouvy smlouvu neuzavřela, existovalo-li by oznámené pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu již při uzavírání smlouvy, má právo pojištění vypovědět v osmidenní výpovědní době do jednoho měsíce, kdy jí byla změna oznámena. Bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojištníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné za krytá rizika, má pojišťovna právo pojistné plnění snížit v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému za krytá rizika, které měla obdržet.
- Poruší-li pojištník nebo pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému (za krytá rizika), které měla obdržet, kdyby se byla o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděla. V případě porušení povinnosti oznámit změnu pojistného rizika je pojišťovna oprávněna do dvou měsíců ode dne, kdy se o zvýšení rizika dozvěděla, vypovědět sjednané pojištění a/nebo připojištění bez výpovědní doby. Výpověď-li pojišťovna smlouvu z tohoto důvodu, náleží jí pojistné, resp. pojistné za krytá rizika do konce pojistného období, v němž pojištění, resp. připojištění zaniklo.
- Pojistník a pojištěný (příp. zákonný zástupce pojištěného) jsou povinni bez zbytečného odkladu oznámit pojišťovně změnu státního občanství nebo změnu státu trvalého bydliště.

Článek 18

Co dalšího je nutné oznámit pojišťovně

- Pojistník/pojištěný je povinen bezodkladně pojišťovně oznámit, pokud u účastníků pojištění nastala změna skutečností, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna tázala, k nimž dojde během trvání pojištění (např. informace k identifikaci a kontrole klienta, k daňové identifikaci, a to ve smyslu platných právních předpisů). Tyto informace pojištník/pojištěný poskytne bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy k příslušné změně došlo. Pojištník/pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně identifikačních údajů (zejména jména, příjmení, státních občanství, pohlaví, rodného čísla vydaného v České republice, adresy pobytu), údajů k daňové identifikaci (jako země daňové identifikace, daňové identifikační číslo), ve smyslu platné legislativy, povolání/zaměstnání, kontaktních údajů (jako je e-mail, telefon, kontaktní adresa) a změně dalších údajů uvedených v pojistné smlouvě nebo souvisejících s pojištěním.
- Pojistník je povinen pojišťovně oznámit, pokud se stal politicky exponovanou osobou ve smyslu platných právních předpisů.
- Oznámí-li pojištník/pojištěný změnu identifikačních údajů, kontaktních údajů, údajů k daňové identifikaci, případně údajů o dokladu totožnosti (zejména jeho typ, číslo, kým byl vydán a do kdy je platný), je pojišťovna oprávněna zajistit aktualizaci těchto údajů také u všech ostatních smluv, které má pojištník/pojištěný uzavřené s pojišťovnou.

Článek 19

Jak pojištění zaniká

- Pojištění, případně připojištění, zaniká:
 - uplynutím pojistné doby;
 - dnem smrti pojištěného (zanikají všechna jeho pojištění a připojištění; jde-li o prvního pojištěného, zaniká celá pojistná smlouva);
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného;
 - písemnou výpovědí ze strany pojištníka;
 - písemnou výpovědí ze strany pojišťovny;
 - odstoupením;
 - dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
 - zánikem pojistného zájmu;
 - zánikem pojistného nebezpečí;
 - dohodou;
 - výplatou odkupného podle odst. 13 tohoto článku;
 - pokud zánik připojištění způsobí, že není splněna podmínka minimálního celkového běžného pojistného pro dané životní pojištění.
- Konec pojištění se shoduje se dnem, na nějž připadne výročí, které se svým pořadím rovná počtu let sjednané pojistné doby, pokud není dále uvedeno jinak.
- Výpověď pojištění lze provést dle pravidel zákona, zejména písemnou výpovědí ze strany pojištníka doručenu pojišťovně nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období (je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období) nebo s osmidenní výpovědní dobou do 2 měsíců od vydání pojistky (zákoně lhůty jsou tak prodlouženy ve prospěch pojištníka) či výpovědí ze strany pojišťovny, nejedná-li se o životní pojištění, doručenu nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období (je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období) nebo s osmidenní výpovědní dobou do 2 měsíců od počátku pojištění. Pojišťovna i pojištník mohou vypovědět sjednaná připojištění i samostatně, a to za podmínek uvedených v zákoně.
- Pojišťovna a pojištník se mohou na zániku pojištění dohodnout. V této dohodě musí být písemně určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
- Porušil-li pojištník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost k pravdivým sdělením, má pojišťovna právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřela. Pojištník má právo od smlouvy odstoupit, porušila-li pojišťovna povinnost zodpovědět zájemci o pojištění na jeho písemný požadavek pravdivě dotazy týkající se pojištění, o které má zájem. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti uvedené výše. Ve lhůtě 30 kalendářních dní od data vydání pojistky má pojištník právo od pojistné smlouvy odstoupit i bez udání důvodu. V případě uzavření pojistné smlouvy pomocí prostředků komunikace na dálku se tato lhůta počítá ode dne, kdy byl pojištník pojišťovnou informován, že byla pojistná smlouva uzavřena.
- Jestliže pojištění zanikne odstoupením od smlouvy ze strany pojišťovny z důvodu porušení povinnosti k pravdivým sdělením, má tato právo od celkově zaplaceného pojistného odečíst veškeré náklady související se vznikem a správou pojistné smlouvy, a to do výše 25 % z celkově zaplaceného běžného pojistného, minimálně 1000 Kč, maximálně však dvojnásobek ročního pojistného. Pojištník, popřípadě pojištěný (není-li současně pojištníkem), popřípadě obmyšlený, je povinen vrátit částku vyplaceného plnění z pojištění.

7. Pojišťovna může pojištění plnění odmítnout, jak je uvedeno v písm. g), odst. 1 tohoto článku:
 - a) byla-li příčinou pojištění události skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojištění události, a současně
 - b) byla-li příčinou pojištění události skutečnost, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohla zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti sdělit pojišťovně pravdivé údaje, a současně
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřela nebo pokud by ji uzavřela za jiných podmínek.
8. Jestliže dojde k odmítnutí pojištění plnění v životním pojištění s rezervotvornou složkou, oprávněně osobě nevzniká nárok na vrácení zaplaceného pojištění. K datu zániku pojištění vyplatí pojišťovna pojistníkovi nebo oprávněně osobě odkupné snížené o 25 %, maximálně však o dvojnásobek ročního pojištění.
9. Ustanovení o odstoupení od smlouvy a odmítnutí plnění se analogicky použijí i v případě zániku jednotlivých připojištění.
10. Jestliže došlo k zániku pojištění, má pojišťovna právo na pojištění za krytá rizika za období, za které nebylo pojištění zaplacené, příp. nebylo zaplacené v plné výši. Jestliže jde o investiční životní pojištění a pojištění za krytá rizika je vyšší než běžné pojištění, pak má pojišťovna nárok na běžné pojištění.
11. Všechna připojištění zanikají také dnem zániku hlavního pojištění, k němuž byla sjednána.
12. Pojištění zaniká též okamžikem zániku pojištění zájmu. Pojišťovna má právo na pojištění až do doby, kdy se o zániku pojištění zájmu dozvěděla.
13. Pokud jde o životní pojištění s rezervotvornou složkou a pokud Zvláštní pojistné podmínky hlavního pojištění vymezuji možnost vzniku nároku na odkupné, má pojistník právo, aby na jeho písemnou žádost zaniklo pojištění výplatou odkupného. Odkupné je pak splatné nejpozději do 3 měsíců ode dne, kdy byla žádost o výplatu odkupného pojistníka doručena pojišťovně. Zánik pojištění nastane nejpozději na konci pojištění období, ve kterém byla žádost o výplatu odkupného doručena pojišťovně, případně dnem výplaty odkupného pojišťovnou (odepsáním částky z účtu pojišťovny, a to podle toho, co nastane dříve).
14. Jestliže má pojistník k datu zániku pojištění výpověď právo na výplatu odkupného, je mu odkupné vyplaceno do 1 měsíce od zániku pojištění.
15. Zvláštní pojistné podmínky mohou stanovit další způsoby zániku pojištění.

Článek 20

Jak probíhá komunikace ohledně smlouvy

1. Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce, není-li v pojištění smlouvě stanoveno jinak.
2. Písemná forma sdělení není dodržena, je-li sdělení (právní úkon) učiněno elektronickými prostředky (např. e-mailem), není-li ujednáno jinak. Písemnost určená pojišťovně splňující všechny zákonné náležitosti je účinná doručením do sídla pojišťovny. Písemnost zasílaná pojišťovnou se považuje za doručenu desátý kalendářní den od data odeslání pojišťovnou na poslední pojistníkem uvedenou korespondenční adresu.
3. Písemnosti se účastníkům pojištění doručují na jimi naposledy určenou korespondenční (doručovací, kontaktní) adresu. Nepodaří-li se pojišťovně doručit pojistníkovi písemnost na tuto adresu, je pojišťovna oprávněna doručovat na adresu, kterou pojistník uvedl jako adresu svého trvalého bydliště, pokud se liší od korespondenční adresy. Korespondenční adresu uvedenou pojistníkem považuje pojišťovna za bydliště pojistníka ve smyslu zákona, tj. za místo, kde se pojistník zdržuje s úmyslem žít tam trvale.
4. Smluvní strany se dohodly, že pojišťovna je oprávněna písemnosti určené pojistníkovi doručovat elektronicky, a to na poslední pojišťovně oznámenou e-mailovou adresu pojistníka nebo rovněž umístěním písemnosti na osobní účet pojistníka prostřednictvím klientského webového portálu. Smluvní strany se dohodly, že pojistník může elektronické doručování písemností kdykoliv deaktivovat, a to prostřednictvím klientského webového portálu, e-mailem nebo písemně. Písemnosti zaslané pojistníkovi se považují za doručené dnem jejich odeslání na poslední pojišťovně oznámenou e-mailovou adresu pojistníka, pokud se písemnost nevrátila jako nedoručitelná, nebo dnem umístění písemnosti na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby klientského webového portálu. Pravidla užívání on-line komunikace jsou popsána v dokumentu Podmínky poskytování a používání elektronických služeb, který tvoří součást smluvní dokumentace.
5. Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení druhé straně. Písemnost doručena pojišťovně je účinná doručením do jejího sídla nebo dnem doručení písemnosti elektronicky, jak je popsáno v předchozím odstavci tohoto článku.
6. Jsou-li některé podklady předkládané pojišťovně v rámci posouzení míry pojištění rizika nebo šetření škodné události v jiném než českém jazyce, je pojištěný či oprávněná osoba povinna na žádost pojišťovny zajistit na vlastní náklady úřední překlad do českého jazyka.

Článek 21

Jaká jsou obecná pravidla pojištění smlouvy

1. Pokud by pojištění smlouva trpěla právními vadami v důsledku změny obecné právní úpravy nebo i jinak, nemohou takové právní vady způsobit neplatnost nebo neúčinnost celé smlouvy. Všechna ustanovení pojištění smlouvy jsou oddělitelná, a pokud se jakékoliv její ustanovení stane neplatným, protiprávním nebo bude v rozporu s veřejným zájmem, platnost ostatních ustanovení tím není dotčena a pojištění smlouva bude posuzována tak, jako by tato neplatná ustanovení nikdy neobsahovala. Namísto neplatného nebo neúčinného ujednání se strany zavazují nahradit tato ustanovení ustanoveními s obsahem umožňujícím dosažení účelu této smlouvy.
2. Všechny platby týkající se pojištění smlouvy jsou prováděny v zákonných peněžích České republiky a jsou splatné na území České republiky, nestanoví-li pojištění smlouva jinak.
3. Je-li účastník pojištění v prodlení s placením peněžitých částek, má ten účastník pojištění, vůči kterému je účastník v prodlení, právo na úrok z prodlení ve výši stanovené právními předpisy. Doba nutná k šetření pojištění události se nepovažuje za prodlení pojišťovny s výplatou pojištění plnění.
4. Pojištění nelze přerušit ve smyslu zákona, nestanoví-li pojištění smlouva jinak.
5. Pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.
6. Pojištění nelze přerušit ve smyslu zákona, nestanoví-li pojištění smlouva jinak.
7. V pojištění se nesjednává možnost snížení pojištění částky ani snížení ročního důchodu ani zkrácení pojištění doby ani možnost určit neodvolatelně obmysleného ve smyslu zákona.
8. Pojišťovna je v souladu s platnou legislativou nebo v zájmu ochrany práv pojistníka a pojištěného oprávněna požadovat při provádění některých úkonů souvisejících s pojištěním úřední ověření podpisu pojistníka a/nebo pojištěného a/nebo oprávněné osoby, popř. provedení identifikace a kontroly této osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ověření její totožnosti, popř. požadovat fotokopii jejího průkazu totožnosti nebo dokumenty a informace k provedení kontroly této osoby.
9. Pojišťovna si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky odborníků, které si určí. Pojišťovna je rovněž oprávněna složitě pojištění události konzultovat nebo zaslat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojištění plnění. Pojišťovna je rovněž oprávněna vyžadovat od pojistníka nebo pojištěného doklady o výši (hrubého) příjmu, délce vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele, příp. daňová přiznání.
10. Pojišťovna je oprávněna provést jednostrannou změnu obchodního názvu produktu nebo služby, o které je povinna informovat pojistníka vhodným způsobem a bez zbytečného odkladu. Změna obchodního názvu produktu nebo služby nemá vliv na práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z pojištění smlouvy, proto takovou změnu smluvní strany nepovažují za změnu smlouvy o daném produktu nebo službě.
11. Nedojde-li k dohodě, budou všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé řešeny u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky nebo před příslušnými subjekty pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v souvislosti s životním pojištěním. K těmto subjektům náleží Finanční arbitř, www.finarbitr.cz, Česká obchodní inspekce, www.coi.cz. Spory z doplňkových neživotních pojištění (připojištění) lze rovněž řešit před ombudsmanem České asociace pojišťoven, www.ombudsmanecap.cz. Pro řešení sporu ze smlouvy uzavřené on-line (tj. prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku) je možné využít rovněž Platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>. Dále je možno proti postupu pojišťovny podat stížnost u České národní banky.
12. Tyto Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 6. 2020.

Zvláštní pojistné podmínky

Investiční životní pojištění (tarif 2060)

Úvodní ustanovení

Pro tato pojištění i připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Investiční životní pojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

V těchto ZPP věnujte pozornost zejména těmto článkům:

- Jak bude pojistné investováno – čl. 4
- Jaká jsou pravidla pro poplatky a jiné srážky – čl. 6
- Co je akumulovaný dluh a co může způsobit – čl. 7
- Jak může pojištění zaniknout – čl. 14

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

- Finanční fond:** Portfolio investičních nástrojů, založené a spravované pojišťovnou nebo jím pověřeným správcem (např. investiční společnost) pro účely investování pojistného v rámci životního pojištění. Investičním nástrojem se rozumí podílové listy fondů kolektivního investování anebo interních fondů pojišťovny. Více informací k finančním fondům je k dispozici ve Sdělení klíčových informací.
- Podílová jednotka:** Představuje podíl pojistníka na celkové hodnotě finančního fondu.
- Alokační poměr:** Poměr, ve kterém se pojistné rozděljuje do pojistníkem zvolených finančních fondů.
- Podílový účet:** Individuální účet pojistníka vedený pojišťovnou k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami jednotlivých finančních fondů, které si zvolil pojistník.
- Oceňovací den:** Pracovní den, ke kterému pojišťovna vypočte cenu podílových jednotek jednotlivých finančních fondů.
- Cena podílové jednotky:** Pojišťovnou vypočtená cena v souladu s ustanoveními v čl. 12 těchto ZPP, za kterou jsou vytvářeny (nakupovány) a rušeny (odkupovány) podílové jednotky.
- Hodnota podílových jednotek:** Celkový počet podílových jednotek z jednotlivých finančních fondů, které si zvolil pojistník, vynásobený cenou podílových jednotek příslušných finančních fondů na podílovém účtu pojistníka.
- Mimořádné pojistné:** Forma pojistného uhrazeného nad rámec smluvně sjednaného běžného pojistného kdykoli během pojistné doby; zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné ani na výši sjednaných pojistných částek. Za mimořádné pojistné jsou nakupovány podílové jednotky do podílového účtu.
- NN Bonus:** Věrohodný bonus stanovený pojišťovnou, který je připsán ve prospěch podílového účtu. Druhy bonusů, jejich kalkulace, podmínky pro přiznání, trvání nároku na věrohodný bonus a způsoby připsání jsou vymezeny v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Rezerva na NN Bonus: Část pojistného za krytá rizika, které bylo odečteno z podílového účtu pojistníka a z něhož je pojistníkovi vyplácen NN Bonus. Rezerva je vytvořena na základě procenta z uhrazeného pojistného za příslušná rizika.**
Výše procenta pro jednotlivé druhy NN Bonus je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus. Na rezervu nevzniká právní nárok a jedná se pouze o část hodnoty NN Bonus, která má být vyplacena pojišťovnou po uplynutí předepsaného období a po splnění stanovených podmínek.
- Správce finančního fondu:** Investiční společnost, která je obhospodařovatelem finančního fondu v nabídce pojišťovny, není-li správcem fondu přímo pojišťovna anebo jiná, jí pověřená společnost.
- Akumulovaný dluh:** Vzniká v případě, kdy je hodnota podílových jednotek nulová a vytváří se tak nesplacená hodnota poplatků a pojistného za krytá rizika. **Pojišťovna je oprávněna použít k úhradě akumulovaného dluhu běžné pojistné, mimořádné pojistné, pojistné plnění nebo jiný příjem z pojištění**, který nezakládá zánik pojistné smlouvy (např. NN Bonus).

m) **Nepovolený akumulovaný dluh:** Vzniká v okamžiku, pokud po dosažení 6. výročí pojistné smlouvy nebo po uplynutí tří celých pojistných výročí následujících po změně výše běžného pojistného – podle toho, které výročí nastane později – je absolutní hodnota akumulovaného dluhu vyšší, nežli hodnota podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % rezervy na NN Bonus vytvořené pojišťovnou. **Pojišťovna je oprávněna použít k úhradě nepovoleného akumulovaného dluhu běžné pojistné, mimořádné pojistné, pojistné plnění nebo jiný příjem z pojištění**, který nezakládá zánik pojistné smlouvy (např. NN Bonus).

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí v tomto druhu pojištění je:
 - smrt pojistného v době trvání pojištění nebo
 - dožití se sjednaného konce pojištění pojistným.
- V případě, že nastane pojistná událost uvedená v odst. 1 písm. a), vyplátí pojišťovna oprávněné osobě pojistné plnění
 - buď ve výši pojistné částky platné k datu úmrtí pojistného,
 - nebo hodnoty podílových jednotek vedených na podílovém účtu k datu, kdy pojišťovna zaregistrovala oznámení pojistné události, pokud je tato hodnota vyšší než pojistná částka platná k datu úmrtí.
- V případě, že nastane pojistná událost uvedená v odst. 1 písm. b) tohoto článku, vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši hodnoty podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu k datu vzniku pojistné události.

Článek 3

Jak lze měnit výši běžného pojistného

- Pojistník je oprávněn kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného. Ke zvýšení nebo snížení běžného pojistného je nutný předchozí souhlas ze strany pojišťovny.
- Pojišťovna si vyhrazuje právo tyto požadované změny neschválit nebo stanovit podmínky pro realizaci požadované změny, které se mohou týkat:
 - stanovení limitu pro minimální a maximální pojistné a/nebo
 - úpravy rozsahu pojištění (sjednaná pojištění a připojištění, výše pojistné částky apod.).
- Změna výše běžného pojistného bude v případě schválení pojišťovnou účinná od nejbližšího data splatnosti běžného pojistného následujícího po tomto schválení.

Článek 4

Jak bude pojistné investováno

- Běžné pojistné zaplacené za první až pátý rok trvání pojištění bude použito k vytvoření podílových jednotek **po snížení a alokační a variabilní poplatky pojišťovny**, jejichž výše je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus. Uvedené poplatky se strhávají následujícím způsobem, resp. k vytvoření podílových jednotek bude použita částka určená dle vzorce:

Částka určená k vytvoření podílových jednotek

=

běžné pojistné
× (1 – alokační poplatek v %)
× (1 – variabilní poplatek v %)

- Alokační poplatek** je stanoven procentem z platby běžného pojistného a slouží k pokrytí počátečních nákladů pojišťovny v souvislosti s nově uzavřenou pojistnou smlouvou (případně s její změnou ve smyslu zvýšení pojistného, jak je popsáno v odst. 2 tohoto článku). Výše alokačního poplatku se liší podle sjednané pojistné doby (v případě změny podle počtu let zbývajících do konce pojistné doby).
- Variabilní poplatek** je stanoven procentem ze zbylé části platby běžného pojistného po stržení alokačního poplatku. Toto procento je stanoveno jednotně pro celou dobu trvání pojištění.
- Pro účely výpočtu se použije procentní hodnota slev a přírůžek vyjádřená desetinným číslem (např. 0,24 místo 24 %).

- Dojde-li kdykoli během trvání pojištění k navýšení běžného pojistného, bude navýšená část běžného pojistného zaplaceného za prvních pět let od data účinnosti navýšení použita k vytvoření podílových jednotek po snížení o alokační a variabilní poplatky. Pro výpočet výše variabilního a alokačního poplatku pro tuto navýšenou část se použije vzorec uvedený v odst. 1 tohoto článku s tím, že se do něj namísto „běžné pojistné“ dosadí částka, o kterou bylo běžné pojistné navýšeno. Použije se přitom výše alokačního poplatku odpovídající počtu let do sjednaného konce pojištění zaokrouhleného na celé roky nahoru.
- Běžné pojistné splatné do 5. výročí pojistné smlouvy nebo část navýšeného pojistného v prvních pěti letech od data účinnosti této změny, je částečně spotřebováno na úhradu alokačního poplatku.**
- Běžné pojistné splatné od 5. výročí nebo navýšená část běžného pojistného po uplynutí pěti let od účinnosti této změny stržení alokačního poplatku nepodléhá. V tomto případě se strhává pouze variabilní poplatek, zbylá část zaplaceného běžného pojistného se použije k vytvoření podílových jednotek.
- Mimořádné pojistné bude použito celé k vytvoření podílových jednotek.
- Podílové jednotky ve smyslu odst. 1 až 5 tohoto článku budou vytvořeny (nakoupeny) podle alokačního poměru stanoveného pojistníkem a podle podmínek definovaných v odst. 7, 8 a 9 tohoto článku.
- Běžné pojistné za první pojistné období se použije k vytvoření podílových jednotek (po stržení alokačního a variabilního poplatku) nejdříve k datu akceptace pojistné smlouvy pojišťovnou, tzn. k datu vystavení pojistky, a to bez ohledu na datum jeho splatnosti a na datum sjednané jako počátek pojištění.
- Běžné pojistné za druhé a další pojistné období zaplacené před jeho splatností se po stržení variabilního a případně i alokačního poplatku použije k vytvoření podílových jednotek nejdříve v den jeho splatnosti.
- Pojišťovna vytvoří z řádně uhrazeného pojistného podílové jednotky bez zbytečného odkladu, nejpozději však do deseti dnů po identifikaci platby a splatnosti pojistného.
- Pokud bude součet plateb na běžné pojistné vyšší než dosud splatné běžné pojistné, bude rozdíl obou těchto hodnot veden na neúročeném účtu (odděleně od podílového účtu) a bude použit k jeho úhradě nejdříve v den splatnosti následujícího běžného pojistného. Pojišťovna si vyhrazuje právo tento rozdíl vrátit na číslo účtu, ze kterého byla platba uhrzena. **Pojišťovna v této souvislosti doporučuje vyvarovat se plateb běžného pojistného na více pojistných období dopředu nebo plateb vyšších, než je splatné pojistné.**
- Pokud platby na běžné pojistné nepostačují k úhradě celého dalšího splatného pojistného, není toto pojistné uhrzeno (ani částečně). Rozdíl mezi součtem plateb na běžné pojistné a dosud uhrazeným splatným pojistným je veden na neúročeném účtu (odděleně od podílového účtu), dokud nebude zaplacen zbyvající částka postačující k uhrzení celého splatného běžného pojistného tak, aby mohly být vytvořeny podílové jednotky podle následujícího odstavce.
- Pojistník je oprávněn změnit alokační poměr běžného pojistného. V každém pojistném roce je pojišťovna oprávněn provést bezplatně jednu změnu alokačního poměru. Každá další změna alokačního poměru podílových jednotek uskutečněná v témže pojistném roce podléhá administrativnímu poplatku, který je uveden v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus. Změna alokačního poměru bude provedena od následujícího pojistného období od jejího doručení pojišťovně.
- Jestliže je pojišťovna pojištěn pro případ zproštění od placení pojistného a v souladu s příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami (připojištění zproštění od placení pojistného) zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, bude pojišťovna k datům splatnosti běžného pojistného vytvářet podílové jednotky stejným způsobem, jako kdyby pojišťovna řádně hradila běžné pojistné ve smluvně sjednané výši.
- Jestliže bude na smlouvě existovat akumulovaný dluh nebo nepovolený akumulovaný dluh (viz čl. 7 těchto ZPP), bude platba běžného nebo mimořádného pojistného po snížení o příslušné poplatky použita přednostně na úhradu akumulovaného dluhu, resp. nepovoleného akumulovaného dluhu.



Za **mimořádné pojistné**, které je možné uhradit kdykoli během pojistné doby, jsou nakoupeny podílové jednotky. **Posiluje tedy hodnotu investiční složky.**

Hlavním smyslem investiční složky u tohoto typu investičního životního pojištění však není investovat, ale zejména vytvořit potřebnou rezervu, která vystačí pro pokrytí nákladů spojených s poskytováním pojistné ochrany po celou dobu trvání smlouvy.

Nedoporučujeme proto využívat možnosti plateb mimořádného pojistného k investování – k tomu jsou na finančním trhu příhodnější produkty, než je investiční životní pojištění. Navíc upozorňujeme, že platba mimořádného pojistného může být použita na úhradu poplatků a srážek (viz dále čl. 7).

Možnost platby mimořádného pojistného ale má opodstatnění, a to především v těchto případech:

- **pro optimalizaci daňových úlev**, tedy dosažení vyššího odpočtu z daňového základu,
- **pro převod hodnoty odkupného z jiné smlouvy soukromého životního pojištění, na které pojišťovna daňových úlev využívala**, na tuto smlouvu, kterou také používá k daňovým úlevám,
- **pro cílené posílení investiční složky v případech, kdy hrozí vyčerpání podílového účtu a zánik pojištění** (např. po předchozím mimořádném výběru nebo po platebních prázdninách, viz dále čl. 7 a 10).

Článek 5

Jak provést převod podílových jednotek mezi fondy

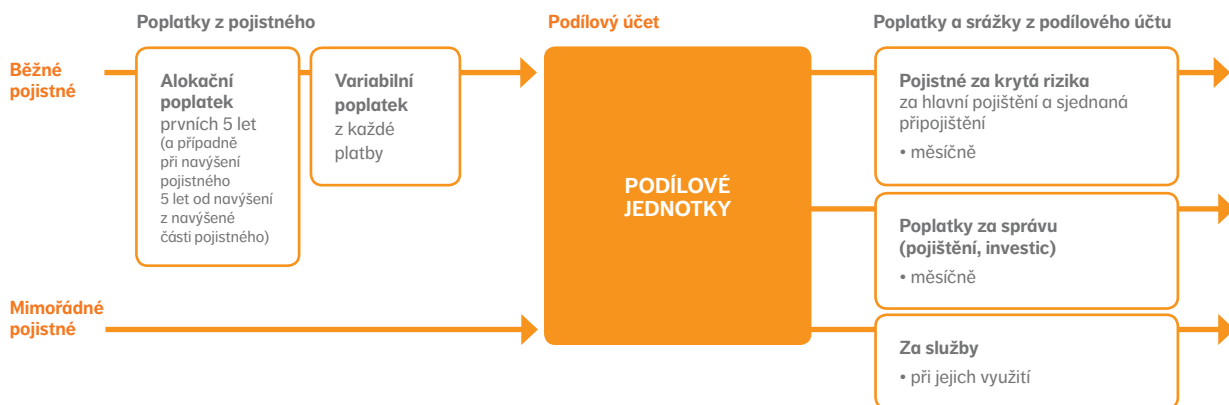
- V každém pojistném roce je pojišťovna oprávněn provést bezplatně jeden převod podílových jednotek mezi finančními fondy. Pojišťovna je povinna daný převod provést do deseti dnů po doručení řádně vyplněné žádosti.
- Každý další převod podílových jednotek uskutečněný v témže pojistném roce podléhá administrativnímu poplatku, který je uveden v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

Článek 6

Jaká jsou pravidla pro poplatky a jiné srážky

- Ještě **před připsáním pojistného** na podílový účet jsou pojišťovnou strhávány poplatky uvedené v čl. 4, odst. 1 až 3 těchto ZPP. Těmito poplatky jsou:
 - alokační poplatek,
 - variabilní poplatek.
- Od data technického počátku pojištění a následně **vždy k 1. pracovnímu dni každého kalendářního měsíce** bude pojišťovna rovněž snižovat počet podílových jednotek na podílovém účtu o podílové jednotky odpovídající hodnotě potřebné k úhradě těchto pravidelných srážek:
 - poplatku za správu pojištění,
 - poplatku za správu investic,
 - pojistného za krytá rizika (viz více v odst. 3).
- Pojišťovna bude snižovat počet podílových jednotek na podílovém účtu o podílové jednotky odpovídající hodnotě potřebné k úhradě pojistného za krytá rizika hlavního pojištění a sjednaných připojištění (jinde jen „pojistné za krytá rizika“). Pojišťovna má právo na úhradu pojistného za krytá rizika až do data zániku pojištění či připojištění. V případě zániku pojištění má tedy pojišťovna právo na pojistné za krytá rizika za období, za která nebylo běžné pojistné zaplacené, příp. nebylo zaplacené v plné výši. Jestliže je však v těchto obdobích pojistné za krytá rizika vyšší než běžné pojistné, pak má pojišťovna nárok na běžné pojistné.

Zjednodušené schéma fungování investičního životního pojištění NN Orange Bonus



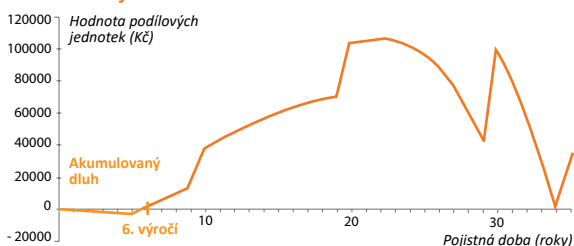
- Pojišťovna je dále oprávněna snížit počet podílových jednotek na podílovém účtu o podílové jednotky odpovídající hodnotě potřebné k úhradě **nepravdělných poplatků**:
 - za služby,
 - za upomínky pro neplacení pojistného nebo náklady vzniklé při neplacení pojistného.
 Pojišťovna je oprávněna strhnout poplatky pouze za takové služby, resp. za takové úkony, které jsou uvedeny (včetně stanovení jejich výše) v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Výše poplatků uplatňovaných podle těchto pojistných podmínek je stanovena v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus platných k datu, kdy na příslušný poplatek vznikl pojišťovně nárok, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak.
- Výše pojistného za krytá rizika (sazby rizikového pojistného a způsob výpočtu) je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Příslušný počet podílových jednotek, které odpovídají hodnotě poplatků podle odst. 2 a 4 tohoto článku, se vždy odečte od celkového počtu podílových jednotek jednotlivých finančních fondů na podílovém účtu pojistníka, a to v poměru odpovídajícímu hodnotám zvolených finančních fondů v podílovém účtu pojistníka. Pro účel úhrady poplatků a pojistného za krytá rizika z podílového účtu pojistníka se použije cena podílové jednotky platná v den, ke kterému je tato srážka realizována.

Článek 7

Co je akumulovaný dluh a co může způsobit

- Pokud hodnota podílových jednotek na podílovém účtu nepostačuje k pokrytí poplatků a srážek uvedených v článku 6, odst. 2 a 4 těchto ZPP (k datu jejich splatnosti), dochází ke vzniku tzv. **akumulovaného dluhu**. Částka odpovídající tomuto akumulovanému dluhu (výši neuhrazených poplatků) bude v takovém případě převedena do dalšího měsíce a odečtena z podílových jednotek vytvořených z následující platby běžného nebo mimořádného pojistného.

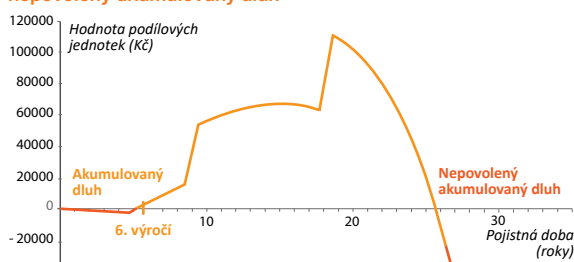
Vývoj hodnoty podílových jednotek během pojistné doby – akumulovaný dluh



Poznámka: Strmý nárůst podílových jednotek ke každému 10. výročí pojistné smlouvy a na konci pojistné doby je způsoben připsáním NN Bonusu. Jeho charakteristika je uvedena v čl. 1. a dále v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

- Pokud součet hodnoty podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % rezervy na NN Bonus nepostačuje k pokrytí splatných poplatků specifikovaných v článku 6, odst. 2 a 4 těchto ZPP, ani k pokrytí akumulovaného dluhu ve smyslu odst. 1 tohoto článku a pokud současně již proběhlo nejméně 6. výročí smlouvy nebo proběhlo nejméně 3. výročí od změny výše běžného pojistného (podle toho, co nastane později), dochází ke vzniku tzv. **nepovoleného akumulovaného dluhu**. O této skutečnosti je pojistník pojišťovnou písemně informován a jsou mu navrženy možnosti řešení. Nedojde-li však do 6 týdnů od oznámení této skutečnosti k dohodě mezi pojistníkem a pojišťovnou na řešení akumulovaného dluhu **a nejsou-li podniknuty patřičné kroky ze strany pojistníka vedoucí k úhradě akumulovaného dluhu, pojištění zanikne k poslednímu dni měsíce, v němž tato 6týdenní lhůta uplynula, a to bez nároku na odkupné.**

Vývoj hodnoty podílových jednotek během pojistné doby – nepovolený akumulovaný dluh



Poznámka: Strmý nárůst podílových jednotek k 10. a 20. výročí pojistné smlouvy a na konci pojistné doby je způsoben připsáním NN Bonusu. Jeho charakteristika je uvedena v čl. 1. a dále v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.

- Pokud u smlouvy došlo na žádost pojistníka k mimořádnému výběru nebo k přerušení povinnosti platit běžné pojistné** (u smlouvy byly nastaveny „platební prázdniny“ – více viz čl. 10) a následně součet hodnoty podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % rezervy na NN Bonus nepostačuje k pokrytí poplatků specifikovaných v článku 6, odst. 2 a 4 těchto ZPP, je taková situace také považována **za nepovolený akumulovaný dluh, a to i v případě, že by nastala před 6. výročí smlouvy nebo 3. výročí od změny výše běžného pojistného** (podle toho, co nastane později).
- Podmínkou zániku pojištění z důvodu nepovoleného akumulovaného dluhu je předchozí písemné upozornění pojišťovny, že pokud nedojde k úpravě pojistné smlouvy** (např. zaplacení mimořádného pojistného) nebo že nedojde k obnově placení pojistného u smlouvy s nastavenými platebními prázdninami, pojištění zanikne. V případě zániku pojištění z důvodu nepovoleného akumulovaného dluhu nedochází k vyrovnání (výplatě odkupného) ze strany pojišťovny, protože hodnota podílových jednotek na podílovém účtu je rovna nule.
- Neuhrazené částky poplatků a srážek** podle odst. 1 a 2 tohoto článku **jsou dluhem pojistníka a pojišťovna je oprávněna je započíst vůči pojistnému plnění z pojištění či připojištění a/nebo vůči uhrazenému běžnému pojistnému či mimořádnému pojistnému a/nebo vůči jinému příjmu z pojištění, který nezakládá zánik pojistné smlouvy a není pojistným plněním (např. přiznaný NN Bonus)**. Neuhrazené částky dle tohoto odst. nelze vymáhat jinak než způsobem popsáním v předchozí větě.

Článek 8

Kdy je právo na odkupné a jak se určí jeho výše

- Pojistník má právo na výplatu odkupného, jestliže odkupní hodnota pojištění stanovená níže podle odst. 2 tohoto článku je větší než nula.
- Odkupní hodnota pojištění se určí jako rozdíl hodnoty podílových jednotek podílového účtu ke dni zániku pojištění a hodnoty poplatku z odkupného vymezeného v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Pokud je odkupní hodnota pojištění rovna nule nebo je nižší než nula, pojištění zanikne bez náhrady.**
- Pokud bude v okamžiku zániku pojištění existovat na příslušné smlouvě dluh za nezaplacené pojistné, pojistník je povinen tento dluh doplatit. Dluh za nezaplacené pojistné (případně jeho část) může být započten proti vyplacenému odkupnému.

Článek 9

Jaká jsou pravidla pro mimořádný výběr podílových jednotek

- Mimořádný výběr podílových jednotek nelze provést** u těch pojistných smluv, u nichž pojistník sjednal smlouvu soukromého životního pojištění ve smyslu zákona o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů.
- Mimořádný výběr podílových jednotek lze provést** pouze tehdy, jestliže pojistná smlouva není soukromým životním pojištěním ve smyslu zákona o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů nebo jestliže pojistník v pojistné smlouvě výslovně uvede (zaškrtně příslušné políčko), že si nepřeje uplatňovat daňové úlevy. Daňovými úlevami se pro účely těchto pojistných podmínek rozumí, jestliže pojistník:
 - uplatňuje osvobození od daně z příjmu u příspěvku zaměstnavatele na soukromé životní pojištění ve smyslu daňových právních předpisů a/nebo
 - uplatňuje zaplacené pojistné jako nezdanitelnou část základu daně (daněový odpočet) do výše limitu stanoveného daňovými právními předpisy.
- V případě pojistné smlouvy dle odst. 2, tj. u smluv umožňujících mimořádný výběr, má pojistník právo kdykoliv písemně požádat o mimořádný výběr části podílových jednotek ze svého podílového účtu (jinde jen „mimořádný výběr“). Pojišťovna je oprávněna v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění stanovit nejnižší a nejvyšší přípustnou hodnotu mimořádného výběru, které jsou případně uvedeny v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Pojišťovna provede mimořádný výběr nejpozději do jednoho měsíce poté, kdy žádost pojistníka obdržela. Jestliže pojistník uvede v žádosti datum, k němuž má být mimořádný výběr proveden, je mimořádný výběr proveden k tomuto datu, je-li takové datum pozdější než datum stanovené dle předcházející věty. Pro účely mimořádného výběru se použije cena podílové jednotky platná v den, ke kterému je realizován. Příslušný počet podílových jednotek, které odpovídají hodnotě mimořádného výběru a poplatku podle odst. 5 tohoto článku, se vždy odečte od celkového počtu podílových jednotek jednotlivých finančních fondů na podílovém účtu pojistníka, a to v poměru odpovídajícímu hodnotám zvolených finančních fondů v podílovém účtu pojistníka.
- Pojišťovna má právo účtovat si za provedení mimořádného výběru administrativní poplatek uvedený v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Pojišťovna má právo k datu realizace mimořádného výběru snížit pojistnou částku hlavního pojištění, maximálně však o částku, která odpovídá hodnotě tohoto mimořádného výběru.
- Minimální hodnota zůstatku na podílovém účtu je rovna 18násobku poslední srážky pravidelných poplatků a pojistného za krytá rizika.
- V případě mimořádného výběru nenese pojišťovna odpovědnost za vznik nepovoleného akumulovaného dluhu dle čl. 7 těchto ZPP a s tím související možnosti předčasného zániku pojistné smlouvy v důsledku vyčerpání podílového účtu. Na toto riziko však pojistníka při realizaci mimořádného výběru upozorní.

**Zjednodušeně řečeno...**

Pokud je na podílovém účtu vytvořena dostatečná rezerva a nejde-li o daňové uzatlenou smlouvu, je možné uskutečnit mimořádný výběr této hodnoty.

Takový výběr však zvyšuje riziko, že se v budoucnu vyčerpá hodnota podílového účtu, protože vybraná částka na podílovém účtu většínou chybí.

Je proto třeba provádět takový výběr pouze po důkladném zvážení a jen v odůvodněných případech. Může jít např. o tyto situace:

- Klient dříve zaplatil mimořádné pojistné nad rámec běžné platby pojistného. Nyní má zájem tuto nebo obdobnou hodnotu (v závislosti na vývoji zvoleného fondu) opět získat zpět.
- Klient nutně potřebuje finanční hotovost a přitom očekává, že jde jen o překlenutí krátkodobě nepříznivé situace, která se brzylepší. V takovém případě je vhodné co nejdříve po jejím odeznění uskutečnit odpovídající platbu mimořádného pojistného, aby se předchozí výběr dorovnal a smlouva mohla fungovat i v dalších letech.

Článek 10**Jaké jsou podmínky pro platební prázdniny**

- Jestliže
 - a) bylo zaplacené běžné pojistné za první dva roky trvání pojištění a b) pojistník nemá dluh na běžném pojistném a c) odkupní hodnota pojištění je rovna nejméně 18násobku poslední srážky pravidelných poplatků a pojistného za krytá rizika, je pojistník oprávněn písemně navrhnout, aby byla přerušena jeho povinnost platit běžné pojistné (dále jen „platební prázdniny“).
- Platební prázdniny nabudou účinnosti od nejbližšího následujícího data splatnosti pojistného po přijetí požadavku platebních prázdnin pojišťovnou.
- Pojišťovna je oprávněna účtovat za realizaci platebních prázdnin administrativní poplatky, jehož výše je stanovena v aktuálních Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Bonus.
- Při platebních prázdninách nezakládají sjednaná připojištění.
- K datu splatnosti každé jednotlivé platby běžného pojistného, která během platebních prázdnin nebude zaplacená, má pojišťovna právo snížit sjednanou pojistnou částku pro případ smrti na hlavním pojištění, maximálně však vždy právě o aktuálně platnou výši běžného pojistného.
- Pokud pojišťovna obdrží platbu za nejméně dvě pojistná období v případě měsíční frekvence placení nebo za nejméně jedno v případě čtvrtletní, pololetní či roční frekvence placení, platební prázdniny ukončí. Po ukončení platebních prázdnin zůstává výše pojistné částky pro případ smrti na hlavním pojištění ve stejné výši, jaká byla ke dni ukončení platebních prázdnin, tzn. nebude změněna zpět na původní hodnotu platnou před zahájením platebních prázdnin.
- Kdykoliv v průběhu platebních prázdnin může pojistník zaplatit mimořádné pojistné, přičemž tato platba neznamená zrušení platebních prázdnin.
- Poplatky podle čl. 6 odst. 2 a 4 těchto ZPP budou i v době platebních prázdnin strhávány z podílových jednotek na podílovém účtu. **Pojišťovna v této souvislosti upozorňuje na riziko vzniku nepovoleného akumulovaného dluhu, který může vést až k zániku pojištění, jak je popsáno v čl. 7 těchto ZPP.**

**Zjednodušeně řečeno...**

- Platební prázdniny umožňují – pokud je na smlouvě vytvořena dostatečná rezerva – pozastavit na čas placení běžného pojistného. Může jít například o situaci, kdy se klient potýká s dočasnými finančními problémy.
- Po dobu platebních prázdnin smlouva pokračuje dál. Stále je poskytována pojistná ochrana, z podílového účtu se strhávají standardní srážky pojistného za krytá rizika a poplatky.
- Platební prázdniny je třeba včas ukončit, aby nedošlo k vyčerpání podílového účtu – stačí začít zase pravidelně platit běžné pojistné.

Upozornění:

- Platební prázdniny zvyšují riziko vzniku nepovoleného akumulovaného dluhu, a to i v prvních letech pojištění. Pojišťovna proto doporučuje využít tuto možnost jen v případě nutnosti a jen po nezbytně nutnou dobu.
- Pojišťovna má právo v souvislosti s platebními prázdninami přiměřeně snížit pojistnou částku pro případ smrti na hlavním pojištění.

Článek 11**Co je důležité vědět o finančních fondech**

- Charakter finančních fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Pojistník investuje do finančních fondů investičního životního pojištění, jejichž hodnota je vázána na vývoj hodnoty podkladových aktiv těchto fondů.
- Hodnota podílových jednotek jednotlivých finančních fondů není pojišťovnou zaručena.**
- Pojišťovna je oprávněna rozhodnout o ukončení investování a spravování investic v daném finančním fondu.** Pojišťovna v takovém případě navrhne pojistníkovi nový alokační poměr. Jestliže pojistník s navrženou změnou

alokačního poměru nesouhlasí, je povinen do jednoho měsíce od doručení tohoto návrhu písemně sdělit pojišťovně nový alokační poměr. Pokud pojistník alokační poměr navržený pojišťovnou ve lhůtě uvedené v předchozí větě neodmítne a písemně nesdělí nový alokační poměr, bude pojišťovna svůj návrh považovat za přijatý a za zaplacené pojistné budou nakupovány podílové jednotky podle jí navrženého alokačního poměru. Obdobně bude pojišťovna postupovat i v případě převodu již existujících podílových jednotek daného finančního fondu.

- Předchozí odstavce 3 se týká případů, kdy dojde k vyřazení daného finančního fondu z rozhodnutí pojišťovny. Ujednání odstavce 3 se netýká případů, kdy dojde ke změnám na straně správce finančního fondu (např. sloučení, převod fondu) výhradně z jeho rozhodnutí. V takovém případě bude automaticky proveden převod nebo sloučení fondů k datu účinnosti realizace provedené správcem finančního fondu. O případném sloučení nebo převodu podkladového fondu či jiných změnách na straně správce finančního fondu poskytuje pojišťovna aktuální informace na svých internetových stránkách.

Článek 12**Jak se určí cena podílových jednotek ve fondech**

- Jeny podílových jednotek finančních fondů budou pojišťovnou stanovovány nejméně jednou týdně a zveřejňovány na internetových stránkách pojišťovny.
- Za správu investic je správce finančního fondu oprávněn strhávat poplatek, z něhož může být část postoupena pojišťovně. Hodnota finančního fondu je rovna hodnotě všech aktiv finančního fondu snížené o hodnotu poplatků dle předchozí věty (včetně poplatků, které jsou splatné, ale dosud neuhrazené).
- Cena podílové jednotky finančního fondu se stanoví jako podíl hodnoty finančního fondu a celkového počtu podílových jednotek tohoto fondu. Výsledek bude zaokrouhlen matematicky, maximálně o 1 %.
- Jestliže pojišťovna k některému datu ceny podílových jednotek nestanoví, použije se pro vytváření a rušení jednotek k tomuto datu naposledy stanovené ceny podílových jednotek.

Článek 13**Jak se postupuje při vinkulaci**

Jestliže je plnění ze sjednané pojistné smlouvy vinkulováno ve prospěch věřitele, je pojišťovna oprávněna podmínit provedení změn v pojistné smlouvě včetně mimořádného výběru z podílových jednotek souhlasem věřitele.

Článek 14**Jak také může pojištění zaniknout**

Kromě způsobů zániku popsanych v VPP čl. 19 zánikne pojištění také tehdy, **pokud v průběhu trvání pojištění dojde k vyčerpání hodnoty podílových jednotek natolik, že tato hodnota nepostačuje k pokrytí poplatků (viz čl. 6, odst. 1 a 2) ani k úhradě pojistného za krytá rizika ze sjednaných pojištění a připojištění ve smyslu článku 7 těchto ZPP.** Podmínkou zániku pojištění z důvodu vyčerpání hodnoty podílových jednotek je předchozí písemné upozornění pojišťovny, že pokud nedojde ke změně či úpravě pojistné smlouvy, pojištění zanikne.

Pokud nedojde k dohodě mezi pojistníkem a pojišťovnou o úhradě akumulovaného dluhu, zanikne pojištění k poslednímu dni měsíce, v němž dojde k uplynutí 6 týdnů ode dne doručení tohoto upozornění pojistníkovi.

Článek 15**Od kdy tyto ZPP platí**

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (tarif SMTV-P1U)

Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou (tarif SMTV-K1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. U připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou a v připojištění smrti s klesající pojistnou částkou je pojistnou událostí smrt pojištěného v době trvání připojištění.
2. Datem pojistné události je den úmrtí.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události:
 - a) smrti s konstantní pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - b) smrti s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci.
2. V případě připojištění smrti s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce

začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného.

Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

Článek 3

Zánik pojištění

Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou a připojištění smrti s klesající pojistnou částkou zaniká pojistnou událostí.

Článek 4

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.



Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění invalidity 3. stupně (tarif INV3-P1U)

Připojištění invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif INV3-K1U)

Připojištění invalidity 2. stupně (tarif INV2-P1U)

Připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif INV2-K1U)

Připojištění invalidity 1. stupně (tarif INV1-P1U)

Připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif INV1-K1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10
- Hrubý příjem – vymezení pojmu (čl. 2)

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Invalidita 1. stupně

Invaliditou 1. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním v 1. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %.

Invalidita 2. stupně

Invaliditou 2. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 2. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %.

Invalidita 3. stupně

Invaliditou 3. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 70 %.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí se rozumí:
 - Vznik invalidity 3. stupně pro připojištění invalidity 3. stupně a připojištění invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou;
 - Vznik invalidity 2. stupně pro připojištění invalidity 2. stupně a připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou;
 - Vznik invalidity 1. stupně pro připojištění invalidity 1. stupně a připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou.
- Datem pojistné události invalidity pojištěného je den vzniku invalidity 1., 2. nebo 3. stupně podle posudku příslušného orgánu veřejné správy podle předpisů o důchodovém pojištění.
- Ve zvláštních případech uvedených v článku 4 těchto ZPP může být datem pojistné události den, ke kterému pojišťovna přiznává vznik invalidity 1., 2. nebo 3. stupně.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události:
 - Invalidity 3. stupně vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - Invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 4 tohoto článku.
V případě výplaty pojistné částky z připojištění invalidity 1. a/nebo 2. stupně se automaticky snižuje pojistná částka podle čl. 6 odst. 1 a 2 těchto ZPP.
- V případě vzniku pojistné události:
 - Invalidity 2. stupně vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - Invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 4 tohoto článku.
V případě výplaty pojistné částky z připojištění invalidity 1. stupně se automaticky snižuje pojistná částka podle čl. 6 odst. 1 a 2 těchto ZPP.
- V případě vzniku pojistné události:
 - Invalidity 1. stupně vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - Invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 4 tohoto článku.
- V případě připojištění invalidity kteréhokoli stupně s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného.
Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

Článek 4

Jak se posuzuje invalidita ve zvláštních případech

- Není-li z objektivních důvodů možné předložit posudek příslušného orgánu veřejné správy o přiznání invalidity** a jejím rozsahu (nikoli však z důvodu nepřiznání invalidity posudkovým lékařem příslušného správního orgánu sociálního zabezpečení), provádí posouzení vzniku invalidity dle čl. 1 těchto ZPP pojišťovna na základě předložené lékařské dokumentace a posudku svého odborného lékaře. Datum pojistné události je v takovém případě stanoveno ke dni, k němuž pojišťovna ukončí šetření pojistné události.
- Výhrada posuzování při změně právních předpisů:** Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání invalidity anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na

přiznání příslušného stupně invalidity provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k příslušnému datu. Pojišťovna a pojištitel, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl změněn rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.

- Invalidita 1., 2. nebo 3. stupně dle článku 1 se považuje za prokázanou, pokud pokles pracovní schopnosti posudkem potvrdí příslušný orgán veřejné správy** ve smyslu právních předpisů, které byly platné a účinné k datu uzavření pojistné smlouvy.
- Nad rámec vymezení pojistné události a jejího prokazování v těchto ZPP se pojišťovna zavazuje, že bude-li u pojištěného doložena diagnóza, která je výslovně uvedena v Příloze A: „Diagnózy rozhodující pro přiznání plnění za invaliditu 1., 2. a 3. stupně“, která je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojistovna.cz, považuje se definice invalidity za splněnou v příslušném stupni podle Přílohy A. V těchto případech posuzuje a potvrdí danou diagnózu a příslušný stupeň invalidity výhradně lékař určený pojišťovnou.

Článek 5

Jaká jsou maxima pojistného plnění

- Výše pojistné částky pro invaliditu 1. stupně musí být stanovena tak, aby během pojistné doby nepřekročila maximální pojistnou částku uvedenou v tomto článku. Jestliže v době pojistné události **pojistná částka přesáhne maximální pojistnou částku, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění až do výše rozdílu** mezi sjednanou pojistnou částkou a maximální pojistnou částkou odpovídající skutečnému hrubému příjmu pojištěného ve smyslu Přílohy 1 těchto ZPP.
- Maximální pojistnou částkou se pro účely **připojištění invalidity 1. stupně** a připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou rozumí **limit uvedený v tabulce** v Příloze 1 těchto ZPP, který je stanoven na základě hrubého měsíčního příjmu pojištěného. O výši minimálního hrubého příjmu odpovídající sjednané pojistné částce pro připojištění invalidity 1. stupně bude pojištitel/pojištěný informován v modelaci průběhu pojistné smlouvy.
- Pokud jsou při sjednávání pojistné smlouvy nebo při její změně osobou pojištěného doloženy příjmy v rámci provádění oceňování finančního rizika pojišťovnou (např. doložení finančního dotazníku pojištěným, potvrzení příjmů zaměstnavatelem, kopie smlouvy o úvěru apod.) a ta na základě individuálního posouzení schválí maximální pojistnou částku, která se odlišuje od limitů uvedených Příloze 1, je rozhodující maximální pojistná částka stanovená pojišťovnou. Způsob a označení oceňování finančního rizika pojištěného určuje výhradně pojišťovna.
- Součet pojistných plnění z připojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně nemůže přesáhnout 100 % pojistné částky pro připojištění invalidity 3. stupně.
- Součet pojistných plnění z připojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně s klesající pojistnou částkou nemůže přesáhnout 100 % aktuální pojistné částky pro připojištění invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou.

Článek 6

Co může způsobit snížení pojistné částky

- Dojde-li ke **vzniku pojistné události z připojištění invalidity 2. stupně**, příp. z připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou, pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje pojistná částka připojištění invalidity 3. stupně**, příp. invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou o výši vyplaceného pojistného plnění z připojištění invalidity 2. stupně, příp. invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou.
- Dojde-li ke vzniku **pojistné události z připojištění invalidity 1. stupně**, příp. invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou, pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje pojistná částka připojištění invalidity 2. stupně**, příp. invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou **a pojistná částka připojištění invalidity 3. stupně**, příp. invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou o výši vyplaceného pojistného plnění z připojištění invalidity 1. stupně.
- Pokud by automatické snížení podle odst. 1 nebo 2 znamenalo výslednou nulovou hodnotu pojistné částky, zanikne takové připojištění automaticky k datu příslušné pojistné události.
- Ke snížení pojistné částky může dojít taktéž v případě vymezeném v článku 5, odst. 1 výše.



Zjednodušeně řečeno...

Výplata pojistného plnění za jakýkoli stupeň invalidity způsobí, že:

- Připojištění pro stupeň, ze kterého se vyplácelo, zaniká.
- Připojištění nižších stupňů (nižšího stupně), jsou-li sjednaná, zanikají.
- Připojištění vyšších stupňů (vyššího stupně) pokračují ze předpokladu, že jejich pojistná částka je vyšší než částka vyplacená – v tom případě se pojistná částka pro další trvání těchto připojištění snižuje o tuto již vyplacenou částku.

Článek 7

Jaký je možný důvod zániku připojištění

- Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají datem vzniku pojistné události.
- Dojde-li ke vzniku:
 - pojistné události z připojištění invalidity 3. stupně**, resp. invalidity 3. stupně s klesající pojistnou částkou, **zaniká automaticky k datu pojistné události připojištění invalidity 2. stupně a připojištění invalidity 1. stupně**, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou a invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou;
 - pojistné události z připojištění invalidity 2. stupně**, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou, **zaniká automaticky k datu pojistné události připojištění invalidity 1. stupně**, resp. invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou.
- Připojištění rovněž zaniká při snížení pojistné částky na nulovou hodnotu dle čl. 6, odst. 3 těchto ZPP.
- Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají také dnem přiznání starobního důchodu, popř. mimořádného starobního důchodu.



Příklad 1 – způsob pokračování pojištění po výplatě z nižšího stupně (čl. 6)

Připojištění invalidity 1. stupně, 2. stupně a 3. stupně jsou sjednaná na pojistné částky 1 000 000 Kč, 2 000 000 Kč a 3 000 000 Kč → Maximální výplata za všechny stupně je 3 000 000 Kč.

Pokud:

- Pojišťovna vyplatí pojistnou částku 1 000 000 Kč za 1. stupeň → připojištění 1. stupně zaniká, oba zbývající se snižují o 1 000 000 Kč → nové pojistné částky jsou 1 000 000 Kč pro 2. stupeň, 2 000 000 Kč pro 3. stupeň.
 - Následně je přiznán 2. stupeň invalidity → pojišťovna vyplatí 1 000 000 Kč za 2. stupeň, který zaniká → nová pojistná částka je 1 000 000 Kč pro 3. stupeň.
 - Následně je přiznán 3. stupeň, vyplacena částka 1 000 000 Kč a připojištění 3. stupně zaniká
- Celkově byla vyplacena částka 3 000 000 Kč, tedy maximální výplata za všechny stupně.



Příklad 2 – zánik pojištění po výplatě pojistné částky (čl. 7)

Připojištění invalidity 1. stupně, 2. stupně a 3. stupně jsou sjednaná jednotně na pojistnou částku 2 000 000 Kč → Maximální výplata za všechny stupně je 2 000 000 Kč.

Pokud:

- Pojišťovna vyplatí pojistnou částku 2 000 000 Kč za 1. stupeň → všechna tři připojištění invalidity zanikají
- (Stejně by to bylo při výplatě z kteréhokoliv sjednaného stupně invalidity.)

Článek 8

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1: Maximální pojistné částky pro připojištění invalidity 1. stupně v závislosti na hrubém příjmu pojištěného

K datu počátku tohoto připojištění musí hrubý příjem pojištěného odpovídat sjednané pojistné částce, resp. limitům uvedeným v této příloze. Dojde-li v průběhu trvání připojištění k poklesu hrubého příjmu o více než 30 %, je nutné tuto skutečnost oznámit pojišťovně, aby mohla být případně upravena aktuální pojistná částka v závislosti na aktuálním hrubém příjmu. Uvedená povinnost neplatí, pokud je pojistná částka 2 000 000 Kč nebo nižší.

Pro pojistnou částku maximálně (v Kč)	Minimální hrubý měsíční příjem (v Kč)	Pro pojistnou částku maximálně (v Kč)	Minimální hrubý měsíční příjem (v Kč)
2 000 000	nezkoumá se	4 100 000	128 000
2 100 000	68 000	4 200 000	131 000
2 200 000	71 000	4 300 000	134 000
2 300 000	74 000	4 400 000	137 000
2 400 000	77 000	4 500 000	140 000
2 500 000	80 000	4 600 000	143 000
2 600 000	83 000	4 700 000	146 000
2 700 000	86 000	4 800 000	149 000
2 800 000	89 000	4 900 000	152 000
2 900 000	92 000	5 000 000	155 000
3 000 000	95 000	5 100 000	158 000
3 100 000	98 000	5 200 000	161 000
3 200 000	101 000	5 300 000	164 000
3 300 000	104 000	5 400 000	167 000
3 400 000	107 000	5 500 000	170 000
3 500 000	110 000	5 600 000	173 000
3 600 000	113 000	5 700 000	176 000
3 700 000	116 000	5 800 000	179 000
3 800 000	119 000	5 900 000	182 000
3 900 000	122 000	6 000 000	185 000
4 000 000	125 000		

V případě připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou může být bez ohledu na příjem pojištěného sjednána maximální pojistná částka ve výši až 50 % aktuální jistiny hypotečního úvěru, který byl uzavřen pojištěným. Uvedené platí výhradně v případě, že pojištěný má sjednanu pouze variantu s klesající pojistnou částkou, že doloží doklad o uzavření tohoto úvěru v přiměřené výši při sjednání nebo při změně smlouvy a že doloží doklad o aktuálním zůstatku hodnoty úvěru.

Případný pokles hodnoty jistiny úvěru během trvání připojištění, který by znamenal, že aktuální pojistná částka překročí uvedený limit 50 % aktuální hodnoty jistiny úvěru, je pak nutné oznámit pojišťovně, aby mohla aktuální pojistnou částku adekvátně snížit.

Připojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity (tarif INV4-P1U)

Připojištění bezmocnosti – 4. stupeň invalidity s klesající pojistnou částkou (tarif INV4-K1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Bezmocnost

Bezmocností pojištěného se ve smyslu těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž byl pojištěnému přiznán posudkem orgánu sociálního zabezpečení příspěvek na péči podle právních předpisů o sociálních službách nejméně pro stupeň závislosti III, to znamená, že pojištěný není schopen samostatně zvládat z důvodu nepříznivého zdravotního stavu sedm a více (u osob mladších 18 let šest a více) základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí se pro sjednaná připojištění dle těchto ZPP rozumí vznik bezmocnosti.
2. Datem pojistné události tohoto připojištění je den, ke kterému byl pojištěnému posudkem orgánu sociálního zabezpečení přiznán příspěvek na péči nejméně pro stupeň závislosti III podle předpisů o sociálních službách.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události z:
 - připojištění bezmocnosti – 4. stupně invalidity vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
 - připojištění bezmocnosti – 4. stupně invalidity s klesající pojistnou částkou vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 2 tohoto článku.
- V případě připojištění bezmocnosti – 4. stupně invalidity s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

Článek 4

Jak se posuzuje bezmocnost ve zvláštních případech

Výhrada posuzování při změně právních předpisů: Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o sociálních službách a sociálním zabezpečení, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání příspěvku na péči anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně závislosti provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jím určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k příslušnému datu. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl změněn rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají datem ukončení šetření pojistné události.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Zproštění od placení pojistného (tarif ZPRN-K1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato pojištění i připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Pro účely tohoto připojištění je pojištěným vždy pojistník. Připojištění je tedy určeno pro pojistníka jako ochrana pojistné smlouvy v případě vzniku invalidity 3. stupně.

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Invalidita 3. stupně

Invaliditou 3. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž se pojištěný stal invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění, to znamená, že jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 70 %.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí v připojištění zproštění od placení pojistného je vznik invalidity 3. stupně pojištěného. Na toto připojištění se vztahují výluky pro pojištění invalidity uvedené ve VPP, v čl. 8, odst. 1 a odst. 4.
- Datem pojistné události invalidity pojištěného je den vzniku invalidity 3. stupně podle posudku příslušného orgánu veřejné správy podle předpisů o důchodovém pojištění.
- Ve zvláštních případech uvedených v článku 4 těchto ZPP může být datem pojistné události den, ke kterému pojišťovna přizná vznik invalidity 3. stupně.
- Pojišťovna si vyhrazuje právo v době zproštění od placení pojistného přezkoumávat, zda je pojištěný nadále invalidní ve 3. stupni ve smyslu čl. 1 těchto ZPP. Pokud v době zproštění od placení pojistného dojde ke změně skutečností rozhodných pro pokračování tohoto nároku, je pojištěný povinen tuto změnu oznámit pojišťovně. Změnou rozhodných skutečností se rozumí zejména změna přiznaného stupně invalidity, odnětí důchodu pro invaliditu

3. stupně, přiznání starobního důchodu nebo mimořádného starobního důchodu, změna zdravotního stavu.

Článek 3

Jak se určí a jak se vyplácí pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události invalidity 3. stupně pojištěného se pojistné plnění uskutečňuje tak, že pojištěný (pojistník) je zproštěn od placení běžného pojistného za smlouvu životního pojištění, na níž je toto připojištění sjednáno, a povinnost placení běžného pojistného na sebe přebírá pojišťovna. Ke zproštění od placení pojistného dochází od následujícího pojistného období po datu pojistné události a automaticky pokračuje po dobu jednoho kalendářního roku. Zproštění od placení pojistného se prodlužuje vždy o další kalendářní rok, jestliže i po uplynutí této roční lhůty od počátku zproštění od placení pojistného trvá invalidita pojištěného 3. stupně ve smyslu definice pojistné události v těchto ZPP. Tuto skutečnost je pojištěný povinen na vyžádání pojišťovny každoročně doložit. Pokud by došlo k zániku nároku na zproštění od placení pojistného (např. v důsledku přiznání nižšího stupně invalidity), je pojištěný (pojistník) povinen zahájit placení běžného pojistného od pojistného období následujícího po datu zániku tohoto nároku.
- Zproštění od placení pojistného může trvat nejdéle do sjednaného konce tohoto připojištění.
- Je-li pojištěný (pojistník) zproštěn od placení pojistného a během zproštění dojde k zániku připojištění zproštění od placení z jakéhokoli důvodu, přičemž smlouva zůstává nadále v platnosti, je pojištěný (pojistník) povinen od pojistného období následujícího po datu zániku připojištění zahájit placení běžného pojistného za pojistnou smlouvu.

Článek 4

Jak se určí a jak se vyplácí pojistné plnění

- Není-li z objektivních důvodů možné předložit posudek příslušného orgánu veřejné správy o přiznání invalidity** a jejím rozsahu (nikoli však z důvodu nepřiznání invalidity posudkovým lékařem příslušného správního orgánu sociálního zabezpečení), provádí posouzení vzniku invalidity 3. stupně dle čl. 1 těchto ZPP pojišťovna na základě předložené lékařské dokumentace a posudku svého odborného lékaře. Datum pojistné události je v takovém případě stanoveno ke dni, k němuž pojišťovna ukončí šetření pojistné události.
- Výhrada posuzování při změně právních předpisů:** Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání invalidity anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně invalidity provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k příslušnému

datu. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl změněn rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.

- Invalidita 3. stupně dle článku 1 se považuje za prokázanou, pokud pokles pracovní schopnosti posudkem potvrdí příslušný orgán veřejné správy** ve smyslu právních předpisů, které byly platné a účinné k datu uzavření pojistné smlouvy.
- Nad rámec vymezení pojistné události a jejího prokazování v těchto ZPP se pojišťovna zavazuje, že bude-li u pojištěného doložena diagnóza, která je výslovně uvedena v kategorii pro invaliditu 3. stupně v Příloze A: „Diagnózy rozhodující pro přiznání plnění za invaliditu 1., 2. a 3. stupně“, jež je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojišťovna.cz, považuje se definice invalidity za splněnou v příslušném stupni podle Přílohy A. V těchto případech posuzuje a potvrdí danou diagnózu a příslušný stupeň invalidity výhradně lékař určený pojišťovnou.

Připojištění pro případ invalidity dítěte (tarif JINV-P1U)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 4
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Sníženou soběstačností se rozumí poškození základních schopností pojištěného potvrzené lékařem stanoveným pojišťovnou, které je trvalé a ke kterému dojde v průběhu trvání připojištění následkem nemoci nebo úrazu, přičemž se jedná o poškození:

- nejméně jedné ze základních schopností specifikovaných v části A Přílohy 1 těchto ZPP nebo
- nejméně tří ze základních schopností specifikovaných v části B Přílohy 1 těchto ZPP.

Trvalým poškozením se přitom rozumí takové poškození, které je jednoznačně ustálené nebo které trvá nepřetržitě po dobu nejméně 12 měsíců. Pojistná událost nemůže nastat, není-li splněna podmínka 30denní doby trvání poškození základních schopností pojištěného od stanovení příslušné diagnózy odborným lékařem ve smyslu předchozích ustanovení.

Invaliditou 3. stupně se rozumí, stane-li se pojištěný invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění. Tato skutečnost se dokládá rozhodnutím příslušného orgánu veřejné správy o přiznání invalidity 3. stupně, příp. zprávou posudkového lékaře.

Přiznáním příspěvku na péči III. nebo IV. stupně se rozumí rozhodnutí orgánu veřejné správy ve smyslu příslušných právních předpisů o sociálním zabezpečení o přiznání příspěvku na péči z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného, kvůli němuž pojištěný není schopen samostatně zvládat nejméně:

- do věku 18 let šest základních životních potřeb,
- od 18 let věku (včetně) sedm základních životních potřeb definovaných

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zanikne také dnem přiznání starobního důchodu, popř. mimořádného starobního důchodu.

Článek 6

Závěrečné ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

předpisem o sociálních službách (tj. orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, u plnoletých osob také péče o domácnost) a splňuje tedy podmínky pro stupeň závislosti III (těžká) nebo IV (úplná).

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

- Pojistnou událostí z připojištění pro případ invalidity dítěte se rozumí případ, kdy nastane v době trvání připojištění některá z těchto skutečností:
 - u pojištěného došlo ke snížené soběstačnosti, nebo
 - pojištěnému byla přiznána invalidita 3. stupně, nebo
 - pojištěnému byl přiznán příspěvek na péči III. nebo IV. stupně.
- O uznání snížené soběstačnosti rozhoduje pojišťovna na základě předložené lékařské dokumentace a posudku pojišťovnou stanoveného odborného lékaře potvrzujícího trvalou ztrátu schopnosti, případně na základě dalších dokladů, které si je pojišťovna oprávněna vyžádat. Dokumenty potřebné k posouzení a vyřízení uplatňovaného nároku za snížení soběstačnosti předloží pojištěný na žádost pojišťovny bez zbytečného odkladu.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

- Pojišťovna vyplatí v případě vzniku pojistné události podle těchto ZPP pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.
- Datem pojistné události je den vzniku invalidity 3. stupně podle posudku příslušného orgánu veřejné správy podle předpisů o důchodovém pojištění nebo den, kdy byl pojištěnému přiznán nárok na příspěvek na péči III. nebo IV. stupně rozhodnutím příslušného orgánu veřejné správy podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení. Datum pojistné události v případě, že dojde ke snížení soběstačnosti pojištěného, je definováno v Příloze 1 těchto ZPP.

Článek 4

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zanikne také datem vzniku pojistné události.

Článek 5

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1: Vymezení poškození či ztráty základních schopností pojištěného

Část A	
Pojištění se vztahuje na poškození či ztrátu základních schopností pojištěného, a to alespoň jedné z těchto schopností definovaných v této části A následovně.	
Schopnost vidět	Slepota obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, kterou není možné napravit refrakcí, medikací, operací ani žádným jiným lékařským zákrokem. Slepota se rozumí zraková ostrost 1/60 nebo méně na méně postiženém oku po konečném zákroku nebo omezení zorného pole pod 5 stupňů po konečném zákroku. Diagnóza musí být potvrzena očním lékařem.
Schopnost mluvit	Pojištěný celkově a neobnovitelně ztratil schopnost mluvit následkem tělesných změn. Ztráta v důsledku psychické choroby nebo zadržávání v řeči (kóktání) nejsou předmětem pojistného krytí.
Schopnost orientace	Pojištěný zcela ztratil schopnost orientace vzhledem k času, k místu a svojí osobě.
Schopnost používat ruce	Pojištěný není schopen používat psací náčiní ani počítačovou klávesnici (k psaní), a to pravou ani levou rukou.
Část B	
Pojištění se vztahuje na poškození či ztrátu základních schopností pojištěného, a to nejméně tří z těchto schopností definovaných v této části B:	
Schopnost slyšet	Definitivní diagnóza trvalé a nevratné ztráty sluchu obou uší jako důsledek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena specializovaným lékařem ORL a doložena průměrnou sluchovou ztrátou více než 90 dB na kmitočtech 500, 1000 a 2000 Hz u méně postiženého ucha při vyšetření audiogramem.
Schopnost chodit	Pojištěný není schopen ujít vzdálenost větší než 200 metrů na vodorovném povrchu ani s pomůckami pro chození (např. chodítka, berle).
Schopnost pevného uchopení	Pojištěný není schopen znovu otevřít již dříve otevřenou lahev, a to pravou ani levou rukou.
Schopnost kleknout si nebo sehnout se	Pojištěný není schopen kleknout si nebo se sehnout, aby zvedl lehký předmět ze země a znovu se postavil či napřímil.
Schopnost hýbat rukama	Pojištěný není schopen obléknout si bez pomoci sako či bundu.
Schopnost zvedat a přenášet	Pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 2,5 kilogramů ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou paží.
Schopnost sednout si a vstát	Pojištěný není schopen si bez pomoci sednout na židli nebo z ní opět vstát.
Schopnost vyjít schody	Pojištěný není schopen vyjít 5 schodů nahoru a sejít 5 schodů dolů, a to ani s pomocí zábradlí nebo chodítka.

Datem pojistné události je den, ke kterému bylo odborným lékařem stanoveným pojišťovnou potvrzeno trvalé poškození základních schopností v rozsahu specifikovaném v části A, příp. tři ze základních schopností specifikovaných v části B této přílohy.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1U)

Připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif ZON4-K1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v Příloze 2 těchto ZPP za života pojištěného. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky platné k datu pojistné události, které odpovídá diagnóze v rozsahu podle Přílohy 2.
2. V případě připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou se příslušné procento stanovuje z aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 3 tohoto článku.
3. V případě připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

4. Vyplatí-li pojišťovna celou pojistnou částku (100 %) připojištění závažných onemocnění ZO4 nebo celou pojistnou částku (100 %) připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou, dané připojištění zaniká k datu této pojistné události.
5. Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojišťovna **částečné pojistné plnění** ve výši 12,5 %, 25 % nebo 50 % ve smyslu Přílohy 2 těchto ZPP (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, pak toto připojištění **nezaniká, ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.** V případě závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou se pojistná částka i po tomto snížení (resp. po této změně pojistné částky) nadále snižuje ke každému výročí způsobem popsaným v čl. 2 těchto ZPP.
6. Pokud nastane stejná diagnóza opakovaně, pojišťovna vyplatí pojistné plnění z pojistné částky ve smyslu odst. 5 tohoto článku pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah daného onemocnění.

7. Pokud dojde k opakovanému výskytu diagnózy rakoviny a jedná se o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí (za níž pojišťovna vyplatila částečné pojistné plnění), bude pojistné plnění vyplaceno i v případě, že rozsah této opakované rakoviny je stejný nebo nižší než rakovina předchozí.
8. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných onemocnění podle těchto ZPP, pak pojišťovna vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent stanovených pro jednotlivé diagnózy z platné pojistné částky, maximálně však 100 %.



Příklad:

Připojištění (tarif ZON4-P1U) si sjedná klientka na pojistnou částku 1 000 000 Kč. Klientce je diagnostikován mikroinvasivní karcinom děložního čípku. Pojišťovna vyplatí za tuto diagnózu 250 000 Kč (25 % z 1 000 000 Kč).

Klientka je vyléčena, pojištění pokračuje se sníženou pojistnou částkou na 750 000 Kč. Po několika letech je u klientky zjištěna roztroušená skleróza. Jde zatím jen o lehkčí obtíže bez dopadu na její výkonnost v pracovním či soukromém životě – to odpovídá stupni 2,0 na 10bodové škále, kterou se toto onemocnění hodnotí.

Pojišťovna v této souvislosti vyplatí 375 000 Kč (50 % ze 750 000 Kč). Pojištění pokračuje dál se sníženou pojistnou částkou 375 000 Kč. Roztroušená skleróza postupuje pomalu, po dalších dvaceti letech ale již dosáhne stupně 6,0, kdy již musí klientka používat hůl pro svůj pohyb. Pojišťovna vyplatí 375 000 Kč (100 % z 375 000 Kč), tedy celou zbývající pojistnou částku.

→ **Celkově je klientce vyplaceno 1 000 000 Kč, tedy 100 % z původně sjednané pojistné částky.**

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. Hodnota pojistného plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1U) ani připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif ZON4-K1U) nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného připojištění.
2. Na pojistné smlouvě mohou být sjednána další připojištění týkající se závažných onemocnění a zdravotních stavů pojištěného (dále jen „přidružená připojištění“), která nemohou být na smlouvě samostatně, ale pouze společně s tarify ZON4-P1U nebo ZON4-K1U (dále jen „řídící připojištění“). Přesné vymezení vzájemných závislostí je vymezeno dále v ZPP a také ve Zvláštních pojistných podmínkách těchto přidružených připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Připojištění závažných onemocnění je možné rozšířit o pojistnou ochranu pro případ vzniku závažných zdravotních následků z různých příčin (viz popis v následujících ZPP). Sjednáním tohoto přidruženého připojištění se rozšiřuje spektrum příčin, kvůli kterým může být vyplaceno pojistné plnění.

3. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1U) a k němu přidružených připojištění činí 100 % pojistné částky tarifu ZON4-P1U. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif ZON4-K1U) a k němu přidruženého připojištění činí 100 % pojistné částky tarifu ZON4-K1U.

Článek 4

Co může způsobit snížení pojistné částky

1. Pokud je vyplaceno částečné pojistné plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 5, **sníží se se automaticky pojistná částka** o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.
2. Pokud pojišťovna vyplatí pojistné plnění z jakéhokoli přidruženého připojištění, sníží se automaticky hodnota pojistné částky řídicího připojištění na stejnou pojistnou smlouvu o hodnotu takto vyplaceného pojistného plnění z příslušného přidruženého připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Pokud jsou na smlouvě sjednána obě tato připojištění (tedy včetně přidruženého připojištění), je v každém okamžiku trvání smlouvy jejich pojistná částka shodná. Případná změna – ať už na žádost klienta anebo automatická z důvodu částečného pojistného plnění – se týká vždy obou těchto připojištění.

Článek 5

Co nelze měnit po částečném pojistném plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2 odst. 5 (12,5 %, 25 % nebo 50 %), nebo k výplatě částečného pojistného plnění z přidruženého připojištění, není možné provádět navýšení pojistné částky ze strany pojistníka.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění zanikne také k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z pojistné částky přidruženého připojištění typu závažné zdravotní následky nebo závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou.
2. Ve smyslu čl. 2 odst. 4 toto připojištění rovněž zaniká, vyplatí-li pojišťovna celou pojistnou částku (100 %) z připojištění, a to k datu této pojistné události.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1 – Procento plnění dle rozsahu diagnózy

Charakter onemocnění	Odpovídající procento pojistného plnění z pojistné částky podle rozsahu			
	Velmi mírný rozsah 12,5 %	Mírný rozsah 25 %	Střední rozsah 50 %	Vážný rozsah 100 %
Rakovina	Velmi mírný rozsah 12,5 %	Mírný rozsah 25 %	Střední rozsah 50 %	Vážný rozsah 100 %
Mrtvice	Mírný rozsah 25 %	Střední rozsah 50 %	Vážný rozsah 100 %	
Roztroušená skleróza	Mírný rozsah 25 %	Střední rozsah 50 %	Vážný rozsah 100 %	
Srdeční infarkt	100 %			

Přesné definice jednotlivých diagnóz a vymezení velmi mírného, mírného, středního a vážného rozsahu pro příslušná onemocnění včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v Příloze 2.

Příloha 2: Definice diagnóz pro připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarify ZON4-P1U a ZON4-K1U)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invaze do tkáně.

Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná premaligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (velmi mírný, mírný, příp. střední rozsah).

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován následovně:

Rakovina velmi mírného rozsahu – 12,5 % pojistné částky

- rakovina in situ – všech lokací kromě kůže;
- melanom in situ – pokud nepostačuje chirurgická léčba a je nutná radioterapie nebo chemoterapie;
- rané stádium rakoviny štítné žlázy klasifikované jako T1N0M0 (menší než 1 cm v průměru) v TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže).

Rakovina mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

- polycythemia rubra vera;
- esenciální trombocytémie;
- mikroinvasivní karcinom prsu (histologicky klasifikován jako T1mic);
- mikroinvasivní karcinom děložního čípku (histologicky klasifikován jako stupeň IA1);
- rakovina prostaty histologicky klasifikována dle Gleason skóre méně než 6 nebo dle TNM klasifikace T1N0M0; (viz vysvětlení v rámečku níže);
- maligní melanom stupně IA (T1aN0M0);
- chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- papilární mikrokarcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;
- kožní lymfom léčený chemoterapií nebo radiací.

Rakovina středního rozsahu – 50 % pojistné částky

- jakýkoliv druh rakoviny, který je klasifikován v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako T1, bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a bez vzdálených metastáz (M0) nebo který odpovídá stádiu I v ekvivalentní klasifikaci. Vymezení rakoviny středního rozsahu uvedené v předchozí větě platí, pokud daná diagnóza není výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu dle těchto ZPP nebo pokud není výslovně vyloučena;
- myelodysplastický syndrom;

- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom – stádium IA v Cotswolds-Modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

- všechny druhy rakoviny klasifikovány v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako fáze T2, T3 a T4 nebo jako stádium II, III nebo IV v ekvivalentní klasifikaci;
- všechny druhy rakoviny klasifikovány jako T1 v klinické TNM klasifikaci, při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1);
- jakákoli leukémie, není-li výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu;
- jakýkoli lymfom, není-li výslovně uveden v rámci definice rakoviny středního rozsahu anebo není-li výslovně vyloučen z plnění;
- všechny rakoviny prostaty histologicky klasifikovány dle Gleason skóre 6 a více nebo podle TNM klasifikace ve stádiu vývoje přinejmenším T2N0M0;
- gastrointestinální stromální tumor (GIST) stádium III a IV podle AJCC Cancer Staging Manual (7. vydání, 2010).

TNM klasifikace zhoubných novotvarů slouží k popisu rozsahu nádorů a stádia onemocnění. Tři písmena – TNM – označují vždy jejich rozsah v místě primárního nádoru (T), v oblasti spádových mízních uzlin (N) a v místech metastatického postižení (M).

• **T:** znak za „T“ vyjadřuje velikost nádoru a jeho vztah k okolním strukturám (čím vyšší číslo, tím větší rozsah nádoru, někdy je použito podrobnější členění, např. T1a, T1b apod.; Tis = nádor in situ).

• **N:** číslice za „N“ vyjadřuje přítomnost (N1) či nepřítomnost (N0) metastáz v mízních uzlinách.

• **M:** číslice za „M“ vyjadřuje přítomnost (M1) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz.



Co je dobré vědět:

Ne pro všechny typy rakovin se TNM klasifikace používá, protože ne všechny vytvářejí novotvary (např. rakovina krve). Proto v definicích uvádíme ekvivalentní klasifikaci podle stádií I až IV nebo jiné typy všeobecně používané klasifikace.

Datem pojistné události rakoviny jakéhokoliv rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění.

Rakovinou není:

- monoklonální gamapatie nejasného významu (benigni monoklonální gamapatie);
- jakýkoli nádor histologicky klasifikovaný jako premaligní, neinvazivní (včetně tzv. lobulární neoplasie prsu, dysplasie děložního čípku CIN-1, CIN-2, CIN-3), není-li výslovně uvedeno, že je takový nádor zahrnut v pojištění;
- žaludeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) *Helicobactera*;
- bazocelulární karcinom a spinocelulární karcinom kůže;
- melanom in situ a kožní lymfom, které jsou léčeny pouze chirurgicky.

Mrtvice

je smrt mozkové tkáně v důsledku akutní cévní mozkové příhody způsobené intrakraniální trombózou nebo krvácením (včetně krvácení subarachnoidálního), nebo embolií z extrakraniálního (mimolebečního) přítoku, přičemž musí být splněny obě následující podmínky:

- akutní nástup nových neurologických příznaků;
- nový objektivní neurologický deficit dle klinického vyšetření.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední, nebo vážný následovně:

Mrtvice mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií bez jakéhokoliv neurologického deficitu 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Mrtvice středního rozsahu – 50 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií s jakýmkoliv neurologickým deficitem 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Mrtvice vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Mrtvice podle výše uvedených kritérií, která má za následek trvalý pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % v souladu s platnou legislativou. Tato podmínka musí být lékařsky zdokumentována nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Datem pojistné události mrtvice mírného, středního, anebo vážného rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza mrtvice odborným lékařem – neurologem.

Mrtvicí není:

- tranzitorní ischemická ataka (TIA) a prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit (PRIND);
- traumatická poranění mozkové tkáně nebo krevních cév;
- neurologické deficity v důsledku celkové hypoxie, infekce, zánětlivého onemocnění, migrény nebo lékařského zákroku;
- náhodný nálezn (např. na CT nebo MRI – magnetické rezonanci), aniž by se vyskytly jednoznačné klinické příznaky (tichá mrtvice);
- cévní onemocnění postihující sítnici, zrakový nerv a vestibulární systém.

Roztroušená skleróza

je definitivní diagnóza roztroušené sklerózy, která musí být potvrzena v obou následujících kritériích:

- klinické poškození motorické nebo senzitivní funkce, které musí trvat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců;
- magnetickou rezonancí (MRI) zobrazené nejméně dvě léze demyelinizace v mozku nebo míše charakteristické pro roztroušenou sklerózu.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední, nebo vážný následovně:

Roztroušená skleróza mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre méně než 2,0 v rozšířené stupnici EDSS (vysvětlení této zkratky najdete v rámečku vpravo).

Roztroušená skleróza středního rozsahu – 50 % pojistné částky

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre minimálně 2,0 v rozšířené stupnici EDSS.

Roztroušená skleróza vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

Roztroušená skleróza v závislosti na výše uvedených kritériích, která odpovídá skóre minimálně 6,0 v rozšířené stupnici EDSS, což odpovídá občasnému nebo trvalému užívání jednostranné pomůcky (hůl, berle, jiný opětný aparát) potřebné k překonání vzdálenosti asi 100 metrů s odpočinkem nebo bez.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy odborným lékařem – neurologem.



Co je EDSS?

- Jde o zkratku anglického výrazu Expanded Disability Status Scale, který lze volně přeložit jako rozšířenou stupnici stavu postižení.
- Tato stupnice se mezinárodně používá jako metoda pro vyjádření míry postižení nervového systému pacientů s roztroušenou sklerózou.
- Stupnice má rozpětí 0–10 a postupuje po intervalech vždy o 0,5 bodu. Každé hodnotě odpovídá popis obtíží spojených s tímto onemocněním.

Roztroušenou sklerózou není:

- podezření na roztroušenou sklerózu a neurologické či radiologické syndromy připomínající roztroušenou sklerózu, které však nejsou potvrzeny definitivní diagnózou roztroušené sklerózy;
- izolovaný zánět očního nervu, Devicův syndrom (neuromyelitis optica).

Srdeční infarkt – 100 % pojistné částky

je smrt srdeční tkáně v důsledku dlouhodobé obstrukce průtoku krve (ischémie). Podle této definice o infarktu myokardu svědčí vzestup a/nebo pokles srdečních biomarkerů (troponinu nebo CKMB) na hodnoty odpovídající diagnóze infarktu myokardu spolu s nejméně dvěma z následujících kritérií:

- příznaky ischémie (např. bolest na hrudi);
- ischemické změny na elektrokardiogramu (EKG), nové ST-T změny – elevace nebo blok levého Tawarova raménka;
- vývoj patologických Q-vln na EKG.

Datem pojistné události srdečního infarktu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu infarktu myokardu odborným lékařem – kardiologem.

Srdečním infarktem není:

- jakýkoli akutní koronární syndrom (stabilní/nestabilní angina pectoris);
- zvýšení troponinu při absenci zjevné ischemické choroby srdeční jak je uvedeno v definici infarktu myokardu podle ESC/ACCF/AHA/WHF (2007);
- infarkt myokardu v důsledku užívání drog;
- infarkt myokardu, ke kterému došlo během 14 dnů následujících po koronární angioplastice nebo bypassu;
- myokarditidy nebo srdeční endo-/perikarditidy.

Připojištění závažných zdravotních následků (tarif ZZNA-P1U)

Připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif ZZNA-K1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení některého ze závažných zdravotních následků definovaných v Příloze 2 těchto ZPP. Den pojistné události je pro každý ze závažných zdravotních následků specifikovaný v Příloze 2. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplátí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky platné k datu pojistné události, které odpovídá definici závažného zdravotního následku podle Přílohy 2. V případě připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou se příslušné procento stanovuje z aktuální pojistné částky; způsob jejího klesání je popsán v následujícím odstavci 2 tohoto článku.
2. V případě připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou se sjednaná pojistná částka snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Snižování pojistné částky nemá vliv na výši běžného pojistného.
Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.



Příklad:

Při sjednání pojistné částky 1 000 000 Kč na dobu 10 let bude každoroční pokles (jedna desetina) představovat 100 000 Kč. K prvnímu výročí bude pojistná částka snížena na 900 000 Kč, k druhému na 800 000 Kč a tímto způsobem dále až do konce trvání připojištění, kdy k poslednímu výročí před koncem trvání připojištění bude pojistná částka snížena na hodnotu 100 000 Kč.

3. Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojišťovna vyplátí celou pojistnou částku (100 %), připojištění závažných zdravotních následků zaniká k datu této pojistné události.
4. Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplátí-li pojišťovna částečné pojistné plnění ve výši 25 % nebo 50 % ve smyslu Přílohy 2 těchto ZPP (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, toto připojištění nezaniká, ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného pojistného plnění. V případě závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou se pojistná částka po tomto snížení (resp. po této změně pojistné částky) nadále snižuje ke každému výročí způsobem popsaným v článku 2 těchto ZPP.
5. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných zdravotních následků podle těchto ZPP, pak pojišťovna vyplátí pojistné plnění odpovídající součtu procent z platné pojistné částky stanovených pro jednotlivé závažné zdravotní následky, maximálně však 100 %.



Příklad dvou pojistných událostí na základě jedné příčiny:

- Autonehoda s následkem ochrnutí obou nohou → odpovídá závažnému zdravotnímu následku ztráty schopnosti používat nohy (50 %) i ochrnutí dvou končetin (50 %).
- Za následky autonehody bude vyplaceno 100 % pojistné částky a připojištění zaniká.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. **Hodnota pojistného plnění** z připojištění závažných zdravotních následků ani připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou **nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky** daného připojištění.
2. Tato připojištění (tarify ZZNA-P1U, ZZNA-K1U) nemohou být sjednána samostatně, ale pouze společně s jinými připojištěními:
 - závažné zdravotní následky pouze s připojištěním závažných onemocnění ZO4,
 - závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou pouze s připojištěním závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou, dále jen „řídící připojištění“.
3. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení podle těchto ZPP a současně podle ZPP pro řídící připojištění specifikovaná v odst. 2 tohoto článku, pak pojišťovna vyplátí pojistné plnění odpovídající součtu procent z aktuální pojistné částky obou připojištění, přičemž platí ustanovení o maximálním pojistném plnění podle následujícího odst. 4 tohoto článku.
4. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných zdravotních následků (ZZNA-P1U) a pro něj řídícího připojištění činí 100 % pojistné částky řídícího připojištění. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif ZZNA-K1U) a pro něj řídícího připojištění činí 100 % pojistné částky řídícího připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Připojištění závažných zdravotních následků je sjednáváno vždy k připojištění závažných onemocnění ZO4, a to vždy na stejnou pojistnou částku. Sjednáním tohoto přidruženého připojištění se vlastně rozšiřuje spektrum příčin, kvůli kterým může být vyplaceno pojistné plnění. Nejvýše to může být 100 % této jednotné pojistné částky.

Článek 4

Co může způsobit snížení pojistné částky

1. **Pokud je vyplaceno částečné pojistné plnění**, jak je popsáno v čl. 2 odst. 4, **snižuje se automaticky pojistná částka** o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.
2. **Pokud pojišťovna vyplátí pojistné plnění z jakéhokoliv řídícího připojištění, snižuje se automaticky hodnota pojistné částky přidruženého připojištění** na stejné pojistné smlouvě o hodnotu takto vyplaceného pojistného plnění z příslušného řídícího připojištění.



Zjednodušeně řečeno...

Pokud jsou na smlouvě sjednána obě tato připojištění (závažných onemocnění ZO4 i závažných zdravotních následků), je v každém okamžiku trvání smlouvy jejich pojistná částka shodná. Případná změna – ať už na žádost klienta anebo automatická z důvodu částečného pojistného plnění – se týká vždy obou těchto připojištění.

Článek 5

Co nelze měnit po částečném pojistném plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2 odst. 4 (25 % nebo 50 %) těchto ZPP nebo k výplatě částečného pojistného plnění z řídícího připojištění, není možné provádět změny, jakými jsou navýšení pojistné částky ze strany pojistníka.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění zanikne k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z pojistné částky příslušného řídicího připojištění.
2. Ve smyslu čl. 2 odst. 3 těchto ZPP toto připojištění rovněž zaniká, vyplatí-li pojišťovna celou pojistnou částku (100 %) z připojištění, a to k datu této pojistné události.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1 – Přehled odpovídajících procent z pojistné částky pro zdravotní stavy zahrnuté v připojištění závažných zdravotních následků (tarify ZZNA-P1U a ZZNA-K1U)

	Odpovídající procento plnění z pojistné částky		
Ztráta sluchu a slepota	• Slepota na jedno oko: 25 %	• Silná slabozrakost: 50 % • Vážná ztráta sluchu: 50 %	• Slepota: 100 % • Hluchota: 100 %
Rizikové operace	• Koronární bypass: 25 %	• Nezhoubný nitrolební nádor: 50 % • Operace srdeční chlopně: 50 % • Operace aorty: 50 %	• Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě či kompozitní tkáně: 100 %
Následky selhávání orgánů	• Trvalá kolostomie: 25 % • Trvalá ileostomie: 25 %	• Trvalá tracheostomie: 50 %	• Konečné stádium onemocnění ledvin: 100 %
Ochrnutí a amputace končetin	• Amputace jedné končetiny: 25 % • Ochrnutí jedné končetiny: 25 %	• Amputace dvou končetin: 50 % • Ochrnutí dvou končetin: 50 %	• Amputace tří nebo čtyř končetin: 100 % • Ochrnutí tří nebo čtyř končetin: 100 %
Omezení mobility	• Ztráta schopnosti řídit automobil: 25 %	• Ztráta schopnosti používat ruce: 50 % • Ztráta schopnosti používat nohy: 50 %	• Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti: 100 %

Přesné definice jednotlivých závažných zdravotních následků včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v Příloze 2.

Příloha 2 – Definice zdravotních stavů pro připojištění závažných zdravotních následků (tarify ZZNA-P1U, ZZNA-K1U)

Ztráta sluchu a slepota

Slepota na jedno oko – 25 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost – 50 % pojistné částky

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oka musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu – pojistné plnění 50 %

Jednoznačná diagnóza trvalé, nezvratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou otorinolaryngologie (ORL) a doložena průměrnou sluchovou ztrátou, sluchovým prahem 70–90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepota – pojistné plnění 100 %

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota – pojistné plnění 100 %

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou, sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Koronární Bypass – pojistné plnění 25 %

Operativní řešení zúžení nebo ucpání jedné nebo více koronárních tepen transplantací bypassu. Zahrnuty jsou srdeční operace s plnou sternotomií (tj. s vertikálním rozříznutím hrudní kosti) i miniinvasivní operační výkony (částečná sternotomie nebo torakotomie). Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky koronární angiografie.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není angioplastika ani cévní výztuha (stent).

Nezhoubný nitrolební nádor – pojistné plnění 50 %

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku umístěného v lebeční klenbě a vznikajícího v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů. Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- kompletní nebo částečné chirurgické odstranění,
- stereotaktická radiochirurgie,
- zevní radioterapie.

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku,
- nádory podvěšku mozkového.

Operace srdeční chlopně – pojistné plnění 50 %

Podstoupení operace vedoucí k náhradě nebo nápravě jedné nebo více srdečních chlopní. Operaci srdeční chlopně se rozumí tyto výkony:

- náhrada nebo náprava srdeční chlopně při plné sternotomii (vertikální rozříznutí hrudní kosti), částečné sternotomii nebo torakotomii;
- Rossova operace;
- katéťrová valvuloplastika;
- katéťrová náhrada srdeční chlopně (TAVI – Transcatheter aortic valve implantation).

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

Implementace mitrálního klapu – zavedení cévky do místa nedovírání mitrální chlopně.

Následky selhávání orgánů

Trvalá kolostomie – pojistné plnění 25 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomii se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střevní obsah (stolici) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně.

Kolostomie musí být na místě alespoň 12 měsíců, aby byla považována za trvalou kolostomii. Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem v oboru gastroenterologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena potřeba trvalé kolostomie odborným lékařem – gastroenterologem.

Pojistnou událostí není jakákoli dočasná kolostomie, která je odstraněná nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Trvalá ileostomie – pojistné plnění 25 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomii se rozumí umělé vyústění konce tenkého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střevní obsah (stolici) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně.

Ileostomie musí trvat alespoň 12 měsíců a potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem v oboru gastroenterologie.

Operace aorty – pojistné plnění 50 %

Podstoupení operace vedoucí k léčbě zúžení, ucpání, rozšíření (aneurysma) nebo disekce aorty. Zahrnuty pod touto definicí jsou i miniinvasivní výkony jako endovaskulární oprava.

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky, případná operace v zahraničí musí být předem písemně odsouhlasena pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- operace jakýchkoli větví hrudní nebo břišní aorty (včetně aortofemorálního nebo aortoiliackého bypassu)
- operace aorty v souvislosti s dědičným postižením pojivové tkáně (např. Marfanův syndrom, Ehlersův – Danlosův syndrom)
- operace v důsledku úrazového poranění aorty.

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě a kompozitní tkáně – pojistné plnění 100 %

Podstoupení transplantace nebo zařazení na čekací listinu na transplantaci jednoho nebo více z níže vyjmenovaných:

- srdce,
- ledviny,
- játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce),
- plíce (včetně přijetí plicního laloku od živého dárce nebo transplantace jedné plíce),
- kostní dřevě (alogenní či autologní transplantace hematopoetických kmenových buněk při kritickém útlumu krvetvorby z jakékoliv příčiny),
- tenké střevo,
- slinivka břišní.

Částečná nebo úplná transplantace obličeje, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je den, kdy je pojištěný zařazen na oficiální čekací listinu na transplantaci spravovanou Koordinačním střediskem transplantací (KST). Operace musí být provedena na území České republiky, případně zařazení na čekací listinu na transplantaci se musí týkat plánované operace v České republice. Případné odchylky od předchozí věty (transplantace v zahraničí) musí být předem písemně odsouhlaseny pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže);
- transplantace jiných buněk (včetně ostrůvkových buněk a kmenových buněk jiných než hematopoetických).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena potřeba trvalé ileostomie odborným lékařem – gastroenterologem.

Pojistnou událostí není jakákoli dočasná ileostomie, která je odstraněná nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Trvalá tracheostomie – pojistné plnění 50 %

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny nebo vytvoření otvoru průdušnice, a to za účelem umožnit pojištěnému dýchání bez využití nosu nebo úst.

Tracheostomie musí trvat alespoň 12 měsíců a potřeba trvalé tracheostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem v oboru ORL.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena potřeba trvalé tracheostomie odborným lékařem – ORL specialistou.

Pojistnou událostí není jakákoli dočasná tracheostomie, která je odstraněná nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Konečné stádium onemocnění ledvin – pojistné plnění 100 %

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Ochrnutí a amputace**Amputace jedné končetiny – pojistné plnění 25 %**

Definitivní diagnóza kompletního snesení jedné končetiny nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Ochrnutí jedné končetiny – pojistné plnění 25 %

Trvalá a úplná paralýza jakékoli končetiny v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Amputace tří nebo čtyř končetin – pojistné plnění 100 %

Definitivní diagnóza kompletního snesení minimálně tří končetin, nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku škodné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace dvou končetin – pojistné plnění 50 %

Definitivní diagnóza kompletního snesení jakýchkoli dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin – pojistné plnění 100 %

Trvalá a úplná paralýza minimálně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí dvou končetin – pojistné plnění 50 %

Trvalá a úplná paralýza jakýchkoli dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Omezení mobility**Ztráta schopnosti řídit automobil – pojistné plnění 25 %**

Za ztrátu schopnosti řídit automobil se považuje trvalá a úplná ztráta zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo v důsledku úrazu nebo onemocnění, ke kterému došlo v době trvání připojištění. Nemoc, vada nebo stav vylučující uvedenou zdravotní způsobilost musí být jednoznačně, objektivně zjištělné a měřitelné všeobecně uznávanými lékařskými metodami. Konkrétní příčiny ztráty schopnosti řídit automobil, které jsou pro uznání pojistné události považovány za jednoznačné, jsou uvedeny v tabulce „Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil“.

Datem pojistné události je datum vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty způsobilosti řídit automobil, pokud jsou splněny a doloženy také všechny ostatní podmínky vyplývající z definice pojistné události.

Pojistnou událostí není:

- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku užití nebo užívání alkoholu nebo jiných návykových či psychotropních látek nebo léčiv;
- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku jakékoli psychiatrické diagnózy či poruchy chování či jakékoli příčiny duševního charakteru;
- ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovně-právní činnosti;
- stav, kdy pojištěný je „zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla s podmínkou“ ve smyslu příslušného právního předpisu (podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby);
- ztráta schopnosti řídit automobil v případech, kdy pojištěný nevyužil všech dostupných a všeobecně lékařsky uznávaných možností pro odstranění zdravotního problému (např. podstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil;
- ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmkoli subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačně měřitelné diagnózy.

Došlo-li ke ztrátě schopnosti řídit automobil z důvodu, který není uveden v této tabulce, posuzuje zdravotní způsobilost pojištěného pojišťovna, přičemž jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, účinnou k datu účinnosti těchto ZPP (dále jen „příslušný právní předpis“).

Ztráta schopnosti řídit automobil se prokazuje lékařským posudkem potvrzujícím zdravotní důvody ztráty způsobilosti včetně lékařské dokumentace dokládající konkrétní diagnózu, která ztrátu této schopnosti způsobila. V případě, že pojištěný byl držitelem řídičského oprávnění, pak se ztráta schopnosti řídit automobil dokládá také rozhodnutím správního orgánu o odnětí řídičského oprávnění.

Pojišťovna je oprávněna přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivní zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řídičského oprávnění.

Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil

Zrak	
1	Binokulární zraková ostrost menší než 0,5 při použití obou očí, a to i za použití korektivních čoček (přičemž nitrooční čočky se nepovažují za korektivní čočky).
2	Zraková ostrost menší než 0,5 při úplné funkční ztrátě zraku na druhém oku nebo v případě používání pouze jednoho oka, například v případě diplopie, a to i za použití korektivních čoček.
3	Úplná funkční ztráta zraku na jednom oku nebo při používání pouze jednoho oka, pokud tento stav trvá méně než 6 měsíců.
4	Rozsah horizontálního zorného pole obou očí menší než 120 stupňů, monokulární rozsah menší než 50 stupňů na levou a pravou stranu, rozsah vertikálního zorného pole menší než 20 stupňů směrem nahoru a dolů.
5	Změny v centrálním zorném poli do 20 stupňů.
6	Nesnášenlivost korektivních čoček, pokud jsou k dosažení zrakové ostrosti nezbytné.
Svalová a kosterní soustava a pojivová tkáň	
7	Nemoci, vady nebo stavy, které snižují pohyblivost a funkční schopnost řídit motorové vozidlo, přičemž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
8	Nemoci, vady nebo stavy, pokud lze předpokládat při dalším vývoji funkční neschopnost ovlivňující bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, přičemž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
Oběhová soustava	
9	Vážné srdeční arytmie (poruchy srdečního rytmu).
10	Stenokardie během klidu nebo psychického zatížení (vzrušení).
11	Srdeční selhávání ve funkční třídě IV. NYHA klasifikace bez indikace k transplantaci srdce.
12	Těžké formy chronické obstrukční plicní nemoci s globální respirační nedostatečností.
Diabetes mellitus	
13	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie, kterou pojištěný nezavinil porušením léčby a k jejímuž zvládnutí je třeba pomoci další osoby.
14	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie, a to bez varovných příznaků nebo s příznaky, které si pojištěný neuvědomuje.
15	Stav do 12 měsíců po první hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby.
16	Diabetes mellitus doprovázený orgánovými komplikacemi.
Nervová soustava	
17	Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců; epilepsii se rozumí dva nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u posuzované osoby v odstupu nejvýše 5 let.
18	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců.
19	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 6 měsíců.
20	Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je pravděpodobné.
21	Záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například nekompenzovaná narkolepsie nebo kataplexie.

Poznámka: Uvedený výčet objektivních příčin ztráty schopnosti řídit automobil není konečný. Jestliže dojde ke ztrátě schopnosti řídit automobil z jiných než v této tabulce vymezených příčin, je posouzení dané škodné události (zdravotní způsobilosti pojištěného a příčiny, která musí být jednoznačná, objektivní a měřitelná) zcela v kompetenci pojišťovny. Přičemž ta jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, účinnou k datu účinnosti těchto ZPP.

Ztráta schopnosti používat ruce – pojistné plnění 50 %

Za ztrátu schopnosti používat ruce se považuje trvalá ztráta této schopnosti, která je charakterizována těmito dvěma podmínkami:

- pojištěný není schopen zvednout ani jednu svou paži do úrovně ramen a současně
- pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 5 kg ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou rukou.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců, nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti používat nohy – pojistné plnění 50 %

Za ztrátu schopnosti používat nohy se považuje stav, kdy pojištěný ztratí trvale schopnost užívání nohou v případě, že není schopen bez cizí pomoci:

- ujit alespoň 200 metrů po rovném terénu, nebo
- vyjít alespoň 5 schodů nahoru a současně sejít alespoň 5 schodů dolů.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců, nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti – pojistné plnění 100 %

Pojištěný ztratí trvale schopnost pohybu v domácnosti a k zajištění základních životních potřeb je nutná asistence jiné osoby.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy pojištěný zvládá samostatný pohyb v domácnosti i bez asistence jiné osoby, např. v uzpůsobených podmínkách za pomoci berlí nebo invalidního vozíku.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Připojištění ZO PLUS pro ženy (tarif ZOPZ-P1U)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Pojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10 odst. 3

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy onemocnění uvedeného v Příloze 1 těchto ZPP u pojištěné osoby nebo jejího narozeného dítěte.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. Připojištění ZO PLUS pro ženy lze sjednat pouze současně s připojištěním Závažných onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1U). V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna **pojistné plnění ve výši 20 % z platné pojistné částky pro závažné onemocnění ZO4 (tarif ZON4-P1U)**.
2. Dojde-li k výplatě pojistného plnění podle odst. 1 tohoto článku, zaniká tato připojištění k datu pojistné události.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. **Maximální pojistné plnění činí 20 % z pojistné částky pro závažné onemocnění ZO4.**
2. Dojde-li v době trvání tohoto připojištění k souběhu více diagnóz a zdravotních komplikací uvedených v Příloze 1 těchto ZPP, plní pojišťovna pouze za jednu diagnózu.
3. Součet plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 a připojištění ZO PLUS pro ženy nesmí překročit 100 % pojistné částky závažných onemocnění ZO4.

Článek 4

Jaký dopad může mít výplata pojistného plnění

Pokud pojišťovna vyplácí pojistné plnění z připojištění ZO PLUS pro ženy, snižuje se o hodnotu této výplaty pojistná částka z připojištění závažných onemocnění ZO4.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Připojištění zanikne dnem zániku připojištění závažných onemocnění ZO4.
2. Ve smyslu čl. 2 odst. 2 toto připojištění rovněž zaniká k datu první nahlášené pojistné události.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1: Definice onemocnění připojištění ZO PLUS pro ženy – vymezení pojistné události

1. Vrozené vady

Ža pojistnou událost se považují vrozené vady narozeného dítěte vymezené níže v písm. a) až h) této přílohy k ZPP:

a) Anální a rektální neprůchodnost (anorektální atrezie)

Vrozená absence nebo abnormální zúžení anorektálního otevření, které vyžaduje korektivní operace (buď anoproktální plastiku, nebo kolostomii).

b) Vrozená srdeční vada (Falotova tetralogie)

Vrozená srdeční vada, která je definována přítomností 4 typických malformací, jakými jsou defekt komorového septa, zúžení plicnice – infundibulární či valvulární, dextropozice aorty a zvětšení pravé komory srdeční. Falotova tetralogie je zahrnuta také k další srdeční anomálii (např. Falotova pentalogie). Diagnóza musí být stanovena buď pomocí echokardiografie, nebo srdeční katetrizace.

c) Rozštěp rtu, rozštěp patra, rozštěp rtu a patra

Vrozené deformity, které se mohou objevit izolovaně nebo v kombinaci. Rozštěp rtu je narušení horního rtu omezené buď na ret samotný (neúplný), nebo narušení zahrnující nosní septum (kompletní).

Rozštěp patra je narušení, kde obě strany patra nebyly spojeny. Jde buď o postižení pouze měkkých tkání (neúplný), nebo měkkých a tvrdých tkání patra (kompletní). Korekční operace je pro takovou diagnózu lékařem stanovena jako nezbytná ve všech případech a měla by být indikována během prvních 3 měsíců života. Pojistné krytí se vztahuje na rozštěp rtu, rozštěp patra nebo kombinaci. Za diagnózu rozštěpu rtu nebo rozštěpu patra se nepovažuje, resp. jsou vyloučeny z pojistného krytí, tzv. mikroformy nebo mezery či štěrbin, které nevyžadují korekční operace.

d) Downův syndrom (trisomie 21. chromozomu)

Chromozomální porucha způsobená přítomností trisomie 21. chromozomu. Jedinci s trisomií 21. chromozomu musí mít fyzikální vlastnosti definující nemoc klinicky: epikantické kožní řasy, svalová hypotonie, palmární rýha, vyčnívající jazyk atd.

K těmto charakteristickým vlastnostem patří mentální retardace mírného až středního rozsahu a zpomalený psychomotorický vývoj.

e) Neprůchodnost jícnu (atrésie jícnu)

Atrésie jícnu je vrozená malformace, v níž u jícnu není patrné propojení se žaludkem a končí ve slepém vaku. Vrozené malformace (atrésie jícnu a tracheozofageální píštěl) se často objevují v kombinaci (cca 90 %), mohou

způsobit vážnou podvýživu a plicní komplikace (zápal plic) u novorozence. Nápravná operace je nutná ve všech případech.

f) Píštěl v průdušnici (tracheozofageální píštěl)

Tracheozofageální píštěl je abnormální spojení mezi jícnem a průdušnicí (průdušnicemi). Obě vrozené malformace (atrésie jícnu a tracheozofageální píštěl) se často objevují v kombinaci (cca 90 %), mohou způsobit vážnou podvýživu a plicní komplikace (zápal plic) u novorozence. Nápravná operace je nutná ve všech případech.

g) Rozštěp páteře

Vrozené malformace, při níž obratlová těla páteře zcela neuzavírají oblast míchy. Pokud jsou mícha a míšní pleny – meningy v normální poloze a nevyčnívají přes malou trhlínu v páteři, považuje se taková diagnóza za „skrytou“, resp. jedná se o rozštěp páteře uzavřený (spina bifida occulta), který je obvykle bez příznaků.

Pokud míšní pleny samostatně nebo společně s míchou vyčnívají, jedná se o rozštěp páteře otevřený (spina bifida aperta). Pokud jen míšní pleny vyčnívají (meningokéla), může být takové onemocnění bez přítomnosti neurologických poruch. Avšak v případě, že mícha vyčnívá (meningomyelokéla), dochází k celému spektru vážných neurologických deficitů. Korektivní operace je nezbytná ve všech případech spina bifida aperta. Vyloučena z tohoto připojištění je spina bifida occulta.

h) Koňská noha (Pes Equinovarus)

Vrozená vada, u níž jsou jedna noha nebo obě nohy zkroucené směrem k druhé noze. Ve srovnání s ostatními, menšími deformitami nohou u novorozence jsou všechny spoje, šlachy a vazy na nohou ovlivněny. Léčí se buď operací, nebo nechirurgickou (konzervativní) manipulací. Pojistná ochrana se vztahuje na obě formy ošetření, avšak nechirurgické manipulace musí být detailně zdokumentovány odborným lékařem. Vyloučeny z tohoto připojištění jsou menší deformace nohou (např. metatarsus adductus), a dále takové diagnózy, které se vyřeší spontánně nebo pomocí jednoduchých cvičení.

Datem pojistné události je den, ve kterém byla stanovena příslušná diagnóza příslušným odborným lékařem – porodníkem nebo pediatrem.

2. Onemocnění v těhotenství

Za pojistnou událost se považují onemocnění v těhotenství vymezená níže v písm. a) až d) této části přílohy k ZPP:

- a) Zhoubný nádor v děloze** (Chorokarcinom nebo Mola Hydatidoza)
Maligní (často metastazující) gestační trofoblastická nemoc. Toto onemocnění musí být verifikováno histologicky z odebrané biopsie.
- b) Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC)**
Porucha aktivace koagulační kaskády vedoucí k vyčerpání srážecích faktorů v krvi. Hlavními příznaky jsou krvácení, obvykle z více míst, nebo vznik trombózy (např. hluboká žilní trombóza, selhání ledvin). Porucha vyžaduje okamžitou substituční terapii, jakou je buď transfuze krve, destičkových koncentrátů, čerstvé mražené plazmy nebo antitrombinu III. DIC musí být diagnostikována porodníkem jako komplikace způsobená těhotenstvím.
- c) Mimoděložní těhotenství**
Mimoděložní těhotenství je stav, při kterém dojde k implantaci oplozeného vajíčka mimo děložní dutinu, jako například do děložního čípku, vaječniku, vejcovodu, břišní a pánevní dutiny. Mimoděložní těhotenství musí být diagnostikováno porodníkem a musí být ukončeno laparotomií nebo laparoskopickou chirurgií.

d) Těžké komplikace v těhotenství (Preeklampsie)

Komplikace v těhotenství, které mohou způsobit vysoký krevní tlak, proteinurii, nadměrnou tělesnou hmotnost, otoky a poruchy srážlivosti krve. Pro účely pojistné ochrany musí být splněno stanovení diagnózy těžké preeklampsie, která vyžaduje z důvodu ohrožení zdraví matky a dítěte hospitalizaci v porodnici, přičemž ovlivňuje vývoj plodu a způsobí poruchu funkce placenty. Diagnóza těžké preeklampsie musí být určena porodníkem a současně musí splňovat alespoň 3 z následujících kritérií:

- systolický krevní tlak > 160 mm Hg,
- diastolický krevní tlak > 110 mm Hg,
- proteinurie (> 5 g bílkovin/24 h),
- zvýšení kreatininu,
- edém,
- oligurie,
- záchvaty,
- intrauterinní smrt dítěte,
- HELLP syndrom.

Datem pojistné události je den, ve kterém byla stanovena příslušná diagnóza (vyjmenovaná v písm. a až d) příslušným odborným lékařem – porodníkem nebo gynekologem.

Připojištění závažných onemocnění dětí (tarif JZON-P1U)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Pojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění, příp. zdravotních komplikací specifikovaných v Příloze 2 těchto ZPP (dále jen „závažné onemocnění“). Den pojistné události je pro každý ze závažných zdravotních následků specifikovaných v Příloze 2. Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že pojištěný byl od data pojistné události naživu nejméně 14 dní.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události podle čl. 1 odst. 1 těchto ZPP vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky (uvedeného v přílohách těchto ZPP) platné k datu pojistné události, které odpovídá diagnóze v rozsahu podle Přílohy 2.
2. Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojišťovna vyplatí celou aktuální pojistnou částku (100 %), připojištění závažných onemocnění dětí zaniká k datu této pojistné události.
3. Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojišťovna částečné pojistné plnění ve výši 12,5 %, 25 % nebo 50 % ve smyslu Přílohy 2 těchto ZPP (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, pak toto připojištění **nezaniká, ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného plnění.**
4. Pokud nastane diagnóza rakoviny opakovaně a jedná se o sekundární rakovinu, která vznikla na stejném orgánu, pojišťovna vyplatí pojistné plnění z aktuální pojistné částky pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah rakoviny (tzn. rozsah, kterému odpovídá vyšší procento pojistné částky dle příloh těchto ZPP, než které bylo vyplaceno při předchozí pojistné události).
5. Pokud nastane diagnóza rakoviny opakovaně a jedná se o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí (za niž pojišťovna vyplatila částečné pojistné plnění), bude pojistné plnění vyplaceno i v případě, že rozsah této opakované rakoviny je stejný nebo nižší než rakovina předchozí.
6. Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných onemocnění podle těchto ZPP, pak pojišťovna vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent stanovených pro jednotlivé diagnózy z aktuální pojistné částky, maximálně však 100 %.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Hodnota celkového pojistného plnění z připojištění závažných onemocnění dětí nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného tarifu.

Článek 4

Co může způsobit snížení pojistné částky

Pokud je vyplaceno částečné pojistné plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 3, snižuje se automaticky pojistná částka o hodnotu vyplaceného pojistného plnění.

Článek 5

Co nelze měnit po částečném pojistném plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2 odst. 3 (12,5 % nebo 25 % nebo 50 %), není možné provádět v rámci tohoto připojištění navýšení pojistné částky ze strany pojistníka.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zanikne kromě způsobů uvedených ve VPP také výplatou 100 % pojistné částky, jak je popsáno v čl. 2 odst. 2 těchto ZPP.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1 – Přehled odpovídajících procent z pojistné částky pro jednotlivá závažná onemocnění zahrnutá v připojištění závažných onemocnění dětí (tarif JZON-P1U)

Charakter onemocnění	Odpovídající procento pojistného plnění z pojistné částky podle rozsahu			
	Rakovina velmi mírného rozsahu 12,5 %	Rakovina mírného rozsahu 25 %	Rakovina mírného až středního rozsahu 50 %	Rakovina vážného rozsahu 100 %
Poškození zraku a sluchu	Úplná slepota na 1 oko Silná slabozrakost Vážná ztráta sluchu 50 %		Úplná slepota Úplná hluchota 100 %	
Rizikové operace	Nezhoubný nádor mozku 50 %		Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřené či kompozitní tkáně 100 %	
Ochrnutí a amputace končetin	Ztráta 1 nebo 2 končetin 50 %		Ztráta 3 nebo 4 končetin 100 %	
	Ochrnutí 1 nebo 2 končetin 50 %		Ochrnutí 3 nebo 4 končetin 100 %	
Neurologická onemocnění	Zánět mozku a mozkových membrán: Meningitida Encefalitida 100 %			
	Závažná epilepsie 100 %			
	Kóma 100 %			
Další onemocnění a zdravotní následky	Diabetes mellitus I. typu 100 %			
	Závažné astma 100 %			
	Náhrada kloubu (protézou) 100 %			
	Konečné stádium onemocnění ledvin 100 %			
Následky vážných úrazů	Vážné popáleniny 100%			
	Vážné zranění hlavy 100%			

Poznámka: Závažná onemocnění jmenovaná v této tabulce jsou definována v Příloze 2 těchto ZPP.

Příloha 2 – Definice závažných onemocnění pro připojištění závažných onemocnění dětí (tarif JZON-P1U)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invaze do tkáně.

Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná premaligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (velmi mírný, mírný, příp. střední rozsah).

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován následovně:

Rakovina velmi mírného rozsahu – 12,5 % pojistné částky

- rakovina in situ – všech lokací kromě kůže;
- melanom in situ – pokud nepostačuje chirurgická léčba a je nutná radioterapie nebo chemoterapie;
- rané stádium rakoviny štítné žlázy klasifikované jako T1N0M0 (menší než 1 cm v průměru) v TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže).

Rakovina mírného rozsahu – 25 % pojistné částky

- polycythemia rubra vera;
- esenciální trombocytémie;
- mikroinvasivní karcinom prsu (histologicky klasifikován jako T1mic);
- mikroinvasivní karcinom děložního čípku (histologicky klasifikován jako stupeň IA1);

- rakovina prostaty histologicky klasifikována dle Gleason skóre méně než 6 nebo dle TNM klasifikace T1N0M0 (viz vysvětlení v rámečku níže);
- maligní melanom stupně IA (T1aN0M0);
- chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- papilární mikrokarcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;
- kožní lymfom léčený chemoterapií nebo radiací.

Rakovina středního rozsahu – 50 % pojistné částky

- jakýkoliv druh rakoviny, který je klasifikovaný v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako T1, bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a bez vzdálených metastáz (M0), nebo který odpovídá stádiu I v ekvivalentní klasifikaci. Vymezení rakoviny středního rozsahu uvedené v předchozí větě platí, pokud daná diagnóza není výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu dle těchto ZPP, nebo pokud není výslovně vyloučena;
- myelodysplastický syndrom;
- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom – stádium IA v Cotswolds-modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina vážného rozsahu – 100 % pojistné částky

- všechny druhy rakoviny klasifikovány v klinické TNM klasifikaci (viz vysvětlení v rámečku níže) jako fáze T2, T3 a T4 nebo jako stádium II, III nebo IV v ekvivalentní klasifikaci;
- všechny druhy rakoviny klasifikovány jako T1 v klinické TNM klasifikaci, při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1);
- jakákoli leukémie, není-li výslovně uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu;
- jakýkoli lymfom, není-li výslovně uveden v rámci definice rakoviny středního rozsahu anebo není-li výslovně vyloučen z plnění;
- všechny rakoviny prostaty histologicky klasifikovány dle Gleason skóre 6 a více nebo podle TNM klasifikace ve stádiu vývoje přinejmenším T2N0M0;
- gastrointestinální stromální tumor (GIST) stádium III a IV podle AJCC Cancer Staging Manual (7. vydání, 2010).

Datem pojistné události rakoviny jakéhokoli rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění.

Rakovinou není:

- monoklonální gamapatie nejasného významu (benigní monoklonální gamapatie);
- jakýkoli nádor histologicky klasifikovaný jako premaligní, neinvazivní (včetně tzv. lobulární neoplazie prsu, dysplazie děložního čípku CIN-1, CIN-2, CIN-3), není-li výslovně uvedeno, že je takový nádor zahrnut v pojištění;
- žaludeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) *Helicobacter*;
- bazocelulární karcinom a spinocelulární karcinom kůže;
- melanom in situ a kožní lymfom, které jsou léčeny pouze chirurgicky.

Poškození zraku a sluchu

Slepota na jedno oko – 50 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost – 50 % pojistné částky

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oka musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Pro uznání pojistné události silné slabozrakosti je nezbytné, aby dítě bylo schopno aktivně spolupracovat při nezbytných testech vedoucích k posouzení zrakové ostrosti, příp. rozsahu zorného pole.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu – 50 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza trvalé, nezvratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 70–90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

TNM klasifikace zhoubných novotvarů slouží k popisu rozsahu nádorů a stádia onemocnění. Tři písmena – TNM – označují vždy jejich rozsah v místě primárního nádoru (T), v oblasti spádových mízních uzlin (N) a v místech metastatického postižení (M).

• **T:** znak za „T“ vyjadřuje velikost nádoru a jeho vztah k okolním strukturám (čím vyšší číslo, tím větší rozsah nádoru, někdy je použito podrobnější členění, např. T1a, T1b apod.; Tis = nádor in situ).

• **N:** číslice za „N“ vyjadřuje přítomnost (N1) či nepřítomnost (N0) metastáz v mízních uzlinách.

• **M:** číslice za „M“ vyjadřuje přítomnost (M1) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz.



Co je dobré vědět:

Ne pro všechny typy rakovin se TNM klasifikace používá, protože ne všechny vytvářejí novotvary (např. rakovina krve). Proto v definicích uvádíme ekvivalentní klasifikaci podle stádií I až IV nebo jiné typy všeobecně používané klasifikace.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepota – 100 % pojistné částky

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem a doložena objektivními testy (např. VER, VEP).

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota – 100 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem. U dětí mladších 3 let nebo dětí, u kterých nemůže být uskutečněno vyšetření tónovým audiogramem, musí být diagnóza doložena objektivní audiometrií (např. vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene).

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Nezhoubný nádor mozku – 50 % pojistné částky

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku, umístěného v lebeční klenbě a vznikajícího v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů. Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- kompletní nebo částečné chirurgické odstranění,
- stereotaktická radiochirurgie,
- zevní radioterapie.

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku,
- nádory podvěsku mozkového.

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě a kompozitní tkáně – pojistné plnění 100 %

Podstoupení transplantace nebo zařazení na čekací listinu na transplantaci jednoho nebo více z níže vyjmenovaných:

- srdce,
- ledviny,
- játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce),
- plíce (včetně přijetí plicního laloku od živého dárce nebo transplantace jedné plíce),
- kostní dřevě (alogenní či autologní transplantace hematopoetických kmenových buněk při kritickém útlumu krvetvorby z jakékoliv příčiny),
- tenké střevo,
- slinivka břišní.

Částečná nebo úplná transplantace obličejů, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je den, kdy je pojištěný zařazen na oficiální čekací listinu na transplantaci spravovanou Koordinačním střediskem transplantací (KST). Operace musí být provedena na území České republiky, případně zařazení na čekací listinu na transplantaci se musí týkat plánované operace v České republice. Případné odchylky od předchozí věty (transplantace v zahraničí) musí být předem písemně odsouhlaseny pojišťovnou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže);
- transplantace jiných buněk (včetně ostrůvkových buněk a kmenových buněk jiných než hematopoetických).

Ochrnutí a amputace

Amputace jedné nebo dvou končetin – 50 % pojistné částky

Definitivní diagnóza kompletního snesení jedné nebo dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí jedné nebo dvou končetin – 50 % pojistné částky

Trvalá a úplná paralýza jedné nebo dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů. Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace tří nebo čtyř končetin – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza kompletního snesení minimálně tří končetin, a to nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin – 100 % pojistné částky

Trvalá a úplná paralýza nejméně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů. Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Neurologická onemocnění

Záněť mozku a mozkových membrán – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza meningitidy nebo encefalitidy potvrzené příslušným odborným lékařem, která vede k trvalému neurologickému deficitu, který přetrvává alespoň 3 měsíce od data diagnózy.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Závažná epilepsie – 100 % pojistné částky

Epilepsie diagnostikovaná neurologem potvrzená vyšetřením elektroencefalografie (EEG), případně s použitím dalších vhodných vyšetření jako jsou magnetická resonance (MRI) či pozitronová emisní tomografie (PET), přičemž se jedná o epilepsii vedoucí ke generalizovaným záchvatům nebo k vážným epileptickým syndromům (např. Dravetové syndrom, Kozhevnikov-Rasmussenův syndrom, Lennox-Gastautův syndrom, Westův syndrom, migrující fokální epilepsie u kojenců) trvající nejméně 6 měsíců i přes adekvátní léčbu antiepileptiky či neurochirurgickou léčbu.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem – neurologem.

Kóma – 100 % pojistné částky

Kómátem se rozumí definitivní diagnóza stavu bezvědomí bez reakce na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, která:

- odpovídá skóre 8 nebo méně na Glasgowské stupnici (závažná porucha) trvající po dobu nejméně 96 hodin a současně
- vyžaduje použití systémů podpory života a vede k trvalému neurologickému deficitu, který musí být vyhodnocen nejméně 30 dní po propuknutí kómatu. Neurologickým deficitem se rozumí symptomy nebo disfunkce v nervovém systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření. Jedná se o symptomy jako znečitlivění, přecitlivělost (hyperestezie), ochrnutí, lokální slabost, porucha řeči (dysartrie), ztráta řeči (afázie), porucha polykání (dysfagie), porušování zraku, problémy s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, otupělost, demence, delirium, kóma. Za neurologický deficit se nepokládá abnormalita viditelná zobrazovacími metodami bez jednoznačně souvisejících klinických symptomů, dále výskyt neurologických příznaků bez symptomatických abnormalit (např. hyperreflexie, tj. zvýšení reflexů, bez dalších symptomů), symptomy na psychologickém či psychiatrickém podkladě.

Diagnóza musí být potvrzena specialistou a neurologický deficit musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně šesti měsíců. Vyloučeny z tohoto připojištění jsou kóma sekundární a jakýkoli stav kómatu, ke kterému dojde v důsledku požití alkoholu nebo zneužívání návykových látek.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Další onemocnění a zdravotní následky

Diabetes mellitus I. typu – 100 % pojistné částky

Chronická porucha metabolismu sacharidů, tuků a proteinů vedoucí k celkovému a nevratnému deficitu inzulínu. Diagnóza stanovená pediatrem musí trvat minimálně šest měsíců, přičemž je nutná následná léčba inzulínem.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Závažné astma – 100 % pojistné částky

Definitivní diagnóza těžkého přetrvávajícího astmatu, která vedla k nejméně dvěma přijetím v nemocnici během posledních 12 měsíců, přičemž při těchto hospitalizacích byly i přes aplikaci odpovídající léčby dokumentovány hodnoty předpokládané hodnoty ukazatele FEV1 (objem vzduchu za vteřinu usilovného výdechu) 60 % a méně.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Náhrada kloubu – 100 % pojistné částky

Podstoupení operace, při které je nefunkční kloub plně nahrazen protézou. Operace musí být odborným lékařem určena jako medicínsky nezbytná a podložena zobrazovacími metodami.

Pod touto definicí nejsou zahrnuty ortopedické operační úkony či artroplastika bez použití protézy.

Datem pojistné události je den provedení uvedené operace.

Konečné stádium onemocnění ledvin – 100 % pojistné částky

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Závažné popáleniny – 100 % pojistné částky

Popáleniny třetího stupně pokrývající alespoň 20 % povrchu těla pojištěného. Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem a doložena konkrétními výsledky pomocí Lund-Browderova schématu nebo ekvivalentní medicínsky ověřenou metodou stanovení rozsahu popálenin.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Vážné poranění hlavy – 100 % pojistné částky

Těžké traumatické otevřené nebo uzavřené poškození mozkové tkáně vedoucí k vážnému a trvalému poškození, a to nejméně jednomu z následujících: sluchový deficit, záchvaty, intelektuální deficit, kognitivní deficit, deficit řeči, vizuální deficit, psychiatrický deficit, motorický deficit. Jednoznačná diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Konkrétní výsledky testů musí být poskytnuty za účelem prokázání závažné a trvalé povahy poškození, které dále musí být dokumentováno po dobu nejméně šesti měsíců.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění dlouhodobé péče II. stupně LTC (tarif LTC2-P1U)

Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně LTC (tarif LTC4-P1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 5
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmem je třeba rozumět

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 kalendářní rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutně pro samostatné zvládnání základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládat základní životní potřeby samostatně se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy o sociálních službách ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP.

Dlouhodobá péče II. stupně

Dlouhodobou péčí II. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- a) pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti II (středně těžká závislost) a současně
- b) pojištěný není schopen zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu samostatně 5 nebo 6 základních životních potřeb a současně
- c) pojištěný byl naživu nejméně 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti II a současně
- d) vznikly finanční náklady spojené s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pojištěného.

Dlouhodobá péče III. stupně

Dlouhodobou péčí III. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- a) pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti III (těžká závislost) a současně
- b) pojištěný není schopen zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu samostatně 7 nebo 8 základních životních potřeb a současně
- c) pojištěný byl naživu nejméně 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti III a současně
- d) vznikly finanční náklady spojené s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pojištěného.

Dlouhodobá péče IV. stupně

Dlouhodobou péčí IV. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- a) pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti IV (úplná závislost) a současně
- b) pojištěný není schopen zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu samostatně 9 nebo 10 základních životních potřeb a současně
- c) pojištěný byl naživu nejméně 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti IV a současně
- d) vznikly finanční náklady spojené s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pojištěného.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče II. stupně je vznik dlouhodobé péče II. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmu uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
2. Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně je vznik dlouhodobé péče III. nebo IV. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmu uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
3. Datem vzniku pojistné události je den, kdy byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči II. nebo III. nebo IV. stupně („dále jen příspěvek na péči“) příslušným orgánem veřejné správy podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení, resp. den, kdy bylo splnění všech podmínek dlouhodobé péče podle čl. 1 uznáno pojišťovnou, nejsou-li všechny podmínky splněny k datu přiznání příspěvku na péči. **nejdříve však po uplynutí 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který pojištěný splnil podmínky dlouhodobé péče příslušného stupně** podle čl. 1 těchto ZPP.

Článek 3

Jak se určí a vyplácí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění **ve výši sjednané pojistné částky za každý započatý měsíc, ve kterém pojištěný splňuje podmínky pro příslušný sjednaný stupeň dlouhodobé péče. Pojistné plnění je určeno na účelně vynaložené náklady definované v čl. 4.**
2. Pokud je po zahájení výplaty z připojištění dlouhodobé péče II. stupně pojištěnému přiznán vyšší stupeň ve smyslu těchto ZPP a pokud má pojištěný sjednané platné připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně, bude výplata pojistné částky z tohoto připojištění zahájena k následujícímu měsíci po doložení pojistné události (vyššího stupně dlouhodobé péče). Dosavadní výplata z připojištění dlouhodobé péče II. stupně je tím ukončena. Pojistné plnění je vždy vypláceno právě za jeden stupeň a souběžná výplata za více stupňů není možná.
3. Pojistné plnění podle odstavce 1 tohoto článku se vyplácí **do data úmrtí pojištěného, nejdéle však po dobu 10 let** ode dne vzniku pojistné události, a to **bez ohledu na případnou změnu stupně dlouhodobé péče** během tohoto desetiletého období. **Jsou-li na jedné smlouvě sjednána obě připojištění dlouhodobé péče (LTC2-P1U i LTC4-P1U), je maximální doba výplaty pojistného plnění z obou těchto připojištění v součtu 10 let** s přihlédnutím k možnosti prodloužení uvedeném v následujícím odstavci. Pojišťovna má právo ověřit trvání nároku na výplatu pojistného plnění.
4. Pojištěný může před zahájením výplaty pojistného plnění požádat o prodloužení maximální doby výplaty až na 20 let se současným úměrným snížením výše pojistného plnění za každý měsíc. Na prodloužení maximální doby výplaty ve smyslu tohoto odstavce nemá pojištěný právní nárok. Pojišťovna v případě, že tuto žádost akceptuje, sníží pojistné plnění podle následujícího vzorce:
 Snížené měsíční plnění = Sjednané měsíční plnění * 10 / PMDV, kde hodnota „PMDV“ označuje prodlouženou maximální dobu výplaty plnění v celých letech (11–20 let). Vypočtená hodnota měsíčního plnění se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
5. Případný přechodný zánik nároku na příspěvek na péči, který byl přiznán příslušným orgánem veřejné správy po dobu hospitalizace pojištěného, není důvodem k přerušování výplaty pojistného plnění, pokud tato výplata pokrývá účelně vynaložené náklady ve smyslu čl. 4.

Článek 4

Co jsou účelně vynaložené náklady (použití pojistného plnění)

- Pojišťovna má právo kdykoli v průběhu doby výplaty pojistného plnění **zkontrolovat**, zda bylo pojistné **plnění použito na úhradu účelně vynaložených nákladů** vzniklých v souvislosti se vznikem pojistné události.
- Účelně vynaloženými náklady se rozumí náklady související s poskytováním sociální péče a úhradou zdravotních výrobků a služeb. Zejména se jedná o:
 - náklady na sociální péči poskytovanou sociálním pracovníkem nebo komerčním zařízením, popř. rodinným příslušníkem (dále jen „pečovatel“), pokud se nejedná o osobu uvedenou v odst. 3, písm. b) tohoto článku,
 - náklady na zdravotní pomůcky, speciální výživu, léky a potravinové doplňky,
 - náklady na zdravotní prevenci a rehabilitaci,
 - náklady související s dopravou pojištěného anebo pečovatele za účelem péče o pojištěného,
 - náklady na bydlení, dojde-li v souvislosti se vznikem pojistné události k jejich objektivnímu zvýšení,
 - náklady na pojistné za smlouvu životního pojištění obsahující připojištění dlouhodobé péče.
- Za účelně vynaložené náklady se nepovažují:**
 - splátky jakýchkoli závazků pojištěného ani závazky jeho příbuzných ani závazky pečovatele, které bezprostředně nesouvisí se vznikem pojistné události (péčí o pojištěného),
 - náklady související s poskytováním péče osobou, která neprokáže přiměřenou způsobilost (zdravotní stav, časové možnosti apod.) o pojištěného pečovat.
- Není-li oprávněná osoba schopna doložit a prokázat, že pojistné plnění je použito jako účelně vynaložený náklad vymezený v tomto článku, má pojišťovna právo neposkytnout pojistné plnění.
- Zjistí-li pojišťovna zpětně, že pojistné plnění nebylo použito na úhradu účelně vynaložených nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit a/nebo požadovat vrácení té části pojistného plnění, která odpovídá rozdílu mezi celkovým vyplaceným plněním a skutečně prokázanými účelně vynaloženými náklady. Vrácená část pojistného plnění však může být znovu vyplacena, pokud oprávněná osoba prokáže, že finanční prostředky byly použity na úhradu účelně vynaložených nákladů.

Článek 5

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl upraven rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného za krytá rizika s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 6

Jaký je možný důvod zániku připojištění

- Připojištění zaniká také k datu pojistné události z příslušného připojištění. Pojistné plnění se v takovém případě nadále vyplácí v pravidelných měsíčních splátkách i po zániku příslušného připojištění, ze kterého pojistná událost nastala.
- Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně zaniká také výplatou poslední měsíční splátky z připojištění dlouhodobé péče II. stupně.
- Připojištění dlouhodobé péče II. stupně zaniká také ke dni zániku připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně.

Článek 7

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění smrti následkem úrazu (tarif SMUR-P1U)

Připojištění trvalých následků úrazu od 1% (tarif TN01-P1U)

Připojištění trvalých následků úrazu od 10% (tarif TN10-P1U)

Připojištění trvalých následků úrazu od 1% PREMIUM (tarif TNX1-P1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen VPP), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí úrazem – čl. 6
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 2
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Trvalé následky: Prokazatelné, lékařem diagnostikované omezení tělesných či duševních funkcí, které je způsobeno úrazem a které je po doléčení označeno příslušným lékařem za trvalý stav nebo jde o stav trvající nejméně po jednom kalendářním roce od data úrazu (více viz čl. 3 odst. 3 těchto ZPP). Rozsah trvalých následků se určuje na základě oceňovací tabulky trvalých následků úrazu, která tvoří Přílohu 3 těchto ZPP (dále jen „oceňovací tabulka TN“) a která stanovuje pro každý trvalý následek procento poškození.

Procento poškození: Příslušné procento, nejvýše však 100 %, jež ohodnotuje rozsah trvalých následků úrazu a které je dáno oceňovací tabulkou TN. Jestliže je v oceňovací tabulce pro daný následek úrazu určeno procentní rozmezí, určí pojišťovna procento poškození ve spolupráci s jí určeným odborníkem nebo zdravotnickým zařízením podle závažnosti následku úrazu.

Progresivní plnění: Způsob určení pojistného plnění v procentech z pojistné částky v případech, kdy úraz zanechává procento poškození nejméně 26 % (resp. nejméně 21 % pro připojištění označené v názvu slovem PREMIUM, tj. tarify TNX1-P1U, JTX1-P1U). Výše progresivního plnění pro jednotlivá procenta poškození je uvedena v Příloze 1, resp. 2 těchto ZPP podle sjednaného typu připojištění.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění smrti následkem úrazu je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku způsobí smrt pojištěného.
2. Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku zanechává trvalé následky odpovídající nejméně procentnímu poškození uvedenému v názvu sjednaného připojištění, tj. 1% nebo 10%.

Článek 3

Jak se určí pojistné plnění

1. V případě pojistné události z připojištění smrti následkem úrazu vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události.
2. V případě pojistné události trvalých následků úrazu vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz oceňovací tabulku TN) z pojistné částky sjednaného připojištění platné k datu pojistné události, přičemž zohlední případné progresivní plnění podle Přílohy 1, příp. Přílohy 2 těchto ZPP v závislosti na sjednaném tarifu.

3. Výše pojistného plnění může být stanovena a vyplacena až po ustálení trvalých následků. Pokud však ani po uplynutí jednoho roku od data úrazu není možné jednoznačně určit rozsah trvalých následků, protože nejsou ustáleny, vyplatí pojišťovna přiměřenou zálohu podle jejich očekávaného rozsahu po ustálení a ukončení léčení. Následně má pojišťovna i pojištěný (zejm. pokud dojde ke zhoršení rozsahu trvalých následků) právo nechat stupeň poškození jednou ročně přezkoumat a v případě zhoršení rozsahu doplatit rozdíl mezi již vyplaceným pojistným plněním a nově vyměřeným pojistným plněním stanoveným na základě přezkoumání těchto trvalých následků. Právo nechat stupeň poškození přezkoumat a nově vyměřit zaniká uplynutím doby čtyř let ode dne vzniku úrazu.
4. Pokud dojde ke vzniku trvalého následku, který není uveden v oceňovací tabulce TN a současně splňuje kritéria pojistné události včetně minimálního procenta poškození, určí pojišťovna ve spolupráci s jí určeným odborným lékařem výši pojistného plnění analogicky, tj. podle trvalého následku, který je v oceňovací tabulce TN uveden a který je mu svou povahou nejbližší. Není-li možné určit výši pojistného plnění ani analogicky, určí ji pojišťovna ve spolupráci s odborným lékařem.

Článek 4

Jaká jsou maxima a limity pojistného plnění

1. Pokud jediný úraz zanechá pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, stanoví pojišťovna pojistné plnění jako součet procent poškození za všechny vzniklé trvalé následky, a to až do maximální výše 100 %. Výplatou pojistného plnění podle předchozí věty připojištění zaniká.
2. Pokud jediný úraz zanechá více trvalých následků na téže části těla – orgánu, údu, končetině nebo jejich části, hodnotí se tyto trvalé následky součtem procent poškození za každý z nich, přičemž maximálně budou v úhrnu hodnoceny procentem poškození uvedeným v oceňovací tabulce TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, údu, končetiny nebo jejich části.
3. Pokud dojde k pojistné události vzniku trvalých následků na části těla nebo orgánu, jehož funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se procento poškození s přihlédnutím k předchozímu funkčnímu poškození následovně: od procenta poškození posuzovaného trvalého následku se odečte procento poškození, které úrazu předcházelo. Pro určení obou procentních hodnot se použije oceňovací tabulka TN, příp. se použije postup popsáný v odst. 4 článku 3.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojišťovna i pojištník mohou vypovědět tato připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období.
2. Připojištění zaniknou ve smyslu čl. 4 odst. 1 těchto ZPP výplatou pojistného plnění za trvalé následky, které odpovídají procentnímu poškození 100 % z jedné pojistné události podle oceňovací tabulky TN.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.

Příloha 1: Tabulka progresivního plnění pro připojištění trvalých následků úrazu (TN01-P1U, TN10-P1U)

procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky
1 %	1 %	35 %	55 %	69 %	195 %
2 %	2 %	36 %	58 %	70 %	200 %
3 %	3 %	37 %	61 %	71 %	205 %
4 %	4 %	38 %	64 %	72 %	210 %
5 %	5 %	39 %	67 %	73 %	215 %
6 %	6 %	40 %	70 %	74 %	220 %
7 %	7 %	41 %	73 %	75 %	225 %
8 %	8 %	42 %	76 %	76 %	236 %
9 %	9 %	43 %	79 %	77 %	247 %
10 %	10 %	44 %	82 %	78 %	258 %
11 %	11 %	45 %	85 %	79 %	269 %
12 %	12 %	46 %	88 %	80 %	280 %
13 %	13 %	47 %	91 %	81 %	291 %
14 %	14 %	48 %	94 %	82 %	302 %
15 %	15 %	49 %	97 %	83 %	313 %
16 %	16 %	50 %	100 %	84 %	324 %
17 %	17 %	51 %	105 %	85 %	335 %
18 %	18 %	52 %	110 %	86 %	346 %
19 %	19 %	53 %	115 %	87 %	357 %
20 %	20 %	54 %	120 %	88 %	368 %
21 %	21 %	55 %	125 %	89 %	379 %
22 %	22 %	56 %	130 %	90 %	390 %
23 %	23 %	57 %	135 %	91 %	401 %
24 %	24 %	58 %	140 %	92 %	412 %
25 %	25 %	59 %	145 %	93 %	423 %
26 %	28 %	60 %	150 %	94 %	434 %
27 %	31 %	61 %	155 %	95 %	445 %
28 %	34 %	62 %	160 %	96 %	458 %
29 %	37 %	63 %	165 %	97 %	467 %
30 %	40 %	64 %	170 %	98 %	479 %
31 %	43 %	65 %	175 %	99 %	489 %
32 %	46 %	66 %	180 %	100 %	500 %
33 %	49 %	67 %	185 %		
34 %	52 %	68 %	190 %		

Příloha 2: Tabulka progresivního plnění pro připojištění trvalých následků úrazu „PREMIUM“ (TNX1-P1U)

procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky	procento poškození	pojistné plnění – procento z pojistné částky
1 %	1 %	35 %	76 %	69 %	349 %
2 %	2 %	36 %	81 %	70 %	362 %
3 %	3 %	37 %	86 %	71 %	376 %
4 %	4 %	38 %	91 %	72 %	390 %
5 %	5 %	39 %	96 %	73 %	404 %
6 %	6 %	40 %	101 %	74 %	418 %
7 %	7 %	41 %	107 %	75 %	433 %
8 %	8 %	42 %	112 %	76 %	449 %
9 %	9 %	43 %	118 %	77 %	465 %
10 %	10 %	44 %	124 %	78 %	481 %
11 %	11 %	45 %	130 %	79 %	498 %
12 %	12 %	46 %	137 %	80 %	516 %
13 %	13 %	47 %	143 %	81 %	534 %
14 %	14 %	48 %	150 %	82 %	552 %
15 %	15 %	49 %	157 %	83 %	571 %
16 %	16 %	50 %	164 %	84 %	591 %
17 %	17 %	51 %	171 %	85 %	611 %
18 %	18 %	52 %	179 %	86 %	632 %
19 %	19 %	53 %	187 %	87 %	654 %
20 %	20 %	54 %	195 %	88 %	676 %
21 %	23 %	55 %	203 %	89 %	699 %
22 %	26 %	56 %	212 %	90 %	722 %
23 %	29 %	57 %	221 %	91 %	746 %
24 %	33 %	58 %	230 %	92 %	771 %
25 %	36 %	59 %	239 %	93 %	797 %
26 %	40 %	60 %	249 %	94 %	823 %
27 %	43 %	61 %	259 %	95 %	851 %
28 %	47 %	62 %	269 %	96 %	879 %
29 %	51 %	63 %	279 %	97 %	908 %
30 %	55 %	64 %	290 %	98 %	938 %
31 %	59 %	65 %	301 %	99 %	968 %
32 %	63 %	66 %	313 %	100 %	1000 %
33 %	67 %	67 %	325 %		
34 %	72 %	68 %	337 %		

Příloha 3: Oceňovací tabulka trvalých následků úrazu („oceňovací tabulka TN“) pro připojištění trvalých následků (TN01-P1U, TN10-P1U, TNX1-P1U, TN01-C1U)

Název diagnózy		procento poškození
1) Úrazy hlavy a smyslových orgánů		
1	Deformace nosu s funkční poruchou průchodnosti	1–10
2	Chronický atrofický zánět sliznice nosní po poleptání nebo popálení	1–0
3	Chronický hnisavý poúrazový zánět vedlejších dutin nosních	10
4	Chronický hnisavý zánět středního ucha prokázáný jako přímý následek úrazu: s tvorbou cholesteatomu	20
5	Chronický hnisavý zánět středního ucha prokázáný jako přímý následek úrazu: slizniční	10
6	Chybné postavení řas operativně nekorigovatelné na jednom oku	5
7	Chybné postavení řas operativně nekorigovatelné na obou očích	10
8	Lehké objektivní příznaky nebo lékařským pozorováním zjištěné subjektivní potíže bez objektivního nálezu po těžkých zraněních hlavy	20
9	Mozková píštěl po poranění spodiny lebni (likvororea)	15
10	Nahluchlost jednostranná středního stupně	1–5
11	Nahluchlost jednostranná těžkého stupně	6–12
12	Nahluchlost oboustranná lehkého stupně	1–10
13	Nahluchlost oboustranná středního stupně	11–20
14	Nahluchlost oboustranná těžkého stupně	21–35
15	Omezení hybnosti dolní čelisti (s pootvěřením do 1 cm)	5
16	Perforace nosní přepážky	5
17	Porucha labyrintu jednostranná podle stupně	10–20
18	Porucha labyrintu oboustranná podle stupně	30–50
19	Porušení průchodnosti slizných cest na jednom oku	5
20	Porušení průchodnosti slizných cest na obou očích	10
21	Posttraumatický lagoftalmus operativně nekorigovatelný jednostranný	10
22	Posttraumatický lagoftalmus operativně nekorigovatelný oboustranný	16
23	Poškození obličeje prováděné funkčními poruchami lehkého stupně	1–10
24	Poškození obličeje prováděné funkčními poruchami středního stupně	11–20
25	Poškození obličeje prováděné funkčními poruchami těžkého stupně	21–35
26	Ptóza horního víčka operativně nekorigovatelná jednostranná	15
27	Ptóza horního víčka operativně nekorigovatelná oboustranná	60
28	Snížení zrakové ostrosti či ztráta zraku jednoho oka – hodnocení podle pomocné tabulky poškození zraku viz níže	viz tabulku poškození zraku níže
29	Snížení zrakové ostrosti či ztráta zraku obou očí – hodnocení podle pomocné tabulky poškození zraku viz níže	viz tabulku poškození zraku níže
30	Stavy po poranění jazyka s defektem tkáně nebo jizevnatými deformacemi (jen pokud se již nehodnotí ztráta hlasu)	15
31	Subjektivní potíže těžkých zraněních jiných částí těla bez objektivního nálezu zjištěné lékařským pozorováním	1–15
32	Traumatická porucha akomodace jednostranná	5
33	Traumatická porucha akomodace oboustranná	8

Název diagnózy		procento poškození
34	Traumatická porucha lícního nervu	1–15
35	Traumatická porucha okoohybných nervů nebo porucha rovnováhy okoohybných svalů	1–25
36	Traumatické poškození trojklanného nervu podle stupně: a) poškození jedné větve	5
37	Traumatické poškození trojklanného nervu podle stupně: b) poškození dvou větví	10
38	Traumatické poškození trojklanného nervu podle stupně: c) poškození tří větví	15
39	Trvalá poúrazová perforace bubínku bez zjevné sekundární infekce	5
40	Úplná nehybnost dolní čelisti	25
41	Úplná ztráta zraku jednoho oka	50
42	Úplná ztráta zraku obou očí	100
43	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu přes 5 cm ² do 10 cm ²	15
44	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu do 2 cm ²	5
45	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu přes 2 cm ² do 5 cm ²	10
46	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu nad 10 cm ²	16–25
47	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy lehkého stupně	20
48	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy středního stupně	50
49	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy těžkého stupně	100
50	Ztráta celého jazyka	40
51	Ztráta celého nosu bez zúžení	20
52	Ztráta celého nosu se zúžením	25
53	Ztráta čelisti	60
54	Ztráta čichu	1–10
55	Ztráta čočky na jednom oku, včetně poruchy akomodace	5–15
56	Ztráta hrotu nosu	8
57	Ztráta chuti dle rozsahu	1–10
58	Ztráta jednoho boltce	10
59	Ztráta obou boltců	20
60	Ztráta sluchu jednoho ucha	35
61	Ztráta sluchu obou uší	60
62	Ztráta více než poloviny jazyka	10
Jizvy v obličejové části hlavy		
63	Defekty rtů	5
64	Podélné jizvy nad 4 cm	1,5
65	Podélné jizvy od 1 cm do 4 cm	0,5 (plnění ve výši 0,5 % je poskytnuto nad rámec ZPP připojištění, u nichž je v názvu obsaženo od 1 %)
66	Podélné keloidní jizvy nad 4 cm	4
67	Podélné keloidní jizvy od 2 cm do 4 cm	1,5

Název diagnózy		procento poškození
2) Poškození chrupu (způsobené úrazem)		
68	Ztráta jednoho zubu	1
69	Ztráta každého dalšího zubu	1
3) Úrazy krku		
70	Stav po tracheotomii s trvale zavedenou kanylou (nelze současně oceňovat se zúžením hrtanu a afonií)	50
71	Stav po úrazu průdušnice nebo hrtanu s trvale zavedenou kanylou	50
72	Ztížení mluvy následkem poškození ústrojí mluvy nebo porucha hlasu při nedomykavosti hlasivek	20
73	Ztráta hlasu (afonie)	25
74	Ztráta mluvy následkem poškození ústrojí mluvy	30
75	Zúžení hrtanu nebo průdušnice lehkého stupně	1–15
76	Zúžení hrtanu nebo průdušnice středního stupně	16–30
77	Zúžení hrtanu nebo průdušnice těžkého stupně	50–80
4) Úrazy hrudníku, plic, srdce nebo jícnu		
78	Jiné následky poranění plic podle stupně a rozsahu, jednostranně (spirometrické vyšetření)	20–40
79	Jiné následky poranění plic podle stupně a rozsahu, oboustranně (spirometrické vyšetření)	25–100
80	Omezení funkce plic od 10 %	5
81	Omezení funkce plic od 25 %	15
82	Omezení funkce plic od 50 %	25
83	Omezení funkce plic od 75 %	40
84	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spirometrické vyšetření) lehkého stupně	1–10
85	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spirometrické vyšetření) středního stupně	11–20
86	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spirometrické vyšetření) těžkého stupně	21–30
87	Pišťel jícnu	30
88	Porucha srdeční (pouze po přímém poranění, klinicky ověřené, podle stupně poranění, vyš. EKG)	10–100
89	Pourazové zúžení jícnu lehkého stupně	1–10
90	Pourazové zúžení jícnu středního stupně	11–30
91	Pourazové zúžení jícnu těžkého stupně	31–60
92	Ztráta jedné plíce	35
93	Ztráta jednoho celého prsu (u žen)	15
94	Ztráta obou celých prsů (u žen)	30
5) Úrazy břicha, trávicích orgánů, močových cest a pohlavních orgánů		
95	Hydrokéla	5
96	Nedomykavost řitních svěračů částečná	20
97	Nedomykavost řitních svěračů úplná	60
98	Pišťel močového měchýře nebo močové roury	50
99	Porušení břišní stěny provázené porušením břišního lisu	10–25
100	Poškození funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy výživy	25–100
101	Pourazové deformity ženských pohlavních orgánů	10–50
102	Pourazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce) lehkého stupně	1–10
103	Pourazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce) středního stupně	11–20

Název diagnózy		procento poškození
104	Pourazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce) těžkého stupně	21–50
105	Pourazové následky poranění močových cest (kromě ledvin), zejména zúžení močové trubice	25
106	Pourazové následky poškození orgánů trávicí soustavy kromě slinivky břišní po ukončení léčby	1–15
107	Pourazové následky poškození slinivky	20
108	Pourazové zúžení konečnicku nebo řiti lehkého stupně	1–10
109	Pourazové zúžení konečnicku nebo řiti středního stupně	11–20
110	Pourazové zúžení konečnicku nebo řiti těžkého stupně	21–60
111	Sterkorální pištěl podle sídla a rozsahu reakce v okolí	30–60
112	Ztráta části jater (dle rozsahu)	1–40
113	Ztráta části sleziny podle stupně poruchy funkce	1–15
114	Ztráta dělohy	5–40
115	Ztráta jedné ledviny	25
116	Ztráta jednoho vaječnicku	1–10
117	Ztráta jednoho varlete	10
118	Ztráta obou ledvin	100
119	Ztráta obou vaječníků	10–35
120	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence (ověřeno phaloplethysmografií)	20–35
121	Ztráta penisu nebo závažné deformity	10–40
122	Ztráta sleziny	20
6) Úrazy páteře a míchy		
123	Omezení hybnosti páteře lehkého stupně	5–10
124	Omezení hybnosti páteře středního stupně	11–25
125	Omezení hybnosti páteře těžkého stupně	26–55
126	Pourazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů s trvalými objektivními příznaky lehkého stupně	10–25
127	Pourazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů s trvalými objektivními příznaky středního stupně	26–40
128	Pourazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů s trvalými objektivními příznaky těžkého stupně	41–100
7) Úrazy pánve		
129	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u mužů	15–65
130	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen	15–65
8) Úrazy horních končetin		
U položek ve skupině 8 až 15 se výrazem „vpravo“ rozumí postižení dominantní horní končetiny, výrazem „vlevo“ postižení nedominantní horní končetiny.		
131	Chronický zánět kostní dřeně jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu vlevo	25
132	Chronický zánět kostní dřeně jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu vpravo	30
133	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární vlevo	4
134	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární vpravo	5
135	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulárního kloubu vlevo (Tossy II a III)	4
136	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulárního kloubu vpravo (Tossy II a III)	5

Název diagnózy		procento poškození
137	Omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplně nad 135 st.) vlevo	4
138	Omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplně nad 135 st.) vpravo	5
139	Omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.) vlevo	8
140	Omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.) vpravo	10
141	Omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.) vlevo	15
142	Omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.) vpravo	18
143	Pakloub kosti pažní vlevo	35
144	Pakloub kosti pažní vpravo	40
145	Recidivující posttraumatická luxace ramenního kloubu vlevo (více jak 3x lékařem reponované, luxace RTG ověřena)	12
146	Recidivující posttraumatická luxace ramenního kloubu vpravo (více jak 3x lékařem reponované, luxace RTG ověřena)	15
147	Trvalé následky po přetržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu vlevo	2
148	Trvalé následky po přetržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu vpravo	3
149	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká) vlevo	30
150	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká) vpravo	35
151	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50 st. flexe 40–45 st., vnitřní rotace 20 st.) vlevo	25
152	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50 st. flexe 40–45 st., vnitřní rotace 20 st.) vpravo	30
153	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem vlevo	60
154	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem vpravo	70
9) Poškození oblasti loketního kloubu a předloktí		
155	Chronický zánět kostní dřene kosti předloktí vlevo (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	22
156	Chronický zánět kostní dřene kosti předloktí vpravo (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	27
157	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo – lehkého stupně	5
158	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo – středního stupně	10
159	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo – těžkého stupně	15
160	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo – lehkého stupně	6
161	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo – středního stupně	12
162	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo – těžkého stupně	18
163	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vlevo – lehkého stupně	2
164	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vlevo – středního stupně	8
165	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vlevo – těžkého stupně	16

Název diagnózy		procento poškození
166	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vpravo – lehkého stupně	5
167	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vpravo – středního stupně	10
168	Omezení přivracení a odvrácení předloktí vpravo – těžkého stupně	20
169	Pakloub kosti loketní vlevo	15
170	Pakloub kosti loketní vpravo	20
171	Pakloub kosti vřetenní vlevo	25
172	Pakloub kosti vřetenní vpravo	30
173	Pakloub obou kostí předloktí vlevo	30
174	Pakloub obou kostí předloktí vpravo	40
175	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních s nemožností přivracení nebo odvrácení předloktí v nepříznivém postavení (v maximální pronaci nebo supinaci) vlevo	16
176	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních s nemožností přivracení nebo odvrácení předloktí v nepříznivém postavení (v maximální pronaci nebo supinaci) vpravo	20
177	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí postavení jim blízká) vlevo	25
178	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jim blízká) vpravo	30
179	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení (úhel ohnutí 90–95 st.) vlevo	16
180	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení (úhel ohnutí 90–95 st.) vpravo	20
181	Viklavý loketní kloub vlevo	15
182	Viklavý loketní kloub vpravo	20
183	Ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu vlevo	50
184	Ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu vpravo	60
10) Ztráta nebo poškození ruky		
185	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo – lehkého stupně	5
186	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo – středního stupně	10
187	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo – těžkého stupně	17
188	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo – lehkého stupně	6
189	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo – středního stupně	18
190	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo – těžkého stupně	20
191	Pakloub člunkové kosti vlevo	13
192	Pakloub člunkové kosti vpravo	15
193	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním dlaňovém ohnutí) vlevo	25
194	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním dlaňovém ohnutí) vpravo	30
195	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním hřbetním ohnutí) vlevo	25
196	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním hřbetním ohnutí) vpravo	30
197	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení (postavení 20–40 st. hřbetního ohnutí) vlevo	17

Název diagnózy	procento poškození	
198	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení (postavení 20–40 st. hřbetního ohnutí) vpravo	20
199	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – lehkého stupně	8
200	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – středního stupně	10
201	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – těžkého stupně	15
202	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – lehkého stupně	10
203	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – středního stupně	15
204	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyšetřením) – těžkého stupně	20
205	Ztráta prstů ruky mimo palec včetně záprstních kostí vlevo	38
206	Ztráta prstů ruky mimo palec včetně záprstních kostí vpravo	45
207	Ztráta ruky v zápěstí vlevo	55
208	Ztráta ruky v zápěstí vpravo	60
209	Ztráta všech prstů ruky, případně včetně záprstních kostí vlevo	42
210	Ztráta všech prstů ruky, případně včetně záprstních kostí vpravo	50
11) Poškození palce na ruce		
211	Omezení hybnosti karpometakarpálního kloubu palce podle stupně vlevo	1–7
212	Omezení hybnosti karpometakarpálního kloubu palce podle stupně vpravo	1–9
213	Trvalé následky po špatně zhojené Bennetově zlomenině s trvajícím subluxací, kromě plnění za poruchu funkce vlevo	2
214	Trvalé následky po špatně zhojené Bennetově zlomenině s trvajícím subluxací, kromě plnění za poruchu funkce vpravo	3
215	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v nepříznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce) vlevo	1–7
216	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v nepříznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce) vpravo	1–9
217	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice) vpravo	1–6
218	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice) vlevo	1–5
219	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí) vlevo	7
220	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí) vpravo	8
221	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi) vlevo	6
222	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi) vpravo	7
223	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí) vlevo	6
224	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí) vpravo	6
225	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení vlevo	21
226	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení vpravo	25
227	Úplná ztuhlost základního kloubu palce vlevo	5
228	Úplná ztuhlost základního kloubu palce vpravo	6

Název diagnózy	procento poškození	
229	Ztráta apexu vpravo i vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	1
230	Ztráta koncového článku palce vlevo	7
231	Ztráta koncového článku palce vpravo	9
232	Ztráta obou článků palce vlevo	15
233	Ztráta obou článků palce vpravo	18
234	Ztráta palce se záprstní kostí vlevo	21
235	Ztráta palce se záprstní kostí vpravo	25
12) Porucha úchopové funkce palce		
Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu		
236	lehkého stupně vlevo	1,5
237	lehkého stupně vpravo	2
238	středního stupně vlevo	3
239	středního stupně vpravo	4
240	těžkého stupně vlevo	5
241	těžkého stupně vpravo	6
Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlankového kloubu		
242	lehkého stupně vlevo	1
243	lehkého stupně vpravo	2
244	středního stupně vlevo	3
245	středního stupně vpravo	4
246	těžkého stupně vlevo	5
247	těžkého stupně vpravo	6
Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu		
248	lehkého stupně vlevo	1
249	lehkého stupně vpravo	2
250	středního stupně vlevo	5
251	středního stupně vpravo	6
252	těžkého stupně vlevo	7
253	těžkého stupně vpravo	9
13) Poškození ukazováku		
254	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlankových kloubů ukazováku vlevo, při neporušené úchopové funkci	1
255	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlankových kloubů ukazováku vpravo, při neporušené úchopové funkci	2
256	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce vlevo	2
257	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce vpravo	3

Název diagnózy		procento poškození
258	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí 1–3 cm vlevo	3
259	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí 1–3 cm vpravo	4
260	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 3–4 cm vlevo	10
261	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 3–4 cm vpravo	12
262	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 4 cm vlevo	12
263	Porucha úchopové funkce ukazováku do úplného sevření, do dlaně chybí přes 4 cm vpravo	15
264	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení vlevo	10
265	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení vpravo	12
266	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním ohnutí vlevo	12
267	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním ohnutí vpravo	15
268	Ztráta apexu vpravo i vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	1
269	Ztráta dvou článků ukazováku vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	7
270	Ztráta dvou článků ukazováku vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	8
271	Ztráta koncového článku ukazováku vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	3
272	Ztráta koncového článku ukazováku vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	4
273	Ztráta ukazováku se záprstní kostí vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	13
274	Ztráta ukazováku se záprstní kostí vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	15
275	Ztráta všech tří článků ukazováku vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	10
276	Ztráta všech tří článků ukazováku vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	12
14) Poškození prostředníku, prsteníku a malíku		
277	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánkových kloubů při neporušené úchopové funkci prstů vlevo	1
278	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánkových kloubů při neporušené úchopové funkci prstů vpravo	1,5
279	Nemožnost úplného natažení jednoho základního kloubu prstu s poruchou abdukce vlevo	1
280	Nemožnost úplného natažení jednoho základního kloubu prstu s poruchou abdukce vpravo	2
281	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 3 cm vlevo	2
282	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 3 cm vpravo	3
283	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 3 až 4 cm vlevo	5
284	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 3 až 4 cm vpravo	6
285	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm vlevo	6
286	Porucha úchopové funkce prstu, do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm vpravo	8
287	Úplná ztuhlost všech 3 kloubů jednoho prstu v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránícím funkci sousedních prstů) vlevo	7
288	Úplná ztuhlost všech 3 kloubů jednoho prstu v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránícím funkci sousedních prstů) vpravo	9

Název diagnózy		procento poškození
289	Ztráta 2 článků prstu se zachovalou funkcí základního kloubu vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	5
290	Ztráta 2 článků prstu se zachovalou funkcí základního kloubu vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	6
291	Ztráta apexu jednoho z prstů vpravo i vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	1
292	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	9
293	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	10
294	Ztráta koncového článku jednoho z uvedených prstů vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	2,5
295	Ztráta koncového článku jednoho z uvedených prstů vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	3
296	Ztráta všech 3 článků nebo 2 čl. se ztuhlostí základního kloubu vlevo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	7
297	Ztráta všech 3 článků nebo 2 čl. se ztuhlostí základního kloubu vpravo – nelze hodnotit poruchu úchopové funkce	9
15) Traumatické poruchy nervů horních končetin		
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické		
298	Traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohybače karpu a části hlubokého ohybače prstů vlevo	1–25
299	Traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohybače karpu a části hlubokého ohybače prstů vpravo	1–30
300	Traumatická porucha distální části středního nervu, postižení hlavně thenarového svalstva vlevo	12
301	Traumatická porucha distální části středního nervu, postižení hlavně thenarového svalstva vpravo	15
302	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů vlevo	1–33
303	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů vpravo	1–40
304	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů vlevo	1–37
305	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů vpravo	1–45
306	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů vlevo	1–25
307	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů vpravo	1–30
308	Traumatická porucha nervu axilárního vlevo	1–25
309	Traumatická porucha nervu axilárního vpravo	1–30
310	Traumatická porucha nervu muskulokutánního vlevo	1–20
311	Traumatická porucha nervu muskulokutánního vpravo	1–30
312	Traumatická porucha nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu vlevo	1–27
313	Traumatická porucha nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu vpravo	1–35
314	Traumatická porucha všech tří nervů, popřípadě i celé pleteně pažní vlevo	10–60
315	Traumatická porucha všech tří nervů, popřípadě i celé pleteně pažní vpravo	10–70
U položek ve skupině 8 až 15 se výrazem „vpravo“ rozumí postižení dominantní horní končetiny, výrazem „vlevo“ postižení nedominantní horní končetiny.		
16) Úrazy dolních končetin		
316	Endoprotéza kyčelního kloubu mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu	30

Název diagnózy		procento poškození
317	Chronický zánět kostní dřevě kosti stehenní jen po otevřených zlomeninách nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	25
318	Luxace kyčle	20
319	Pakloub stehenní kosti nebo nekróza hlavičky	40
320	Pouřazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené) s úchylkou osovou nebo rotační, za každých celých 5 st. úchyly (prokázané rtg)	5
321	Úchyly přes 45 st. se hodnotí jako ztráta končetiny	60
322	Zkrácení jedné dolní končetiny od 1 do 2 cm – absolutní zkratek	1–3
323	Zkrácení jedné dolní končetiny nad 2 do 4 cm – absolutní zkratek	4–10
324	Zkrácení jedné dolní končetiny nad 4 do 6 cm – absolutní zkratek	11–15
325	Zkrácení jedné dolní končetiny nad 6 cm – absolutní zkratek	16–20
326	Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo v oblasti mezi kyčelním a kolenním kloubem	60
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické		
327	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu lehkého stupně	1–10
328	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu středního stupně	11–20
329	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu těžkého stupně	21–30
330	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v nepříznivém postavení (úplné přitažení nebo odtažení, natažení nebo ohnutí a postavení těmto blízká)	40
331	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v příznivém postavení (lehké odtažení a základní postavení nebo nepatrné ohnutí)	30
17) Poškození kolena		
332	Endoprotéza v oblasti kolenního kloubu (mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu)	15
333	Luxace kolena	20
334	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu lehkého stupně, ne však po totální endoprotéze kolenního kloubu (TEP)	1–8
335	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu středního stupně	10–13
336	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu těžkého stupně	16–25
337	Trvalé následky po operativním vynětí jednoho menisku (podle rozsahu odstraněné části – min. 1/3 menisku, průkaz operačním nálezem, nutné omezení hybnosti)	1–5
338	Trvalé následky po operativním vynětí obou menisků (podle rozsahu odstraněných částí – min. 1/3 menisku, průkaz operačním nálezem, nutné omezení hybnosti)	1–10
339	Trvalé následky po vynětí česky včetně atrofie stehenních a lýtkových svalů	15–25
340	Úplná ztuhlost kolena v příznivém postavení (úhel ohnutí 15 st. až 20 st.)	25
341	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti jednoho postranního vazů	1–5
342	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti předního a zadního zkříženého vazů	16–25
343	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti předního nebo zadního zkříženého vazů	6–12
344	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – ohnutí nad 30 st.	45
345	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – úplné natažení nebo ohnutí nad úhel 20 st.	30

Název diagnózy		procento poškození
18) Poškození bérce		
346	Chronický zánět kostní dřevě kosti bérce jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	25
347	Pakloub kosti holenní nebo obou kostí bérce	40
348	Pouřazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomenin v osové nebo rotační úchylce (úchyly musí být prokázány na RTG), za každých celých 5 st.	5
349	Úchyly přes 45 st. (hodnotí se jako ztráta bérce)	50
350	Ztráta dolní končetiny v bérce se zachovalým kolenem	45
351	Ztráta dolní končetiny v bérce se ztuhlým kolenním kloubem	50
19) Poškození v oblasti hlezenního kloubu		
352	Chronický zánět kostní dřevě v oblasti tarzálních a metatarzálních kostí, jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	20
353	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu lehkého stupně	1–5
354	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu středního stupně	7–12
355	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu těžkého stupně	13–20
356	Omezení pronace a supinace nohy	1–12
357	Plochá nebo vybočená noha následkem úrazu a jiné pouřazové deformity v oblasti hlezna a nohy	1–25
358	Úplná ztráta pronace a supinace nohy	15
359	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v nepříznivém postavení (dorzální flexe nebo větší plantární flexe nad 20 st.)	30
360	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v pravouhlém postavení	25
361	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v příznivém postavení (plantární flexe od 5 st. do 20 st.)	20
362	Viklavost hlezenního kloubu (nutný průkaz na RTG nebo USG)	1–20
363	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu s artrodézou hlezna	30
364	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu s pahýlem v plantární flexi	40
365	Ztráta chodidla v Lisfrancově kloubu nebo pod ním	25
366	Ztráta nohy v hlezenním kloubu nebo pod ním	40
20) Poškození v oblasti nohy		
367	Omezení pohyblivosti mezičlánekového kloubu palce nohy	1–3
368	Omezení pohyblivosti základního kloubu palce nohy	1–7
369	Porucha funkce kteréhokoliv jiného prstu nohy než palce, za každý prst	1
370	Pouřazová atrofie svalstva dolních končetin při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu, na bérce	1–3
371	Pouřazová atrofie svalstva dolních končetin při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu, na stehně	1–5
372	Pouřazové oběhové a trofické poruchy na obou dolních končetinách	1–30
373	Pouřazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	1–15
374	Úplná ztuhlost mezičlánekového kloubu palce nohy	3
375	Úplná ztuhlost obou kloubů palce nohy	10
376	Úplná ztuhlost základního kloubu palce nohy	7
377	Ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku), za každý prst	2

Název diagnózy		procento poškození
378	Ztráta koncového článku palce nohy	3
379	Ztráta malíku nohy se zánětlivými kostí nebo s její částí	10
380	Ztráta obou článků palce nohy	10
381	Ztráta obou článků palce nohy se záprstní kostí nebo s její částí	15
382	Ztráta všech prstů nohy	15
21) Traumatické poruchy nervů dolní končetiny		
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické.		
383	Traumatická porucha distální části nervu holenního s postižením funkce prstů	1–5
384	Traumatická porucha hluboké větve nervu lýtkového	1–20
385	Traumatická porucha kmene nervu holenního s postižením všech inervovaných svalů	1–35
386	Traumatická porucha kmene nervu lýtkového s postižením všech inervovaných svalů	1–30

Název diagnózy		procento poškození
387	Traumatická porucha nervu obturatorního	1–20
388	Traumatická porucha nervu sedacího	5–50
389	Traumatická porucha nervu stehenního	1–30
390	Traumatická porucha povrchní větve nervu lýtkového	1–10
22) Ostatní druhy poranění		
391	Duševní poruchy způsobené úrazem	neplní se
392	Nahluchlost jednostranná lehkého stupně	neplní se
393	Poúrazové bolesti bez funkčního poškození	neplní se
394	Rozsáhlé plošné jizvy nad 15 % povrchu těla	11–40
395	Rozsáhlé plošné jizvy od 0,5 do 15 % povrchu těla	1–10
396	Ztráta vitality zubu	neplní se
397	Ztráta zubu menší než 50 %	neplní se
398	Ztráta, odlomení a poškození mléčných zubů a umělých zubních náhrad	neplní se

Tabulka poškození zraku – doplněk Přílohy 3

Procento poškození při snížení zrakové ostrosti (doplnění pro diagnózy č. 28 a 29)									
Vizus	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60
6/6	0 %	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	25 %
6/9	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	28 %
6/12	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	31 %
6/15	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	35 %
6/18	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	39 %
6/24	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	44 %
6/36	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %
6/60	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %	55 %
3/60	25 %	28 %	31 %	35 %	39 %	44 %	49 %	55 %	65 %

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů (tarif DOU3-P1U)

Připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE (tarif DOUP-P1U)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co se rozumí úrazem – čl. 6
- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 2
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Hrubý příjem – vymezení pojmu (čl. 2)

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí je úraz ve smyslu VPP, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který je uveden v oceňovací tabulce pro připojištění denního odškodného při úrazu od 3 dnů obsažené v Příloze 2 těchto ZPP (dále „oceňovací tabulka DO“) jako úraz, za který náleží pojistné plnění.
2. Pojistnou událostí je také úraz, který není v oceňovací tabulce DO uveden, pokud doba léčení tohoto úrazu byla delší než 21 dní. Pojišťovna nebo jí pověřený lékař určí v takovém případě výši pojistného plnění analogicky podle úrazu, který je v oceňovací tabulce DO uveden a který je mu svou povahou nejbližší.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

1. Pojišťovna vyplácí pojistné plnění, které odpovídá součinu sjednané pojistné částky a počtu dní určeného pro příslušný úraz v oceňovací tabulce DO.
2. V případě, že je na smlouvě sjednáno také připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE, příp. denního odškodného úrazu dítěte PROGRESE, násobí se počet dní určený pro příslušný úraz podle oceňovací tabulky podle předchozího odstavce ještě koeficientem progresse podle následující tabulky.

Počet dní uvedený v oceňovací tabulce DO:	Koeficient progresse
do 89 dnů	1
90 až 169 dnů	2
170 a více dnů	3

Výše pojistného plnění se v tom případě určí jako sjednaná pojistná částka krát počet dní podle oceňovací tabulky DO krát koeficient progresse.

3. Pojišťovna poskytuje pojistné plnění bez zbytečného odkladu po ukončení šetření pojistné události. Pokud je doložena úrazová diagnóza přímo uvedená v oceňovací tabulce DO (tj. pojišťovna má k dispozici veškeré potřebné informace pro její doložení), je možné toto šetření ukončit bezprostředně po jejím doložení. Pokud je doložena diagnóza, která v oceňovací tabulce DO není uvedena, pojišťovna ukončí šetření až po ukončení léčení daného úrazu.
4. V případě, že pojišťovna poskytla pojistné plnění a v průběhu léčení úrazu došlo ke změně úrazové diagnózy na jinou, za kterou by podle oceňovací tabulky DO náleželo vyšší pojistné plnění než již vyplacené, vyplatí pojišťovna po doložení této skutečnosti (změně diagnózy) doplatek pojistného plnění odpovídající rozdílu počtu dnů z konečné diagnózy a již proplacených dnů pro původní úrazovou diagnózu.
5. Pokud by jeden úraz (úrazový děj) způsobil více úrazových diagnóz podle oceňovací tabulky DO, považuje se za jednu pojistnou událost a pojišťovna vyplatí pojistné plnění za vzniklou úrazovou diagnózu, které odpovídá nejvyšší počet dnů podle oceňovací tabulky DO.

6. Utrpí-li pojištěný další úraz během doby, za kterou mu náleží denní odškodné ještě za předchozí úraz, a je-li tento nový úraz rovněž pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP, vyplatí pojišťovna pojistné plnění za každý z těchto úrazů s tím, že za dny, po které se denní odškodné za oba úrazy překrývá, je pojistné plnění poskytováno pouze jednou.



Příklad:

Pojištěný si pohmoždí ruku, za což bude pojišťovnou přiznáno odškodnění za 8 dní. Šestý den od pohmoždění se však opaří, což odpovídá odškodnění za 15 dní. Dostane odškodnění celkem za 20 dní → 5 za první úraz, 15 za druhý. (Tři dny, kdy trvaly oba úrazy, se započítávají pouze pro druhý z úrazů.)

7. Doklad o úrazové diagnóze vystavený lékařem, který je současně pojištěným nebo je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu zákona, nestačí k doložení úrazu. Úrazová diagnóza musí být doložena jiným ošetřujícím lékařem než uvedeným ve větě první tohoto odstavce.

Článek 3

Jaká jsou maxima pojistného plnění

1. Výše sjednané pojistné částky nesmí přesáhnout maximální pojistnou částku uvedenou v Příloze 1 těchto pojistných podmínek, která stanovuje maximální výši pojistné částky v závislosti na hrubém měsíčním příjmu **pojištěného. Pokud by sjednaná pojistná částka neodpovídala hrubému měsíčnímu příjmu pojištěného určenému v dané příloze, je pojišťovna oprávněna výši pojistného plnění přiměřeně snížit podle skutečného hrubého příjmu pojištěného.**
2. Maximální pojistné plnění za jednu pojistnou událost může být poskytnuto za 365 dní podle oceňovací tabulky DO.

Článek 4

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojišťovna i pojištník mohou vypovědět toto připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období.
2. Připojištění zanikne také vyplacením pojistného plnění za dobu 365 dní podle oceňovací tabulky DO z jedné pojistné události.
3. Připojištění denního odškodného úrazu PROGRESE zaniká také zánikem denního odškodného úrazu od 3 dnů, ke kterému bylo sjednáno. Připojištění denního odškodného úrazu dítěte PROGRESE zaniká také zánikem denního odškodného úrazu dítěte od 3 dnů, ke kterému bylo sjednáno.



Příklad:

Pojištěný má sjednáno připojištění denního odškodného úrazu od 3 dnů a včetně PROGRESE. Při pádu si vážně zlomí hlezenní kost a v souvislosti s touto úplnou zlomeninou musí být operován. Za tento úraz bude pojišťovnou přiznáno odškodnění za 300 dní (150 krát 2 → počet dní podle oceňovací tabulky DO krát koeficient progresse). Obě připojištění pokračují dále, protože počet dní za takovouto zlomeninu podle oceňovací tabulky DO dosahuje méně než 365 dní.

Článek 5

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 11. 2020.