

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ METLIFE POJIŠŤOVNY A.S.

GARDE (DÁLE TAKÉ JEN „ZPP GARDE 1.0“)

Článek 1

Úvodní ustanovení

1. Tyto Zvláštní pojistné podmínky (dále také jen „ZPP“) jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy o investičním životním pojištění – Garde (dále také jen „pojištění Garde“), kterou sjednává MetLife pojišťovna a.s. (dále také jen „pojistitel“).
2. Pojištění Garde se dále řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění a připojištění k němu společnosti MetLife pojišťovna a.s. vydanými pod číslem VPP 4.2 (dále také jen „Všeobecné pojistné podmínky“ nebo „VPP“) a příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě¹, podpůrně pak občanského zákoníku². Pojištění Garde jako investiční životní pojištění je tedy v souladu s VPP pojištěním pro případ smrti nebo dožití hlavního pojištěného spojeným s programy investování.
3. Pojištění Garde se vždy sjednává pro jednoho hlavního pojištěného. V rámci jednoho pojištění Garde lze zároveň pojistit vedlejšího pojištěného a jedno nebo více pojištěných dětí.
4. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, pojištění Garde vždy obsahuje alespoň tři (3) pojistná krytí.
5. Dnem smrti pojistníka, který není totožný s hlavním pojištěným, se pojistníkem stává hlavní pojištěný.

Článek 2

Pojmy

Na pojištění Garde se vztahuje vymezení pojmů, jak je definováno ve VPP s tím, že další pojmy jsou vymezeny následovně:

Hlavní pojištěný

Osoba ve vstupním věku minimálně patnácti (15) let, pro kterou je sjednáno pojištění pro případ smrti nebo dožití (dále také jen „pojištění hlavního pojištěného“).

Vedlejší pojištěný

Osoba ve vstupním věku minimálně patnácti (15) let, pro kterou je sjednáno pojištění pro případ smrti (dále také jen „pojištění vedlejšího pojištěného“) nebo alespoň jedno připojištění, pokud je určena v pojistné smlouvě.

Pojištěné dítě

Osoba ve vstupním věku nejvýše čtrnácti (14) let, pro kterou je sjednáno alespoň jedno připojištění, pokud je určena v pojistné smlouvě.

Pojistná částka

Obecná definice pojistné částky je uvedena ve VPP³. V rámci pojištění Garde se v pojistné smlouvě sjednává pojistná částka pro případ smrti, která může být odlišná pro jednotlivé pojištěné. Pojistná částka pro případ smrti pojištěného se skládá z pevné složky a z klesajících složek a/nebo může být sjednána ve formě pozůstalostní penze. Pojistnou částku pro případ smrti lze v průběhu trvání pojištění navýšit bez zkoumání zdravotního stavu v souladu s předpisy pojistitele⁴ platnými ke dni účinnosti této změny. Pokud bylo současně sjednáno také připojištění, může být pro každé připojištění každého pojištěného sjednána odlišná pojistná částka.

Pozůstalostní penze

Pojistná částka pro případ smrti pojištěného ve formě pravidelně se opakujících plateb, jejichž výše, frekvence a doba výplaty je stanovena v těchto ZPP a/nebo sjednána v pojistné smlouvě. Splatnost první splátky pozůstalostní penze je patnáct (15) dnů po skončení šetření pojistné události. Další splátky pozůstalostní penze jsou splatné dle frekvence sjednané pro vyplácení pozůstalostní penze, a to vždy: při měsíční frekvenci ke dni v měsíci, resp. při čtvrtletní frekvenci ke dni v prvním měsíci čtvrtletí, resp. při pololetní frekvenci ke dni v prvním měsíci pololetí, resp. při roční frekvenci ke dni v prvním měsíci roku, který se číslem shoduje se dnem splatnosti první splátky pozůstalostní penze.

Invalidní penze

Pojistná částka pro případ invalidity pojištěného ve formě pravidelně se opakujících plateb, jejichž výše, frekvence a doba výplaty je stanovena v těchto ZPP a/nebo sjednána v pojistné smlouvě. Splatnost první splátky invalidní penze je patnáct (15) dnů po skončení šetření pojistné události. Další splátky invalidní penze jsou splatné dle frekvence sjednané pro vyplácení invalidní penze, a to vždy: při měsíční frekvenci ke dni v měsíci, resp. při čtvrtletní frekvenci ke dni v prvním měsíci čtvrtletí, resp. při pololetní frekvenci ke dni v prvním měsíci pololetí, resp. při roční frekvenci ke dni v prvním měsíci roku, který se číslem shoduje se dnem splatnosti první splátky invalidní penze.

Běžné pojistné

Pojistné placené pojistníkem v pravidelných splátkách ve výši sjednané v pojistné smlouvě. V průběhu pojištění Garde může být běžné pojistné navyšováno. Každým navýšením se zvýší celková suma běžného pojistného, avšak pro účely alokace podle článku 10 těchto ZPP, plynutí lhůt pro stanovení odkupného podle článku 16 těchto ZPP a pro stanovení rozsahu zproštění od placení pojistného podle článku 31 těchto ZPP se každé navýšení (část pojistného) posuzuje samostatně.

Hlavní pojistná doba

Doba určitá, na kterou se sjednává pojištění hlavního pojištěného.

Konec hlavní pojistné doby

Den bezprostředně předcházející příslušnému výročí, kterým uplyne pojistná doba sjednaná v konkrétní pojistné smlouvě pro pojištění hlavního pojištěného. Konec pojištění vedlejšího pojištěného a konec připojištění uplynutím pojistné doby jsou definovány analogicky.

Pojistné období

Časové období, za které se platí běžné pojistné. Délka pojistného období pro pojištění Garde je jeden (1) rok. První pojistné období začíná v den počátku pojištění Garde.

Pojistné krytí

Jakékoli připojištění a/nebo pojištění pro případ smrti s nennulovou pojistnou částkou, přičemž pojistitel je oprávněn stanovit v Sazebníku poplatků minimální výši pojistné částky.

Lékař

Absolvent lékařské fakulty, který je členem příslušné stavovské organizace⁵, a který léčí v rozsahu své lékařské atestace zranění

a/nebo nemoc, jejímž následkem je událost, která by mohla zakládat nárok na pojistné plnění z pojištění nebo připojištění. Lékařem nesmí být pojistník a/nebo některý z pojištěných a/nebo člen jeho rodiny.

Program investování

Interní program investování ustanovený výlučně pro účely investičního životního pojištění, který se řídí ustanoveními článků 39 až 42 těchto ZPP.

Podíl

Poměrný díl programu investování stanovený pro účely pojištění pro případ smrti nebo dožití.

Podílový účet

Individuální pomyslný účet spravovaný pojistitelem ke každé pojistné smlouvě, na nějž se připisují podíly jednotlivých programů investování vytvořené na základě uhrazeného běžného a/nebo mimořádného pojistného.

Nákupní cena

Cena stanovená pojistitelem použitá pro vytváření podílů jednotlivých programů investování.

Prodejní cena

Cena stanovená pojistitelem použitá pro rušení podílů jednotlivých programů investování.

Hodnota podílů

Počet podílů připsaných na podílovém účtu vynásobený jejich příslušnou prodejní cenou.

Kapitálová hodnota pojištění

Hodnota všech podílů připsaných na podílovém účtu.

Oceňovací den

Den, kdy jsou stanoveny prodejní a nákupní ceny podílů jednotlivých programů investování.

POJISTNÁ DOBA

Článek 3

Pojistná doba

1. Pojištění hlavního pojištěného se sjednává na dobu určitou (hlavní pojistná doba). Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, sjednává se hlavní pojistná doba do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po dožití věku šedesáti pěti (65) let hlavním pojištěným.
2. Pojištění vedlejšího pojištěného se sjednává na dobu určitou. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednána pojistná doba kratší, sjednává se pojištění vedlejšího pojištěného s nulovou pojistnou částkou pro případ smrti do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po dožití věku sedmdesáti pěti (75) let vedlejším pojištěným, nejdéle však do konce hlavní pojistné doby.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 4

Pojistné plnění pro případ smrti hlavního pojištěného

1. Výše pojistného plnění pro případ smrti hlavního pojištěného je rovna součtu hodnot klesajících složek pojistné částky pro případ smrti ke dni smrti a vyšší z níže uvedených hodnot:
 - a) pevná složka pojistné částky pro případ smrti ke dni smrti,
 - b) hodnota podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného stanovená ke dni doručení oznámení pojistné události (je-li oznámení pojistné události doručeno až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se hodnota podílů k poslednímu dni hlavní pojistné doby).
2. Pokud bylo sjednáno mimořádné pojistné, je pojistné plnění stanovené podle odst. 1 tohoto článku zvýšeno o hodnotu podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného mimořádného pojistného stanovenou ke dni doručení oznámení pojistné události (je-li oznámení pojistné události doručeno až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se hodnota podílů k poslednímu dni hlavní pojistné doby).

3. Pokud bylo v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ smrti hlavního pojištěného také ve formě pozůstalostní penze, je v případě jeho smrti kromě pojistného plnění podle odst. 1 a odst. 2 tohoto článku vyplácena pozůstalostní penze po dobu, dle frekvence a ve výši sjednané ke dni jeho smrti. Pokud bylo v pojistné smlouvě dále sjednáno pravidelné roční navýšení vyplácené (přiznané) pozůstalostní penze, navyšuje se přiznaná pozůstalostní penze po každém roce výplaty o sjednané procento z pozůstalostní penze vyplácené v předchozím roce. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, pozůstalostní penze se vyplácí s roční frekvencí do konce sjednané pojistné doby pro pozůstalostní penzi a s pravidelným ročním navýšením o tři (3) procenta.
4. Smrtí hlavního pojištěného zaniká celé pojištění Garde.

Článek 5

Pojistné plnění pro případ smrti vedlejšího pojištěného

1. Výše pojistného plnění pro případ smrti vedlejšího pojištěného je rovna součtu hodnot klesajících složek pojistné částky pro případ smrti a pevné složky pojistné částky pro případ smrti ke dni smrti.
2. Pokud bylo v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ smrti vedlejšího pojištěného také ve formě pozůstalostní penze, je v případě jeho smrti kromě pojistného plnění podle odst. 1 tohoto článku vyplácena pozůstalostní penze po dobu, dle frekvence a ve výši sjednané ke dni jeho smrti. Pokud bylo v pojistné smlouvě sjednáno pravidelné roční navýšení vyplácené pozůstalostní penze, navyšuje se přiznaná pozůstalostní penze po každém roce výplaty o sjednané procento z pozůstalostní penze vyplácené (přiznané) v předchozím roce. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, pozůstalostní penze se vyplácí s roční frekvencí do konce sjednané pojistné doby pro pozůstalostní penzi a s pravidelným ročním navýšením o tři (3) procenta.
3. Smrtí vedlejšího pojištěného zaniká celé pojištění vedlejšího pojištěného včetně všech připojištění pro něj sjednaných.
4. Při výluce plnění pro případ smrti vedlejšího pojištěného dle článku 7, odst. 4 VPP, nárok na plnění nevzniká.

Článek 6

Pojistné plnění pro případ dožití hlavního pojištěného

1. Výše pojistného plnění pro případ dožití hlavního pojištěného je rovna kapitálové hodnotě pojištění ke dni konce hlavní pojistné doby.

Článek 7

Garance pojistných částek a vyhodnocení postačitelnosti pojistného

1. Pokud jsou řádně hrazeny všechny splátky běžného pojistného, pojistitel veškeré pojistné částky garantuje, nejdéle však po dobu pěti (5) let od počátku pojištění Garde, není-li ujednáno jinak, např. v článku 22 těchto ZPP. Garanci pojistných částek (dále také jen „garance“) je pojistitel oprávněn prodloužit.
2. Pojistitel nejpozději tři (3) měsíce před ukončením dosavadního období garance provede pojistně-matematické vyhodnocení postačitelnosti dosavadní výše běžného pojistného (dále také jen „vyhodnocení postačitelnosti“). Při tomto vyhodnocení postačitelnosti se nezkoumá zdravotní stav pojištěného.
3. Pokud na základě vyhodnocení postačitelnosti dle odst. 2 tohoto článku výše dosavadního běžného pojistného postačuje k prodloužení garance o dvě (2) budoucí období garance, pojistitel prodlouží garanci o jedno (1) období garance; postup a délka období garance jsou stanoveny v odst. 4 tohoto článku.
4. Garanci pojistitel prodloužuje vždy o dalších pět (5) let nebo o jiný celý počet let sjednaný v pojistné smlouvě, nejdéle však do konce příslušné hlavní pojistné doby sjednané ke dni počátku pojištění Garde, po jejímž uplynutí již nelze garanci prodloužit.
5. Pokud na základě vyhodnocení postačitelnosti dle odst. 2 tohoto

článku dosavadní výše běžného pojistného nepostačuje k prodloužení garance o dvě (2) budoucí období garance, navrhne pojistitel pojistníkovi zvýšení běžného pojistného stanoveného pojistitelem na základě pojistně-matematických metod (se zachováním dosavadních pojistných částek). V případě akceptace tohoto návrhu ve lhůtě stanovené pojistitelem bude garance prodloužena o jedno (1) období garance.

6. Pokud pojistník nebude akceptovat návrh pojistitele podle odst. 5 tohoto článku, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem, garance nebude prodloužena, není-li ujednáno jinak.
7. Garance je dále ukončena, pokud dojde k vyplacení části kapitálové hodnoty pojištění a/nebo k převedení pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného podle článku 17 těchto ZPP.
8. Po ukončení garance pojištění Garde trvá dále, dokud bude hodnota podílů v ten který den připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného kladná; ke dni, kdy tato hodnota dosáhne nuly nebo záporné hodnoty, pojištění Garde zaniká bez náhrady, případně s výplatou odkupného podle článku 16, odst. 3 těchto ZPP. Pokud je však ke dni, kdy hodnota podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného dosáhne nuly nebo záporné hodnoty, poskytována garance, pojištění Garde nezaniká.

POJISTNÉ

Článek 8 Běžné pojistné

1. Pojistník je povinen platit běžné pojistné ve výši a způsobem sjednaným v pojistné smlouvě.
2. Běžné pojistné může být placeno v roční platbě (splátce) nebo v pololetních, čtvrtletních či měsíčních splátkách.
3. V pojistné smlouvě lze sjednat, že část splátek běžného pojistného nebo celou splátku běžného pojistného platí zaměstnavatel pojistníka. Za splnění závazku k úhradě části pojistného placeného zaměstnavatelem nebo celého pojistného placeného zaměstnavatelem však pojistiteli odpovídá pouze pojistník. Pokud část splátek běžného pojistného hradí zaměstnavatel pojistníka, splátka pojistného se považuje za řádně uhrazenou až okamžikem, kdy je plně uhrazena celá splátka běžného pojistného.
4. Běžné pojistné za první pojistné období (resp. jeho první splátka) je splatné nejpozději třetí (3.) pracovní den poté, co pojistník převezme pojistku, nejpozději však poslední den prvního (1.) měsíce trvání pojištění Garde. Pokud byla v souvislosti s návrhem na uzavření pojistné smlouvy složena záloha na běžné pojistné, pojistitel ji ke dni počátku pojištění Garde započte na běžné pojistné. Další splátky běžného pojistného za první pojistné období a splátky za další pojistná období jsou splatné dle frekvence placení pojistného sjednané v konkrétní pojistné smlouvě, a to vždy: při měsíční frekvenci ke dni v měsíci, resp. při čtvrtletní frekvenci ke dni v prvním měsíci čtvrtletí, resp. při pololetní frekvenci ke dni v prvním měsíci pololetí, který se číslem shoduje se dnem počátku pojištění Garde, resp. při roční frekvenci k prvnímu dni pojistného období.

Článek 9 Mimořádné pojistné

1. Pojistník a pojistitel mohou na návrh pojistníka sjednat mimořádné pojistné. Pojistitel je oprávněn podmínit akceptací takového návrhu zejména řádnou úhradou běžného pojistného. Mimořádné pojistné musí být uhrazeno ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimum stanovené pojistitelem v aktuálním Sazebníku poplatků.
2. Sjednání ani uhrazení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné pojistné.
3. Sjednání mimořádného pojistného nabývá účinnosti dnem akceptace návrhu na jeho sjednání pojistitelem, není-li dále v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.

Článek 10 Alokace

1. Z každé uhrazené splátky běžného pojistného je odečtena částka na úhradu nákladů spojených s přijetím platby pojistného stanovená pojistitelem (tzv. inkasní poplatek).
2. Částka odpovídající části běžného pojistného po odpočtu inkasního poplatku (určené alokačním procentem podle odst. 3 tohoto článku) bude převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru aktuálně platném pro konkrétní pojistnou smlouvu.
3. Alokační procento je v jednotlivých letech stanoveno takto (přičemž každé navýšení pojistného včetně dynamizace je posuzováno samostatně):
 - a) 10 % z částky odpovídající každé splátce běžného pojistného za první pojistný rok (resp. první rok po tom kterém navýšení běžného pojistného) po odpočtu inkasního poplatku bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování;
 - b) 10 % až 82 % (viz níže uvedená tabulka) z částky odpovídající každé splátce běžného pojistného za druhý pojistný rok (resp. druhý rok po tom kterém navýšení běžného pojistného) po odpočtu inkasního poplatku bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování;

Hlavní pojistná doba (resp. zbývající část hlavní pojistné doby po navýšení běžného pojistného v celých letech):	Alokační procento ve druhém pojistném roce (resp. druhém roce po tom kterém navýšení běžného pojistného):
15 a méně	82 %
16	74 %
17	67 %
18	60 %
19	53 %
20	46 %
21	38 %
22	31 %
23	24 %
24	17 %
25 a více	10 %

- c) minimálně 100 % z částky odpovídající každé splátce běžného pojistného za třetí a následující pojistné roky (resp. třetí a následující roky po tom kterém navýšení běžného pojistného) po odpočtu inkasního poplatku bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování; toto procento může být v Sazebníku poplatků pojistitelem zvýšeno.
4. Částka odpovídající části mimořádného pojistného určené alokačním procentem bude převedena na podíly jednotlivých programů investování v poměru specifikovaném pojistníkem a v souladu s předpisy pojistitele platnými ke dni nabytí účinnosti sjednání příslušného mimořádného pojistného. Pokud však pojistník tento poměr nespecifikuje ani do třiceti (30) dnů ode dne připsání neidentifikované platby, o které lze mít s přihlédnutím ke všem okolnostem za to, že se jedná o platbu mimořádného pojistného na účet pojistitele, převede pojistitel takové mimořádné pojistné na podíly programu investování uvedeném v aktuálním Sazebníku poplatků⁶. Alokační procento pro mimořádné pojistné se řídí Sazebníkem poplatků platným ke dni nabytí účinnosti sjednání příslušného mimořádného pojistného⁷.

5. Částky odpovídající části běžného pojistného a/nebo mimořádného pojistného jsou převáděny na podíly na základě nákupní ceny podílů jednotlivých programů investování platné ke dni převodu. Částka odpovídající části první splátky běžného pojistného je převedena na podíly ke dni počátku pojištění Garde. Částky odpovídající části dalších splátek běžného pojistného jsou převáděny na podíly bezprostředně po řádném uhrazení celé splátky běžného pojistného. Částka odpovídající části mimořádného pojistného je převáděna na podíly ke dni nabytí účinnosti jeho sjednání.

Článek 11 Dynamizace

1. Pojistitel může k výročí pojistné smlouvy navrhnout zvýšení běžného pojistného (tzv. dynamizace pojištění), pokud růst indexu spotřebitelských cen uveřejňovaný ústředním orgánem státní správy České republiky pro statistiku⁸ od počátku pojištění, resp. od poslední dynamizace přesáhne minimální výši stanovenou pojistitelem v Sazebníku poplatků. Návrh na zvýšení běžného pojistného musí být druhé straně doručen nejpozději třicet (30) dní před výročí pojistné smlouvy.
2. Návrh pojistitele na zvýšení běžného pojistného se považuje za akceptovaný uhrazením nové výše běžného pojistného na výročí pojistné smlouvy. Je-li k výročí pojistné smlouvy uhrazena původní výše běžného pojistného, považuje se návrh za neakceptovaný a běžné pojistné se nemění.
3. V případě, kdy bude provedeno zvýšení běžného pojistného v důsledku dynamizace, bude příslušná pevná složka pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného zvýšena ve stejném poměru, není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak. Ke zvýšení pevné složky pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného v důsledku dynamizace pojistitel nebude vyžadovat prokázání vyhovujícího zdravotního stavu hlavního pojištěného.

ODEČÍTÁNÍ PODÍLŮ Z PODÍLOVÉHO ÚČTU

Článek 12 Odečítání podílů z podílového účtu

1. Pojistitel odečte každý měsíc z podílového účtu část podílů vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného. Hodnota takto odečítaných podílů odpovídá částce na úhradu administrativních nákladů stanovené pojistitelem (tzv. administrativní poplatek).
2. Pojistitel odečte každý měsíc z podílového účtu část podílů vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného. Hodnota takto odečítaných podílů odpovídá částce na úhradu rizika spojeného s pojištěním hlavního pojištěného, s pojištěním vedlejšího pojištěného a se sjednanými připojištěními, a to na následující měsíc (tzv. rizikové poplatky), která je stanovena pojistitelem podle pojistně-matematických zásad a pravidel.
3. Pojistitel je dále oprávněn odečíst z podílového účtu část podílů v hodnotě odpovídající částce (poplatku) na úhradu vícenákladů, které vznikly pojistiteli v souvislosti s neplněním povinností pojistníka stanovených pojistnou smlouvou (např. není-li řádně hrazeno pojistné) nebo v souvislosti se zpracováním žádostí pojistníka o dodatečné administrativní úkony.
4. I v případě, že počet podílů na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného nepostačuje k odečtení podílů specifikovaných v odst. 1, 2 a 3 tohoto článku, bude odpovídající počet podílů z podílového účtu odečten.
5. Počet podílů potřebný k odečtení podílů stanovených v odst. 1, 2 a 3 tohoto článku je určen na základě prodejní ceny platné ke dni odpočtu podílů. Jsou-li podíly připísané na podílovém účtu umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podíly jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připísaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného příslušného pojistného.

NAVÝŠENÍ PODÍLŮ NA PODÍLOVÉM ÚČTU

Článek 13

Navýšení počtu podílů na podílovém účtu (administrativní poplatky)

1. Pojistitel na každé páté (5.) výročí pojištění Garde navýší počet podílů na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného o podíly odpovídající částce rovnající se 30 % administrativních poplatků odečtených v průběhu uplynulých pěti (5) pojistných let danému výročí předcházejících. Ke dni konce hlavní pojistné doby pojistitel dále navýší počet podílů na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného o podíly odpovídající částce rovnající se zbývajícím částí administrativních poplatků odečtených za celou hlavní pojistnou dobu, o jejichž výši nebyl podílový účet již dříve navýšen.
2. Počet podílů potřebný k navýšení podle odst. 1 tohoto článku je určen na základě prodejní ceny platné ke dni navýšení počtu podílů. Jsou-li podíly připísané na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazeného běžného pojistného umístěny ve více než v jednom programu investování, navýší se počty podílů jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připísaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného ke dni navýšení.
3. Dojde-li na návrh pojistníka ke zkrácení hlavní pojistné doby tak, že do jejího konce zbývá ke dni zkrácení méně než pět (5) let, pojistitel po tomto zkrácení hlavní pojistné doby již dále podle odst. 1 tohoto článku počet podílů nenavýšuje.
4. Podmínkou pro navýšení počtu podílů podle odst. 1 tohoto článku dále je, že všechny splátky běžného pojistného jsou řádně uhrazeny a pojištění nebylo převedeno na pojištění bez placení pojistného dle článku 17 těchto ZPP.

Článek 14

Navýšení počtu podílů na podílovém účtu (rizikové poplatky)

1. Pojistitel po každých deseti (10) letech od sjednání daného pojištění nebo připojištění pojištěného navýší počet podílů na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného o podíly odpovídající částce rovnající se stanovenému procentu z rizikových poplatků za to které pojištění nebo připojištění odečtených z podílového účtu v průběhu uplynulých deseti (10) let za podmínky, že v průběhu těchto deseti (10) let nedošlo k pojistné události v tomto pojištění nebo připojištění.
2. Ke dni sjednaného konce pojištění nebo připojištění hlavního nebo vedlejšího pojištěného pojistitel dále navýší počet podílů na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného o podíly odpovídající částce rovnající se stanovenému procentu z rizikových poplatků za to které pojištění nebo připojištění odečtených z podílového účtu v průběhu uplynulých let od posledního navýšení počtu podílů na podílovém účtu dle odst. 1 tohoto článku za podmínky, že v průběhu tohoto období nedošlo k pojistné události v tomto pojištění nebo připojištění.
3. Příslušné procento je stanoveno dle Sazebníku poplatků platného ke dni navýšení podílů. Počty podílů budou navýšeny k poslednímu dni období dle odst. 1 a 2 tohoto článku.
4. Počet podílů potřebný k navýšení podle odst. 1 a odst. 2 tohoto článku je určen na základě prodejní ceny platné ke dni navýšení počtu podílů. Jsou-li podíly připísané na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazeného běžného pojistného umístěny ve více než v jednom programu investování, navýší se počty podílů jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připísaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného ke dni navýšení.
5. Dojde-li na návrh pojistníka k ukončení a/nebo ke zkrácení pojistné doby toho kterého pojištění nebo připojištění tak, že

do jejího konce zbývá ke dni zkrácení méně než deset (10) let, pojistitel po tomto ukončení/zkrácení již dále podle odst. 1 a odst. 2 tohoto článku počet podílů v souvislosti s tímto pojištěním nebo připojištěním nenavýšuje. Každé navýšení pojistné částky nebo změna parametrů pojistného plnění daného pojištění nebo připojištění se analogicky posuzuje jako sjednání nového pojištění nebo připojištění.

- Podmínkou pro navýšení podílů podle odst. 1 a odst. 2 tohoto článku dále je, že všechny splátky běžného pojistného jsou řádně uhrazeny a pojištění nebylo převedeno na pojištění bez placení pojistného dle článku 17 těchto ZPP.
- Navýšení podílů na podílovém účtu se nevztahuje na žádné rizikové poplatky odečtené z podílového účtu v souvislosti s připojištěním pojištěných dětí.

ZMĚNY POJIŠTĚNÍ GARDE

Článek 15

Neplacení pojistného

- Pokud není řádně uhrazena jakákoli splátka běžného pojistného, je pojistitel oprávněn zaslat pojistníkovi upomínku k uhrazení pojistného nebo jeho části. Pokud upomínka pojistitele doručená pojistníkovi obsahuje upozornění na zánik pojištění Garde v případě neuhrazení dlužného pojistného při nesplnění podmínek pro převod pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného uvedených v odst. 2 tohoto článku a podmínky nejsou splněny, pojištění Garde zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce. Lhůtu podle předchozí věty lze před jejím uplynutím dohodou prodloužit.
- Pokud však po marném uplynutí lhůty stanovené v upomínce podle odst. 1 tohoto článku dosahuje hodnota podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného minimálně částky stanovené pojistitelem v Sazebníku poplatků a pokud bylo již plně uhrazeno běžné pojistné za první tři (3) pojistné roky, pojištění Garde dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce podle odst. 1 tohoto článku nezaniká a je převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článku 17, odst. 2 až 8 těchto ZPP.
- Podíly jsou z podílového účtu odečítány podle článku 12 těchto ZPP i v případě, že běžné pojistné není řádně hrazeno.
- Při zániku pojištění Garde podle odst. 1 tohoto článku vzniká pojistníkovi nárok na výplatu odkupného podle článku 16 těchto ZPP, pokud jsou splněny podmínky tam uvedené.

Článek 16

Zánik pojištění Garde s výplatou odkupného

- Při zániku pojištění Garde dohodou, výpovědí (s výjimkou výpovědi dle článku 16, odst. 4 písm. a) nebo odst. 5 písm. a) VPP) nebo pro neplacení pojistného se pro určení hodnoty odkupného rozlišují podíly připsané na podílovém účtu na základě uhrazení běžného pojistného a na základě uhrazení mimořádného pojistného a na jednotlivé části odkupného vzniká nárok, pouze pokud jsou splněny příslušné podmínky podle odst. 2 a podle odst. 3 tohoto článku. Celková výše odkupného se pak určí jako součet částí odkupného stanovených dle odst. 2 a podle odst. 3 tohoto článku. Pokud je takto stanovená hodnota odkupného záporná, odkupné je rovno nule.
- Za předpokladu, že běžné pojistné za první tři (3) pojistné roky (resp. tři roky od toho kterého navýšení běžného pojistného) bylo řádně uhrazeno, je počínaje čtvrtým pojistným rokem (resp. čtvrtým rokem od toho kterého navýšení běžného pojistného) výše odkupného z podílů připsaných na podílovém účtu na základě uhrazení běžného pojistného rovna hodnotě těchto podílů ke dni rušení podílů snížené o srážku (tzv. stornovací poplatek).

Pojistný rok (resp. rok po navýšení běžného pojistného):	4.	5.	6.	7. a další
Srážka (tzv. stornovací poplatek):	80%	60%	40%	0%

V ostatních případech se odkupné z podílů připsaných na podílovém účtu na základě uhrazení běžného pojistného nevyplácí.

- Výše odkupného z podílů připsaných na podílovém účtu na základě uhrazeného mimořádného pojistného je rovna hodnotě těchto podílů ke dni rušení podílů.
- Pokud je však odkupné vypláceno oprávněné osobě při výluce plnění pro případ smrti hlavního pojištěného^o, je výše odkupného rovna kapitálové hodnotě pojištění ke dni doručení oznámení smrti hlavního pojištěného (je-li toto oznámení doručeno až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se hodnota podílů k poslednímu dni hlavní pojistné doby).

Článek 17

Převod na pojištění bez placení pojistného

- Počínaje čtvrtým pojistným rokem je pojistník oprávněn převést pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného, a to za předpokladu, že běžné pojistné za první tři (3) pojistné roky bylo plně uhrazeno a ke dni převodu dosáhne hodnota podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného minimálně částky stanovené pojistitelem v Sazebníku poplatků. Převod pojištění Garde bude proveden v souladu s předpisy pojistitele platnými ke dni převodu.
- Připojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné pracovní neschopnosti při převodu pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného zaniká a zastaví se odečet související části podílů dle článku 12, odst. 2 těchto ZPP.
- Pojistník je oprávněn zvolit při převodu pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného snížení té které pojistné částky až na nulu. V případě snížení pojistné částky na nulu se zastaví odečet související části podílů dle článku 12, odst. 2 těchto ZPP.
- Pokud pojistník neoznámí pojistiteli záměr snížit podle odst. 3 tohoto článku tu kterou pojistnou částku na nulu, zůstává ta která pojistná částka zachována v původní výši. Rovněž postup pojistitele podle článku 12, odst. 2 těchto ZPP zůstává nedotčen.
- Ke dni převodu pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného je pojistitel oprávněn odečíst z podílového účtu část podílů, jejichž hodnota odpovídá dlužným splátkám běžného pojistného.
- Administrativní poplatek je nadále hrazen odečítáním podílů z podílového účtu.
- Při převodu pojištění Garde na pojištění bez placení pojistného končí garance dle článku 7 těchto ZPP se všemi důsledky zde uvedenými, včetně redukce pojistné doby.
- Ke dni, kdy hodnota podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného dosáhne nuly nebo záporné hodnoty, pojištění Garde zaniká, případně však s výplatou odkupného podle článku 16, odst. 3 těchto ZPP.

Článek 18

Převod podílů mezi programy investování

- Pojistník je oprávněn převádět podíly připsané na podílovém účtu mezi jednotlivými programy investování. Na žádost pojistníka pojistitel zruší podíly zvolených programů investování připsané na podílovém účtu (nebo jejich část) a nahradí je podíly jiných zvolených programů investování tak, aby hodnota nově vytvořených podílů odpovídala hodnotě zrušených podílů.
- Za první převod podílů v každém pojistném roce nebude pojistitel odečítat žádné podíly. Za každý další převod podílů v témž pojistném roce je pojistitel oprávněn odečíst paušálně podíly

v hodnotě odpovídající pojistitelem stanovené částce na úhradu administrativních nákladů spojených s převodem (tzv. poplatků za převod podílů).

3. Převody podílů budou provedeny za použití prodejní ceny podílů jednotlivých programů investování platné ke dni účinnosti převodu.
4. Pojistitel je oprávněn v Sazebníku poplatků platném ke dni provedení změny stanovit minimální a/nebo maximální hodnotu převáděných podílů, maximální počet převodů podílů, časové omezení pro uskutečnění prvního převodu a nejnižší možnou hodnotu podílů, kterou lze ponechat v jednotlivých programech investování po převodu.
5. Převod podílů mezi programy investování nabývá účinnosti ke dni doručení oznámení změny pojistiteli, není-li v souladu s předpisy pojistitele stanoven pojistníkem jiný den následující po doručení tohoto oznámení.

Článek 19

Změna alokace pojistného

1. Pojistník je oprávněn změnit program investování, do kterého se alokuje běžné pojistné, či změnit poměr, ve kterém se běžné pojistné alokuje do jednotlivých programů investování. Tato změna je možná, pouze pokud jsou řádně uhrazeny všechny splátky běžného pojistného.
2. Za první změnu alokace v každém pojistném roce nebude pojistitel odečítat žádné podíly. Za každou další změnu alokace v témž pojistném roce je pojistitel oprávněn odečíst z podílového účtu paušálně podíly v hodnotě odpovídající pojistitelem stanovené částce na úhradu administrativních nákladů spojených s touto změnou (tzv. poplatků za změnu alokace).
3. Pojistitel je oprávněn v Sazebníku poplatků platném ke dni provedení změny stanovit minimální a maximální část pojistného, kterou lze alokovat do jednotlivých programů investování, případně maximální počet změn alokace pojistného nebo provedení první změny alokace pojistného u jednotlivých programů investování.
4. Změna alokace nabývá účinnosti ke dni doručení oznámení změny pojistiteli.

Článek 20

Asistovaná správa podílového účtu

1. Pojistník je oprávněn zvolit si tzv. asistovanou správu podílového účtu (dále jen „asistovaná správa“), která představuje pojistitelem prováděné změny alokačního poměru a zároveň převody podílů mezi programy investování vytvořených na základě toho pojistného, pro které byla asistovaná správa zvolena. Tyto změny probíhají automaticky v pravidelných intervalech (dále „období“), a to počínaje tzv. zahajovacím dnem podle odst. 4 tohoto článku a nevyžadují výslovný pokyn pojistníka.
2. Asistovaná správa nabývá účinnosti ke dni počátku pojištění Garde nebo ke dni sjednání příslušného mimořádného pojistného, resp. ke dni následujícímu po doručení oznámení o volbě asistované správy do sídla pojistitele, byla-li zvolena později (dále jen „den počátku asistované správy“).
3. Pro účely asistované správy jsou jednotlivé programy investování rozděleny do tří Skupin, které se odlišují rizikovým profilem podkladových aktiv:

Skupina I:

Do této skupiny jsou zařazeny programy investování, jejichž podkladová aktiva jsou představována zejména investičními nástroji s nízkou mírou rizika (např. bankovní vklady a ostatní nástroje peněžního trhu), a to přímo či formou cenných papírů kolektivního investování.

Skupina II:

Do této skupiny jsou zařazeny programy investování, jejichž podkladová aktiva jsou představována zejména investičními nástroji se střední mírou rizika (např. dluhopisy a ostatní cenné papíry s pevným výnosem nebo cenné papíry s obdobným rizi-

kovým profilem), a to přímo či formou cenných papírů kolektivního investování.

Skupina III:

Do této skupiny jsou zařazeny programy investování, jejichž podkladová aktiva jsou představována zejména investičními nástroji s vysokou mírou rizika (např. akcie, komodity, indexové certifikáty a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem), a to přímo či formou cenných papírů kolektivního investování.

4. Asistovanou správu lze zvolit v jedné ze tří variant – MetLife – Konzervativní, MetLife – Vyvážená a MetLife – Dynamická. Zahajovacím dnem je pro jednotlivé varianty níže uvedené výročí před koncem původně sjednané pojistné doby, resp. den počátku asistované správy, nastal-li později.

Varianta asistované správy	Vyročí před koncem původně sjednané pojistné doby
MetLife – Konzervativní	4.
MetLife – Vyvážená	7.
MetLife – Dynamická	10.

5. Ke dni počátku asistované správy je nastaven alokační poměr tak, aby odpovídal zastoupení jednotlivých Skupin platnému pro zahajovací den, a proveden převod podílů mezi programy investování tak, aby hodnota příslušných podílů po převodu odpovídala tomuto alokačnímu poměru.
6. Počínaje zahajovacím dnem je na počátku každého období stanoveného v Sazebníku asistované správy, minimálně však jednou za tři (3) měsíce, nastaven alokační poměr tak, aby odpovídal zastoupení jednotlivých Skupin platnému pro dané období a proveden převod podílů mezi programy investování tak, aby hodnota příslušných podílů po převodu odpovídala tomuto alokačnímu poměru.
7. Aktuální zastoupení jednotlivých Skupin platné pro jednotlivá období a aktuální zastoupení konkrétních programů investování v jednotlivých Skupinách zveřejňuje pojistitel v Sazebníku asistované správy, který je dostupný na internetových stránkách či v sídle pojistitele.
8. Převede-li pojistník podíly připsané na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazení příslušného pojistného a/nebo změnil-li alokační poměr, ruší tím zároveň i asistovanou správu příslušného pojistného.
9. Pojistník je oprávněn kdykoli zrušit asistovanou správu pro to které pojistné. Zrušení nabývá účinnosti dnem následujícím po doručení oznámení do sídla pojistitele, není-li dohodnuto jinak. Alokační poměr zůstává nastaven na hodnotu platnou ke dni zrušení asistované správy.
10. Pojistitel je povinen minimálně jednou za dvanáct (12) měsíců přehodnotit a případně upravit zastoupení konkrétních programů investování v jednotlivých Skupinách i zastoupení Skupin platné pro jednotlivá období.
11. Pojistitel je oprávněn odečíst z podílového účtu paušálně podíly v hodnotě odpovídající pojistitelem stanovené částce na úhradu administrativních nákladů spojených s jednotlivými změnami (tzv. poplatků za změnu alokace v rámci asistované správy a tzv. poplatků za převod podílů v rámci asistované správy).

Článek 21

Právo na odložení zrušení a/nebo převodu podílů

1. Pojistitel je oprávněn v odůvodněných případech odložit zrušení a/nebo převod podílů mezi jednotlivými programy investování podle článků 15, 16, 17, 18 a 20 těchto ZPP. Pojistitel je povinen písemně informovat pojistníka o tomto odkladu.
2. Zrušení a/nebo převod podílů mezi jednotlivými programy investování mohou být odloženy až o jeden (1) měsíc. V případě, kdy jsou rušeny a/nebo převáděny podíly programu investování, který je vztažen k aktivům představovaným nemo-

vitostmi a/nebo hmotným movitým majetkem, mohou být zrušení a/nebo převod podílů odloženy až o šest (6) měsíců.

3. Případný rozdíl v hodnotě rušených podílů způsobený odložením zrušení a/nebo převodu podílů nese pojistník.

PŘIPOJIŠTĚNÍ

Článek 22

Společná ustanovení

1. Ustanovení tohoto článku se vztahují na všechna připojištění sjednaná v rámci pojištění Garde, není-li v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. Pro hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného lze sjednat následující připojištění:
 - a) připojištění pro případ smrti úrazem (dále také jen „připojištění STÚ“ nebo „připojištění smrti úrazem“),
 - b) připojištění pro případ náhlé smrti (dále také jen „připojištění NAS“ nebo „připojištění náhlé smrti“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí smrti následkem úrazu, následkem akutního infarktu myokardu a/nebo následkem cévní mozkové příhody,
 - c) připojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění TNÚ“ nebo „připojištění trvalých následků úrazu“),
 - d) připojištění denních dávek pro případ doby nezbytné léčby tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění DDNL“ nebo „připojištění doby nezbytné léčby úrazu“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí tělesného poškození následkem úrazu,
 - e) připojištění pro případ chirurgického zákroku (dále také jen „připojištění CHZ“ nebo „připojištění chirurgického zákroku“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí tělesného poškození a/nebo nemoci vyžadujícího chirurgický zákrok,
 - f) připojištění pro případ invalidity 1., 2. nebo 3. úrovně (dále také jen „připojištění PTI1+“ nebo „připojištění invalidity 1+2+3“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí invalidity, která je definována v článku 28 odst. 3 těchto ZPP,
 - g) připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. úrovně (dále také jen „připojištění PTI2+“ nebo „připojištění invalidity 2+3“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí invalidity, která je definována v článku 29 odst. 3 těchto ZPP,
 - h) připojištění pro případ invalidity 3. úrovně (dále také jen „připojištění PTI3“ nebo „připojištění invalidity 3“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí invalidity, která je definována v článku 30 odst. 3 těchto ZPP,
 - i) připojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné pracovní neschopnosti (dále také jen „připojištění ZPPN“ nebo „připojištění zproštění od placení pojistného“),
 - j) připojištění pro případ závažných onemocnění (dále také jen „připojištění PPZO“ nebo „připojištění závažných onemocnění“),
 - k) připojištění pro případ závažného onemocnění karcinomu in situ (dále také jen „připojištění PPZOK“ nebo „připojištění karcinomu in situ“),
 - l) připojištění denních dávek pro případ plné pracovní neschopnosti (dále také jen „připojištění DDPN“ nebo „připojištění pracovní neschopnosti“),
 - m) připojištění denních dávek pro případ pobytu v nemocnici (dále také jen „připojištění DDH“ nebo „připojištění hospitalizace“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí hospitalizace.
3. Pro pojištěné dítě lze sjednat následující připojištění:
 - a) připojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění TNÚ“ nebo „připojištění trvalých následků úrazu“),
 - b) připojištění pro případ doby nezbytné léčby tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění DDNL“ nebo „připojištění doby nezbytné léčby úrazu“), které je sjed-

náno pro případ pojistného nebezpečí tělesného poškození následkem úrazu,

- c) připojištění pro případ chirurgického zákroku (dále také jen „připojištění CHZ“ nebo „připojištění chirurgického zákroku, které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí tělesného poškození a/nebo nemoci vyžadujícího chirurgický zákrok,
 - d) připojištění pro případ závažných onemocnění (dále také jen „připojištění PPZO“ nebo „připojištění závažných onemocnění“),
 - e) připojištění denních dávek pro případ pobytu v nemocnici (dále také jen „připojištění DDH“ nebo „připojištění hospitalizace“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí hospitalizace.
4. Připojištění hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného se sjednává na dobu určitou, jejíž konec je shodný s koncem hlavní pojistné doby, nejpozději však do dne bezprostředně předcházejícímu prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy ten, který pojištěný dosáhne věku sedmdesáti pěti (75) let, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
 5. Připojištění závažných onemocnění, pracovní neschopnosti a zproštění od placení pojistného sjednané pro hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného zaniká nejpozději ke dni bezprostředně předcházejícímu prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy ten, který pojištěný dosáhne věku šedesáti pěti (65) let, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak. Připojištění karcinomu in situ a chirurgického zákroku zaniká nejpozději ke dni bezprostředně předcházejícímu prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy pojištěný dosáhne věku šedesáti (60) let, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
 6. Připojištění invalidity 1+2+3, invalidity 2+3, invalidity 3 a doby nezbytné léčby úrazu se každé sjednává na dobu jednoho (1) roku. Uplynutím doby, na kterou bylo toto připojištění sjednáno, připojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně šest (6) týdnů před uplynutím pojistné doby nedoručí druhé straně oznámení, že na dalším trvání připojištění nemá zájem. Pokud připojištění nezanikne, prodlužuje se automaticky za stejných podmínek o jeden (1) rok, nejdéle však do dne stanoveného v první větě odst. 5 tohoto článku nebo do konce hlavní pojistné doby sjednané ke dni počátku připojištění, nastane-li dříve.
 7. Připojištění toho kterého pojištěného dítěte se sjednává na dobu určitou. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednána doba kratší, sjednávají se připojištění toho kterého pojištěného dítěte do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy to které pojištěné dítě dosáhne věku dvaceti pěti (25) let, nejdéle však do konce hlavní pojistné doby.
 8. Připojištění zaniká také výpovědí pojistníka nebo pojistitele, a to uplynutím pojistného období, přičemž tato výpověď musí být doručena alespoň šest (6) týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
 9. Pojistitel nebo pojistník může připojištění vypovědět také do tří (3) měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události z tohoto připojištění. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta jednoho (1) měsíce, jejímž uplynutím připojištění zaniká.
 10. Připojištění zanikají při zániku pojištění hlavního pojištěného z jakéhokoliv důvodu, nebo pokud je pojistná částka pro to které připojištění pojištěného snížena na nulu.
 11. Připojištění pracovní neschopnosti zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu¹⁰ starobní důchod, nebo dnem, kdy byl uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu¹¹. Toto ustanovení se vztahuje též na připojištění hospitalizace, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
 12. Připojištění zproštění od placení pojistného zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí

- příslušného orgánu¹² starobní důchod. Toto ustanovení se vztahuje též na připojištění PTI1+, PTI2+ a PTI3.
13. Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojistiteli nejpozději do patnácti (15) dnů ode dne právní moci rozhodnutí příslušného orgánu písemně oznámit vznik skutečnosti podle odst. 11 a odst. 12 tohoto článku.
 14. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z připojištění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s událostmi, aktivitami či skutečnostmi uvedenými mezi výlukami pro připojištění ve VPP¹³. Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění z připojištění, pokud byl nebo je pojištěný nakažen virem HIV nebo jeho variantami, a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS. Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění z připojištění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s náhlým ploténkovým páteřním syndromem bez objektivního postižení míchy a/nebo míšních kořenů nebo s jakoukoli funkční bolestí a/nebo dorzopatií bez objektivního neurologického nálezu.
 15. Výluka pro připojištění uvedená v článku 12, odst. 1, písm. l) VPP se dále rozšiřuje o události vzniklé v přímé nebo nepřímé souvislosti s invazí, působení cizích mocností, teroristických a jiných nepřátelských akcí, občanské války, revoluce, vzpoury, vzpoury, vojenské síly nebo výjimečného stavu, stavu obležení nebo jakékoli jiné události či příčiny, které vedou k vyhlášení a udržování tohoto stavu, zatýkání, karantény, celních opatření, znárodnění na žádost jakékoli veřejné nebo místní zákonné moci, nebo s jakoukoli zbraní nebo přístrojem pracujícím na základě nebo využívajícím jaderné štěpení nebo radioaktivní energii, a to kdykoliv v době míru i války, nebo s případy, které jsou výsledkem chemického nebo biologického záření, nebo otravy způsobem inhalací jedovatých plynů.
 16. Výluka pro připojištění uvedená v článku 12, odst. 1, písm. b) VPP se neuplatní v připojištění PTI1+, PTI2+ a PTI3, pokud pojistná událost nastala v souvislosti s poklesem pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70%. Současně je podmínkou pro neuplatnění této výluky skutečnost, že pojistná událost nenastala v přímé či nepřímé souvislosti s duševní poruchou pojištěného, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány před počátkem připojištění.
 17. Výluka pro připojištění uvedená v článku 12, odst. 1, písm. j) VPP se vztahuje v plném rozsahu pouze na pojištěného, který je profesionálním sportovcem podle odst. 18 tohoto článku. Na pojištěného, který není profesionálním sportovcem, se výluka vztahuje pouze v případě pojistné události nastalé v přímé nebo nepřímé souvislosti s aktivní účastí pojištěného na motoristických závodech (např. automobilové a/nebo motocyklové závody, závody vodních skútrů, člunů apod.), na jezdeckých závodech nebo závodech v jízdě na bobech, saních nebo skeletonu. Tato výluka se vztahuje také na pojištěného, který není aktivním účastníkem závodů, ale nachází se v prostorech, které nejsou organizátorem vyhrazeny pro diváky závodu.
 18. Profesionálním sportovcem se pro účely tohoto pojištění rozumí pojištěný, který v přímé či nepřímé souvislosti s provozováním sportovní činnosti pobírá příjem ze závislé činnosti (pracovního poměru) nebo jiný příjem (např. z nezávislé činnosti – OSVČ).
 19. Výluka pro připojištění uvedená v článku 12, odst. 1, písm. k) VPP se neuplatní, pokud pojistná událost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti s horolezectvím a současně byly splněny všechny dále uvedené podmínky:
 - a) k úrazu a/nebo nemoci vedoucí k pojistné události došlo na území států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska a současně v nadmořské výšce do 5 000 metrů,
 - b) pojištěný používal odpovídající vybavení,
 - c) pojištěný není profesionálním sportovcem - horolezcem,
 - d) k úrazu a/nebo nemoci vedoucí k pojistné události nedošlo při expedici, při lezení ledů, při tzv. free climbingu, při tzv. solo climbingu, při soutěži a/nebo při horolezectví klasifikovaném stupněm V nebo vyšším dle UIAA klasifikace.
 20. Výluka pro připojištění uvedená v článku 12, odst. 1, písm. k) VPP se neuplatní, pokud pojistná událost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti s potápěním a současně byly splněny všechny dále uvedené podmínky:
 - a) pojištěný je členem obecně uznávané (registrované) asociace potápěčů, zároveň však není profesionálním sportovcem – potápěčem,
 - b) k úrazu a/nebo nemoci vedoucí k pojistné události nedošlo při potápění do hloubky větší než 40 metrů, při tzv. solo potápění, při vrakovém potápění, při jeskynním potápění, při ponorech pod led, při potápění v proudu řeky, při potápění s použitím trimixu, při potápění s tzv. rebreatherem, při soutěži a/nebo při pokusu o rekord.
 21. Nárok na pojistné plnění z připojištění nevzniká, pokud k pojistné události nebo k příčinám pojistné události došlo při pobytu mimo státy Evropského hospodářského prostoru a dále mimo Švýcarsko, USA, Kanadu, Austrálii nebo Nový Zéland delším než tři (3) měsíce. To neplatí, pokud pojistitel s pojištěným během takového pobytu vyslovil předem souhlas.
 22. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění v případě nedodržení léčebného režimu. Tím se rozumí zejména nerespektování pokynů lékaře při léčbě, zbytečný odklad vyhledání lékařského ošetření nebo jiné jednání pojištěného, které brání jeho uzdravení. Pojištěný je povinen vyvinout přiměřenou součinnost při kontrole dodržování léčebného režimu.
 23. Pojistné za každé připojištění je hrazeno měsíčně odečítáním podílů z podílového účtu podle článku 12, odst. 2 těchto ZPP. Jeho výše se určuje podle Sazebníku poplatků, který je dostupný na internetových stránkách či v sídle pojistitele, za použití v místě a čase obvyklé sazby. Hodnota odečtených podílů je rovna takto určené výši pojistného.

Článek 23

Pojistné plnění z připojištění smrti úrazem

1. Dojde-li k pojistné události, kterou je smrt pojištěného následkem úrazu¹⁴, která nastane během trvání připojištění STÚ, a jsou-li splněny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění, vzniká navíc k nároku na pojistné plnění pro případ smrti podle článku 4 resp. 5 těchto ZPP nárok na pojistné plnění z připojištění smrti úrazem, a to ve výši pojistné částky sjednané pro připojištění STÚ ke dni jeho smrti.

Článek 24

Pojistné plnění z připojištění náhlé smrti

1. Za pojistnou událost se v připojištění NAS považuje ta z níže uvedených událostí, která nastane během trvání připojištění NAS nejdříve:
 - a) smrt následkem úrazu¹⁵, nebo
 - b) smrt, jejíž přímou příčinou je akutní infarkt myokardu (diagnózy označené kódem začínajícím I21 dle MKN¹⁶), nebo
 - c) smrt, jejíž přímou příčinou je cévní mozková příhoda (diagnózy označené kódem I64 dle MKN¹⁷),
 a to pokud nastala v období prvních dvaceti osmi (28) dní ode dne stanovení diagnózy (tj. dne, kdy diagnóza byla poprvé zapsána do lékařské dokumentace vedené příslušným zdravotnickým zařízením či ošetřujícím lékařem, který má odbornou specializaci k náležitému posouzení daného onemocnění) nebo do dvanácti (12) měsíců ode dne úrazu, přičemž diagnóza musí být stanovena (resp. úraz musí nastat) během trvání připojištění NAS. Lhůta dvaceti osmi (28) dní se nevztahuje na případy, kdy byla diagnóza stanovena až po smrti.
2. Příčina smrti musí být doložena potvrzením o údajích vedených ve sbírce listin z matriky, která vystavila úmrtní list, nebo listem o prohlídce mrtvého.
3. Dojde-li k pojistné události definované v odst. 1 tohoto článku a jsou-li splněny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění, vzniká navíc k nároku na pojistné plnění pro případ smrti podle článku 4 resp. 5 těchto ZPP nárok

na pojistné plnění z připojištění náhlé smrti, a to ve výši pojistné částky sjednané pro připojištění NAS ke dni jeho smrti.

Článek 25

Pojistné plnění z připojištění trvalých následků úrazu

1. Pojistnou událostí v připojištění TNÚ je úraz, ke kterému došlo během trvání tohoto připojištění, a který pojištěnému způsobil trvalé tělesné poškození uvedené v tabulce č. 1 v příloze těchto ZPP, které vznikne a/nebo se projeví v období prvních dvanácti (12) měsíců ode dne úrazu. Dojde-li k pojistné události a jsou-li splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění odvozené od pojistné částky sjednané pro toto připojištění.
2. Pojistné plnění je rovné procentu z pojistné částky sjednané pro připojištění TNÚ ke dni pojistné události pro pojištěného stanovenému podle tabulky č. 1 v příloze těchto ZPP v závislosti na povaze a rozsahu trvalého tělesného poškození stanovených pojistitelem, a to podle stavu trvalého tělesného poškození na konci dvanáctého (12.) měsíce ode dne úrazu (nevyplyvá-li z povahy trvalého tělesného poškození možnost dřívějšího vzniku nároku na pojistné plnění) nebo v době oznámení pojistné události, byla-li pojistná událost oznámena až po uplynutí této lhůty, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
3. Pokud je však v pojistné smlouvě sjednána progresivní forma pojistného plnění pro připojištění TNÚ, je pojistné plnění rovné procentu z pojistné částky sjednané pro připojištění TNÚ ke dni pojistné události stanovenému podle tabulky č. 1 v příloze těchto ZPP v závislosti na povaze a rozsahu trvalého tělesného poškození stanovených pojistitelem, a to podle stavu trvalého tělesného poškození na konci dvanáctého (12.) měsíce ode dne úrazu (nevyplyvá-li z povahy trvalého tělesného poškození možnost dřívějšího vzniku nároku na pojistné plnění) nebo v době oznámení pojistné události, byla-li pojistná událost oznámena až po uplynutí této lhůty, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, vynásobenému koeficientem progresu, který je stanoven podle následující tabulky:

Ohodnocení trvalého tělesného poškození	Koeficient progresu
od 0 % do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 100 % včetně	5

4. V případě, že na konci dvanáctého (12.) měsíce ode dne úrazu nelze jednoznačně stanovit povahu a rozsah trvalého tělesného poškození pojištěného, pojistitel je stanoví nejpozději do tří (3) let ode dne úrazu. Jestliže nelze povahu a rozsah trvalého tělesného poškození pojištěného jednoznačně stanovit ani v průběhu této lhůty, je povaha a rozsah trvalého tělesného poškození stanovena podle stavu na jejím konci.
5. Za pojistnou událost uzná pojistitel také úraz, který pojištěnému způsobil trvalé tělesné poškození, které není výslovně uvedeno v tabulce č. 1 v příloze těchto ZPP, pokud je srovnatelné s některým poškozením v této tabulce uvedeným. V takovém případě stanoví procentní ohodnocení trvalého tělesného poškození lékař pojišťovny s přihlédnutím k procentnímu ohodnocení trvalého tělesného poškození uvedenému v tabulce č. 1 v příloze těchto ZPP, které je svou povahou danému trvalému tělesnému poškození nejbližší. Nárok na pojistné plnění však vzniká pouze v případě, že procentní ohodnocení daného trvalého tělesného poškození stanoveného dle předchozí věty činí alespoň 0,5 % a současně jsou splněny též všechny ostatní podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro přiznání nároku na pojistné plnění z připojištění TNÚ. Na uznání nároku se vztahují ostatní ustanovení pro toto připojištění včetně výluk.

6. Zanechá-li jednotlivý úraz více trvalých tělesných poškození, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění nejvýše za 100 % ohodnocení. Pokud je v pojistné smlouvě sjednána progresivní forma pojistného plnění pro připojištění TNÚ, jsou koeficienty progresu stanoveny samostatně pro každé jedno trvalé tělesné poškození (položku v tabulce) v pořadí od trvalého tělesného poškození s nejvyšším ohodnocením.
7. V pojistné smlouvě může být sjednána minimální výše celkového procentního ohodnocení trvalých tělesných poškození vzniklých následkem jednoho úrazu (min. ohodnocení). Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, činí min. ohodnocení 0,5 %. Pokud je celkové procentní ohodnocení trvalých tělesných poškození vzniklých následkem jednoho úrazu nižší než sjednané min. ohodnocení, nárok na pojistné plnění nevzniká.
8. Týkají-li se jednotlivá trvalá tělesná poškození po jednom nebo více úrazech:
 - a) téže části těla (orgánu, končetiny nebo její části), jsou hodnocena jako celek, a to nejvýše ohodnocením uvedeným v tabulce č. 1 v příloze těchto ZPP pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušné části těla (orgánu, končetiny nebo její části),
 - b) části těla (orgánu, končetiny nebo její části), která byla poškozena již před úrazem, pojistitel pojistné plnění přiměřeně sníží dle rozsahu předcházejících tělesných poškození.
9. Pojistná událost nenastává v případě:
 - a) jakéhokoli tělesného poškození způsobeného onemocněním včetně systémových infekčních onemocnění, a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu,
 - b) jakéhokoli tělesného poškození vzniklého následkem chybně provedeného lékařského zákroku.

Článek 26

Připojištění doby nezbytné léčby úrazu (DDNL)

1. Za pojistnou událost se v připojištění DDNL považuje úraz, ke kterému došlo v době trvání tohoto připojištění, a který pojištěnému způsobil tělesné poškození vyžadující léčbu pod dohledem lékaře. Toto tělesné poškození musí vzniknout nebo se projevit v období prvních dvanácti (12) měsíců ode dne úrazu a současně v době trvání připojištění.
2. Z připojištění DDNL vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události a jsou splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění.
3. Pojistné plnění se stanoví jako násobek částky sjednané v konkrétní pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů doby nezbytné léčby tělesného poškození.
4. Doba nezbytné léčby je stanovena v návaznosti na vznik, průběh a následky úrazu, přičemž tato doba musí být podložena dostatečnou zdravotní dokumentací a/nebo zdravotními záznamy pojištěného a potvrzením ošetřujícího lékaře o době nezbytné léčby, případně také potvrzením lékaře pojistitele. Pokud je takto stanovená doba nezbytné léčby delší než maximální doba nezbytné léčby uvedena pro dané tělesné poškození v aktuální tabulce tělesných poškození a maximální doby nezbytné léčby (dále také jen „oceňovací tabulka“)¹⁸, použije se pro stanovení pojistného plnění maximální počet dní uvedený v této oceňovací tabulce pro dané tělesné poškození. Není-li tělesné poškození uvedeno v oceňovací tabulce, stanoví maximální dobu nezbytné léčby lékař pojistitele s přihlédnutím k maximálnímu počtu dní léčby tělesného poškození uvedenému v oceňovací tabulce, které je svou povahou danému tělesnému poškození nejbližší.
5. Za dobu nezbytné léčby se nepovažuje doba léčení, v jejímž průběhu se pojištěný podroboval pouze občasným zdravotním kontrolám a/nebo rehabilitaci, která byla zaměřena na zmírnění subjektivních těžkostí pojištěného následkem úrazu, doba léčení související s kosmetickými, plastickými a/nebo dalšími

zdravotními úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné a léčba nebo doléčení v rehabilitačních centrech a ústavech, lázních a podobných zařízeních následné péče.

6. Pokud je v pojistné smlouvě sjednána progresivní forma pojistného plnění pro připojištění DDNL, je celé pojistné plnění stanovené podle odst. 3 dále vynásobeno koeficientem progresu, který je stanoven podle následující tabulky:

Počet dní doby nezbytné léčby tělesného poškození pro účely pojistného plnění	Koeficient progresu
do 120 dní včetně	1
nad 120 dní do 240 dní včetně	2
nad 240 dnů	3

7. Nárok na pojistné plnění vzniká od prvního (1.) dne doby nezbytné léčby, pokud doba nezbytné léčby tělesného poškození přesáhla minimálně osm (8) po sobě následujících dnů. Pokud byla doba nezbytné léčby kratší, nárok na pojistné plnění nevzniká.
8. Pojistitel vyplatí celkem z jedné pojistné události z připojištění DDNL pojistné plnění za maximálně 365 dnů doby nezbytné léčby. Uplynutím této doby připojištění DDNL zaniká.
9. Zanechá-li jeden úraz více tělesných poškození, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění jen za tělesné poškození s nejdelší dobou léčby. V případě opakovaného léčení následků stejného úrazu se doby nezbytné léčby sečtou a jsou považovány za jednu pojistnou událost.
10. Utrpí-li pojištěný během trvání tohoto připojištění opakovaně tělesné poškození stejné části těla (orgánu, kloubu, svalu a/nebo kosti) následkem úrazu, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění odpovídající jedné polovině ohodnocení za toto tělesné poškození. Nárok na pojistné plnění za tělesné poškození na stejné části těla následkem úrazu vzniká maximálně tři (3) krát v průběhu každých dvanácti (12) po sobě následujících měsíců.
11. Utrpí-li pojištěný několik následných, vzájemně nesouvisejících úrazů, jejichž doby léčení se překrývají, plní pojistitel vždy pouze jednu denní dávku denně.
12. Pojistník a/nebo pojištěný je povinen oznámit pojistiteli vznik pojistné události vždy nejpozději jeden (1) měsíc po ukončení doby nezbytné léčby úrazu. Současně je pojistník a/nebo pojištěný povinen doložit potřebné doklady potvrzené lékařem, které si pojistitel vyžádá, a v případě, že podmínkou pro sjednání příslušné výše denní dávky bylo prokázání příjmu pojištěného prokázat také výši příjmu. Pokud je některá povinnost podle tohoto odstavce porušena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, jestliže pojištěný nenahlásí pojistnou událost do jednoho (1) měsíce od ukončení léčby.
13. Pojistné plnění je splatné do patnácti (15) dnů ode dne, kdy pojistitel ukončil šetření výše pojistného plnění, nejpozději však do jednoho (1) měsíce ode dne, kdy byly pojistiteli doručeny všechny požadované doklady, zejména zdravotní dokumentace včetně lékařské zprávy z prvotního ošetření úrazu a všech lékařských zpráv dokumentujících průběh léčby.
14. Pokud doba trvání nezbytné léčby pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku poplatků a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z připojištění DDNL přesáhne částku uvedenou v Sazebníku poplatků, poskytne pojistitel na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku poplatků.
15. Zánikem připojištění DDNL zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícímu dni zániku připojištění DDNL.
16. Pojistitel má právo měnit oceňovací tabulku, zejména v návaznosti na vývoj lékařské vědy a/nebo lékařské praxe, případně

v návaznosti na jiný lékařský nebo medicínský důvod. Za aktuální oceňovací tabulku se považuje tabulka pojistitele platná ke dni nahlášení pojistné události.

17. V případě, že podmínkou pro sjednání příslušné výše denní dávky je prokázání příjmu pojištěného, je pojištěný a/nebo pojistník vždy povinen nahlásit pojistiteli každé snížení příjmů pojištěného oproti příjmům prokázáním při sjednání tohoto připojištění o více než 20 % do patnácti (15) dnů od nastalé nebo zjištěné skutečnosti a na výzvu pojistitele tuto skutečnost obratem prokázat. Pokud tato povinnost nebyla splněna, má pojistitel právo pojistné plnění přiměřeně snížit dle skutečných poměrů.
18. Pro účely připojištění DDNL podle těchto ZPP se:
- zhmožděním rozumí závažné tupé nepronikající poranění způsobené mechanickou silou, v jejímž důsledku vzniká současně významný krevní výron, bolest, otok a přechodná porucha funkce zasažené části těla a/nebo orgánu prokázané zobrazujícími metodami, přičemž u prstů a kloubů byla lékařem doporučena a provedena fixace,
 - dislokací rozumí posun kostních úlomků, který vyžaduje repozici provedenou lékařem a/nebo osteosyntézou,
 - vykloubením rozumí takové vykloubení (luxace), které vyžadovalo a bylo léčeno minimálně repozicí provedenou odborným lékařem,
 - distorzí rozumí takové podvrtnutí, které vyžadovalo a bylo léčeno odborným lékařem minimálně přiložením ortézy,
 - neúplným a/nebo úplným přerušením rozumí porušení kontinuity tkáně prokázané odborným vyšetřením (např. USG/MRI/RTG/ASK),
 - ránou rozumí řezné, sečné, tržné, bodné, střelné rány a rány vzniklé kousnutím zasahujícím do podkoží, ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazující šití rány,
 - chirurgickým zákrokem rozumí operace / chirurgický výkon, který je proveden lékařem v lokální nebo v celkové anestezii, přičemž se jedná o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin, způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pojištěného, nebo výkon který vede k odstranění okolností, hrožících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností.
19. Pojistná událost nenastává v případě:
- jakéhokoli tělesného poškození způsobeného onemocněním včetně systémových infekčních a bakteriálních onemocnění (s výjimkou pyogenických infekcí vyplývajících z řezné rány nebo poranění během úrazu), a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu,
 - jakékoli povrchového poranění kůže a jakékoli rány, které nebyly ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazující šití rány,
 - jakékoli natažení svalů, šlach a/nebo kloubních vazů (distenze), pokud není uvedené v oceňovací tabulce,
 - jakýchkoli zlomenin, pokud pojištěný trpí vrozenou lomitostí kostí, osteoporózou, nádorem a/nebo cystou pojivové tkáně v místě úrazu, a/nebo únavových zlomenin,
 - jakéhokoli tělesného poškození vzniklého následkem lékařského nebo chirurgického ošetření, s výjimkou takových, která mohou být nutná jedině proto, že jsou vyvolána úrazem krytým tímto připojištěním a provedena v době jeho platnosti,
 - jakékoli tělesné poškození části těla (orgánu, kosti a/nebo kloubu), která byla poškozena následkem úrazu a/nebo nemoci již před úrazem,
 - jakéhokoli tělesného poškození vzniklého opakovaným působením plynů, pár, záření a chemických jedů,
 - jakéhokoli tělesného poškození, které vzniklo v průběhu výkonu služby pojištěného v ozbrojených silách kterékoli země nebo mezinárodního úřadu v době míru i války.

Článek 27

Pojistné plnění z připojištění chirurgického zákroku

- Pojistnou událostí v připojištění chirurgického zákroku je provedení chirurgického zákroku u pojištěného z důvodu úrazu nebo nemoci pojištěného, to však za předpokladu, že připojištění CHZ trvalo nepřetržitě ode dne tohoto úrazu nebo vzniku této nemoci do dne pojistné události.
- Chirurgickým zákrokem se pro účely tohoto připojištění rozumí chirurgický výkon provedený lékařem na pojištěném. Jedná se o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin, způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pojištěného, nebo výkon který vede k odstranění okolností, hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností.
- Z připojištění CHZ vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události a jsou splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění.
- V případě pojistné události pojistitel vyplatí pojistné plnění, jehož výše je vypočtena procentem odpovídajícím povaze a rozsahu tohoto zákroku podle tabulky č. 3 v příloze těchto ZPP z pojistné částky uvedené v konkrétní pojistné smlouvě, maximálně však do výše celkové pojistné částky sjednané pro toto připojištění.
- Pokud je během jedné operace provedeno více chirurgických zákroků, bude vyplaceno pojistné plnění odpovídající jen zákroku ohodnocenému nejvyšším procentem.
- V případě, že pojištěný podstoupil chirurgický zákrok krytý tímto připojištěním, který není výslovně uveden v tabulce č. 3 v příloze těchto ZPP, pojistitel určí výši plnění podle srovnání se zákrokem v této tabulce uvedeným, který je, co do stupně obtížnosti, nejbližší danému zákroku. Stupeň obtížnosti určí lékař pojistitele.
- Pro připojištění CHZ se sjednává čekací doba¹⁹ v délce šedesátí (60) dnů od počátku připojištění CHZ.
- Oznámení pojistné události musí být pojistiteli doručeno v písemné formě co nejdříve, jak je to možné, nejpozději však do jednoho (1) měsíce od události, která může zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto připojištění. Všechna další potvrzení, informace a důkazní materiál budou dodány pojistiteli v jím požadované formě a podobě. Pokud to pojistitel vyžádá, pojištěný je povinen se podrobit zdravotní prohlídce v souvislosti s uváděným tělesným poraněním nebo nemocí na náklady pojistitele.
- Pojistiteli musí být za účelem posouzení nároku na pojistné plnění vždy dodána lékařská zpráva udávající přesnou diagnózu, zpráva o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o provedeném chirurgickém zákroku a o předchozím zdravotním stavu pojištěného.
- Připojištění chirurgického zákroku se nevztahuje na chirurgický zákrok v následujících případech:
 - vrozené vady a potíže z nich vyplývající,
 - onemocnění souvisejícího s nefyziologickým průběhem těhotenství a/nebo prenatálního či perinatálního vývoje plodu,
 - chirurgické odstranění nosních a krčních mandlí po dobu prvních sto osmdesátí (180) dní od počátku připojištění,
 - kosmetické, plastické a další zdravotní úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné
 - běžná lékařská vyšetření, kontroly nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorní testy, rentgenová vyšetření, CT vyšetření, léčebná ozařování, ultrazvuková vyšetření a zákroky,
 - zubní ošetření nebo operace kromě těch, které jsou nutné v důsledku úrazu krytého tímto pojištěním a jsou provedeny na vlastním, nikoli umělém chrupu,
 - léčba nemocí způsobených alkoholovou nebo drogovou závislostí nebo ozdravné pobyty,

- řízení motocyklu s obsahem vyšším než 125 cm³,
- výkon služby v ozbrojených silách kterékoli země nebo mezinárodního úřadu v době míru i války, výkon povolání pojištěného jako člena posádky námořního plavidla nebo jako člena policejní zásahové jednotky, posádky rychlého nasazení nebo podobného útvaru, výkonu služby vojáka z povolání nebo člena vojenských posádek plavidel a letadel,
- práce s výbušninami nebo práce kaskadérů, akrobatů a podobných zaměstnání,
- účasti při jakékoli profesionální sportovní činnosti (závody, soutěže, včetně přípravy a tréninků).

Článek 28

Pojistné plnění z připojištění invalidity 1+2+3

- Pojistná událost z připojištění PTI1+ nastává dnem, kdy byl pojistiteli doručen posudek vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení²⁰ prokazující invaliditu pojištěného a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedené (vše dále jen „posudek“), to však za předpokladu, že připojištění PTI1+ trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl(a) k invaliditě pojištěného, do dne pojistné události. Podmínka vzniku nemoci v průběhu připojištění PTI1+ uvedená v předchozí větě se nevztahuje na nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto připojištění, není-li v těchto ZPP uvedeno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
- Z připojištění PTI1+ vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události a jsou splněny všechny podmínky stanovené v těchto ZPP a v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění.
- Invaliditou pojištěného se výhradně pro účely tohoto připojištění rozumí pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu pojištěného nejméně o 35 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný.
- Pracovní schopností se pro účely tohoto připojištění rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se pro účely tohoto připojištění rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
- Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachovalé pracovní schopnosti a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
- Invaliditu pojištěného posuzuje pojistitel zejména na základě posudku, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojistitelem.
- Není-li jinde v těchto ZPP uvedeno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, má pojistné plnění z připojištění PTI1+ formu jednorázové výplaty. Pokud však pojistná událost nastala v souvislosti s poklesem pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 50 %, má pojistné plnění kombinovanou formu, není-li v pojistné smlouvě sjednána jiná forma pojistného plnění.
- Výše jednorázového pojistného plnění z připojištění PTI1+ je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI1+ ke dni pojistné události. Nárok na jednorázové pojistné plnění vzniká pouze za předpokladu, že invalidita pojištěného trvala nepřetržitě alespoň osmnáct (18) měsíců ode dne doručení posudku

- pojistiteli a pojistiteli bylo trvání invalidity na konci této lhůty prokázáno. Tato doba trvání invalidity se nevyžaduje v případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou.
9. Kombinovanou formou pojistného plnění se pro účely odst. 7 tohoto článku rozumí kombinace pravidelné měsíční dávky a následného jednorázového doplatku. Výše měsíční dávky je rovna 0,5 % ze sjednané pojistné částky pro připojištění PTI1+ ke dni pojistné události. Nárok na měsíční dávku vzniká uplynutím jednoho (1) měsíce ode dne doručení posudku pojistiteli a trvá po dobu, po kterou je pracovní schopnost pojištěného nepřetržitě snížena nejméně o 50 %, nejdéle však po dobu sedmnácti (17) měsíců.
 10. Výše následného jednorázového doplatku je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI1+ ke dni pojistné události snížené o hodnotu vyplacených měsíčních dávek dle odst. 9 tohoto článku. Nárok na následný jednorázový doplatek vzniká pouze za předpokladu, že invalidita pojištěného trvala nepřetržitě alespoň osmnáct (18) měsíců ode dne doručení posudku pojistiteli a pojistiteli bylo trvání invalidity na konci této lhůty prokázáno. V případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou, může pojistitel na návrh pojistníka změnit kombinovanou formu pojistného plnění na jednorázovou výplatu a nevyžadovat dobu trvání invalidity dle tohoto odstavce. Výše jednorázového pojistného plnění z připojištění PTI1+ je pak rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI1+ ke dni pojistné události snížené o hodnotu již vyplacených měsíčních dávek dle odst. 9 tohoto článku.
 11. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění z připojištění PTI1+ ve formě invalidní penze, je v případě pojistné události vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané pro připojištění PTI1+ ke dni pojistné události. Nárok na invalidní penzi vzniká uplynutím jednoho (1) měsíce ode dne doručení posudku pojistiteli a trvá po dobu, po kterou je pracovní schopnost pojištěného nepřetržitě snížena nejméně o 35 %. Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká také dnem:
 - a) konce pojistné doby, na kterou bylo připojištění PTI1+ sjednáno, nebo
 - b) od kterého byl pojištěnému přiznan starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, nebo
 - c) smrti pojištěného.
 12. V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, sjednává se invalidní penze s ročním navýšením o tři (3) procenta.
 13. Dnem doručení posudku pojistiteli připojištění PTI1+ zaniká. Zánikem připojištění nezaniká nárok na výplatu přiznaného pojistného plnění z tohoto připojištění. Pokud je v konkrétní pojistné smlouvě pro jednorázovou nebo kombinovanou formu pojistného plnění ujednáno, že doručením posudku připojištění PTI1+ nezaniká, zaniká toto připojištění nejpozději přiznáním pojistného plnění z tohoto připojištění ve formě jednorázové výplaty nebo následného jednorázového doplatku.
 14. Pro vznik nároku na pojistné plnění z připojištění PTI1+ je pojistník a/nebo pojištěný dále povinen:
 - a) oznámit pojistiteli invaliditu pojištěného nejpozději do šesti (6) měsíců ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl(a) ke vzniku invalidity pojištěného nebo o které(m) bylo možné se odůvodněně domnívat, že by k ní vést mohl(a), a dále
 - b) prokázat pojistiteli trvání invalidity pojištěného nepřetržitě nejméně osmnáct (18) měsíců podle odst. 8 a odst. 10 tohoto článku, a to nejpozději do šesti (6) měsíců ode dne uplynutí této doby, a dále
 - c) prokázat pojistiteli nepřetržitě trvání invalidity pojištěného kdykoli na žádost pojistitele, a dále
 - d) oznámit pojistiteli změnu skutečností rozhodných pro výplatu měsíční dávky nebo invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného) nejpozději do patnácti (15) dnů od rozhodnutí příslušného orgánu, a dále
 - e) vyvinout na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
15. Pokud pojistník a/nebo pojištěný poruší některou z povinností uvedených v odst. 14 tohoto článku, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
 16. Pojistná událost nenastává v případě, že invalidita vznikla následkem nemoci, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány v prvních třech (3) měsících od počátku připojištění PTI1+. V takovém případě připojištění zaniká a pojistitel zvýší počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 12 odst. 2 v souvislosti s připojištěním PTI1+.

Článek 29

Pojistné plnění z připojištění invalidity 2+3

1. Pojistná událost z připojištění PTI2+ nastává dnem, kdy byl pojistiteli doručen posudek vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení²¹ prokazující invaliditu pojištěného a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedené (vše dále jen „posudek“), to však za předpokladu, že připojištění PTI2+ trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl(a) k invaliditě pojištěného, do dne pojistné události. Podmínka vzniku nemoci v průběhu připojištění PTI2+ uvedená v předchozí větě se nevztahuje na nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto připojištění, není-li v těchto ZPP uvedeno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. Z připojištění PTI2+ vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události a jsou splněny všechny podmínky stanovené v těchto ZPP a v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění.
3. Invaliditou pojištěného se výhradně pro účely tohoto připojištění rozumí pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu pojištěného nejméně o 50 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný.
4. Pracovní schopností se pro účely tohoto připojištění rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se pro účely tohoto připojištění rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
5. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachovalé pracovní schopnosti a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
6. Invaliditu pojištěného posuzuje pojistitel zejména na základě posudku, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojistitelem.
7. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, má pojistné plnění z připojištění PTI2+ kombinovanou formu.
8. Kombinovanou formou pojistného plnění se pro účely odst. 7 tohoto článku rozumí kombinace pravidelné měsíční dávky a následného jednorázového doplatku. Výše měsíční dávky je

- rovna 0,5 % ze sjednané pojistné částky pro připojištění PTI2+ ke dni pojistné události. Nárok na měsíční dávku vzniká uplynutím jednoho (1) měsíce ode dne doručení posudku pojistiteli a trvá po dobu, po kterou je pracovní schopnost pojištěného nepřetržitě snížena nejméně o 50 %, nejdéle však po dobu sedmácti (17) měsíců.
9. Výše následného jednorázového doplatku je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI2+ ke dni pojistné události snížené o hodnotu vyplacených měsíčních dávek dle odst. 8 tohoto článku. Nárok na následný jednorázový doplatek vzniká pouze za předpokladu, že invalidita pojištěného trvala nepřetržitě alespoň osmnáct (18) měsíců ode dne doručení posudku pojistiteli a pojistiteli bylo trvání invalidity na konci této lhůty prokázáno.
 10. V případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou, může pojistitel na návrh pojistníka změnit kombinovanou formu pojistného plnění na jednorázovou výplatu a nevyžadovat dobu trvání invalidity dle odst. 9 tohoto článku. Výše jednorázového pojistného plnění z připojištění PTI2+ je pak rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI2+ ke dni pojistné události snížené o hodnotu již vyplacených měsíčních dávek dle odst. 8 tohoto článku.
 11. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění z připojištění PTI2+ ve formě invalidní penze, je v případě pojistné události vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané pro připojištění PTI2+ ke dni pojistné události. Nárok na invalidní penzi vzniká uplynutím jednoho (1) měsíce ode dne doručení posudku pojistiteli a trvá po dobu, po kterou je pracovní schopnost pojištěného nepřetržitě snížena nejméně o 50 %. Nárok na výplatu příznané invalidní penze zaniká také dnem:
 - a) konce pojistné doby, na kterou bylo připojištění PTI2+ sjednáno, nebo
 - b) od kterého byl pojištěnému přiznan starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, nebo
 - c) smrti pojištěného.
 12. V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navýšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, sjednává se invalidní penze s ročním navýšením o tři (3) procenta.
 13. Dnem doručení posudku pojistiteli připojištění PTI2+ zaniká. Zánikem připojištění nezaniká nárok na výplatu příznaného pojistného plnění z tohoto připojištění. Pokud je v konkrétní pojistné smlouvě pro jednorázovou nebo kombinovanou formu pojistného plnění ujednáno, že doručením posudku připojištění PTI2+ nezaniká, zaniká toto připojištění nejpozději přiznáním pojistného plnění z tohoto připojištění ve formě jednorázové výplaty nebo jednorázového následného doplatku.
 14. Pro vznik nároku na pojistné plnění z připojištění PTI2+ je pojistník a/nebo pojištěný dále povinen:
 - a) oznámit pojistiteli invaliditu pojištěného nejpozději do šesti (6) měsíců ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl(a) ke vzniku invalidity pojištěného nebo o které(m) bylo možné se odůvodněně domnívat, že by k ní vést mohl(a), a dále
 - b) prokázat pojistiteli trvání invalidity pojištěného nepřetržitě nejméně osmnáct (18) měsíců podle odst. 9 tohoto článku, a to nejpozději do šesti (6) měsíců ode dne uplynutí této doby, a dále
 - c) prokázat pojistiteli nepřetržitě trvání invalidity pojištěného kdykoli na žádost pojistitele, a dále
 - d) oznámit pojistiteli změnu skutečností rozhodných pro výplatu měsíční dávky nebo invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného) nejpozději do patnácti (15) dnů od rozhodnutí příslušného orgánu, a dále
 - e) vyvinout na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
 15. Pokud pojistník a/nebo pojištěný poruší některou z povinností uvedených v odst. 14 tohoto článku, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
 16. Pojistná událost nenastává v případě, že invalidita vznikla následkem nemoci, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány v prvních třech (3) měsících od počátku připojištění PTI2+. V takovém případě připojištění zaniká a pojistitel zvýší počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 12 odst. 2 v souvislosti s připojištěním PTI2+.

Článek 30

Pojistné plnění z připojištění invalidity 3

1. Pojistná událost z připojištění PTI3 nastává dnem, kdy byl pojistiteli doručen posudek vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení²² prokazující invaliditu pojištěného a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedené (vše dále jen „posudek“), to však za předpokladu, že připojištění PTI3 trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl(a) k invaliditě pojištěného, do dne pojistné události. Podmínka vzniku nemoci v průběhu připojištění PTI3 uvedená v předchozí větě se nevztahuje na nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto připojištění, není-li v těchto ZPP uvedeno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. Z připojištění PTI3 vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události a jsou splněny všechny podmínky stanovené v těchto ZPP a v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění.
3. Invaliditou pojištěného se výhradně pro účely tohoto připojištění rozumí pokles pracovní schopnosti pojištěného následkem nemoci nebo úrazu pojištěného nejméně o 70 %, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tento pokles nelze považovat za přechodný.
4. Pracovní schopností se pro účely tohoto připojištění rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se pro účely tohoto připojištění rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
5. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky odborných lékařských vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
6. Invaliditu pojištěného posuzuje pojistitel zejména na základě posudku, případně také stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojistitelem.
7. Není-li v pojistné smlouvě sjednáno jinak, má pojistné plnění z připojištění PTI3 kombinovanou formu.
8. Kombinovanou formou pojistného plnění se pro účely odst. 7 tohoto článku rozumí kombinace pravidelné měsíční dávky a následného jednorázového doplatku. Výše měsíční dávky je rovna 0,5 % ze sjednané pojistné částky pro připojištění PTI3 ke dni pojistné události. Nárok na měsíční dávku vzniká uplynutím jednoho (1) měsíce ode dne doručení posudku pojistiteli a trvá po dobu, po kterou je pracovní schopnost pojištěného nepřetržitě snížena nejméně o 70 %, nejdéle však po dobu sedmácti (17) měsíců.
9. Výše následného jednorázového doplatku je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI3 ke dni pojistné události

snížené o hodnotu vyplacených měsíčních dávek dle odst. 8 tohoto článku. Nárok na následný jednorázový doplatek vzniká pouze za předpokladu, že invalidita pojištěného trvala nepřetržitě alespoň osmnáct (18) měsíců ode dne doručení posudku pojistiteli a pojistiteli bylo trvání invalidity na konci této lhůty prokázáno.

10. V případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou, může pojistitel na návrh pojistníka změnit kombinovanou formu pojistného plnění na jednorázovou výplatu a nevyžadovat dobu trvání invalidity dle odst. 9 tohoto článku. Výše jednorázového pojistného plnění z připojištění PTI3 je pak rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PTI3 ke dni pojistné události snížené o hodnotu již vyplacených měsíčních dávek dle odst. 8 tohoto článku.
11. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění z připojištění PTI3 ve formě invalidní penze, je v případě pojistné události vyplácena invalidní penze dle frekvence a ve výši sjednané pro připojištění PTI3 ke dni pojistné události. Nárok na invalidní penzi vzniká uplynutím jednoho (1) měsíce ode dne doručení posudku pojistiteli a trvá po dobu, po kterou je pracovní schopnost pojištěného nepřetržitě snížena nejméně o 70%. Nárok na výplatu přiznané invalidní penze zaniká také dnem:
 - a) konce pojistné doby, na kterou bylo připojištění PTI3 sjednané, nebo
 - b) od kterého byl pojištěnému přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, nebo
 - c) smrti pojištěného.
12. V pojistné smlouvě může být sjednáno pravidelné roční navýšení invalidní penze. Přiznaná invalidní penze se pak po každém roce výplaty navýšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, sjednává se invalidní penze s ročním navýšením o tři (3) procenta.
13. Dnem doručení posudku pojistiteli připojištění PTI3 zaniká. Zánikem připojištění nezaniká nárok na výplatu přiznaného pojistného plnění z tohoto připojištění. Pokud je v konkrétní pojistné smlouvě pro jednorázovou nebo kombinovanou formu pojistného plnění ujednáno, že doručením posudku připojištění PTI3 nezaniká, zaniká toto připojištění nejpozději přiznáním pojistného plnění z tohoto připojištění ve formě jednorázové výplaty nebo jednorázového následného doplatku.
14. Pro vznik nároku na pojistné plnění z připojištění PTI3 je pojistník a/nebo pojištěný dále povinen:
 - a) oznámit pojistiteli invaliditu pojištěného nejpozději do šesti (6) měsíců ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, který/á vedl(a) ke vzniku invalidity pojištěného nebo o které(m) bylo možné se odůvodněně domnívat, že by k ní věst mohl(a), a dále
 - b) prokázat pojistiteli trvání invalidity pojištěného nepřetržitě nejméně osmnáct (18) měsíců podle odst. 9 tohoto článku, a to nejpozději do šesti (6) měsíců ode dne uplynutí této doby, a dále
 - c) prokázat pojistiteli nepřetržitě trvání invalidity pojištěného kdykoli na žádost pojistitele, a dále
 - d) oznámit pojistiteli změnu skutečností rozhodných pro výplatu měsíční dávky nebo invalidní penze (zejména změnu pracovní schopnosti pojištěného) nejpozději do patnácti (15) dnů od rozhodnutí příslušného orgánu, a dále
 - e) vyvinout na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
15. Pokud pojistník a/nebo pojištěný poruší některou z povinností uvedených v odst. 14 tohoto článku, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
16. Pojistná událost nenastává v případě, že invalidita vznikla následkem nemoci, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány v prvních třech (3) měsících

od počátku připojištění PTI3. V takovém případě připojištění zaniká a pojistitel zvýší počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 12 odst. 2 v souvislosti s připojištěním PTI3.

Článek 31

Pojistné plnění z připojištění zproštění od placení pojistného

1. Pojistná událost z připojištění ZPPN je vymezena ve VPP²³, přičemž doba, po kterou má nepřetržitě trvat plná pracovní neschopnost pojištěného vzniklá následkem úrazu nebo nemoci, je stanovena na tři (3) měsíce.
2. Dojde-li k pojistné události, kterou je plná pracovní neschopnost pojištěného v době trvání připojištění ZPPN, a jsou-li splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na pojistné plnění, je pojistné plnění z připojištění ZPPN poskytováno formou zproštění pojistníka od povinnosti platit pojistné v rozsahu uvedeném v těchto ZPP a/nebo v konkrétní pojistné smlouvě. Pojistník je zproštěn od placení pojistného nejdéle do konce plné pracovní neschopnosti pojištěného nebo do zániku připojištění ZPPN, nastane-li tato skutečnost dříve.
3. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, vztahuje se zproštění od placení pojistného na běžné pojistné sjednané ke dni počátku připojištění ZPPN. V případě zvýšení běžného pojistného rozhodne pojistitel před akceptací každého takového zvýšení, zda se zproštění od placení pojistného bude vztahovat i na toto zvýšení pojistného.
4. Pojistná událost nenastává, pokud plná pracovní neschopnost pojištěného nastala následkem nemoci či úrazu, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období tři (3) let před počátkem tohoto připojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.

Článek 32

Pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že připojištění PPZO bylo pro pojištěného v okamžiku pojistné události v platnosti.
2. Pojistná událost z připojištění PPZO je obecně vymezena ve VPP²⁴, přičemž seznam závažných onemocnění a lékařských zákroků sjednaný pro připojištění PPZO hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného je uveden v článku 33 těchto ZPP a pro připojištění PPZO pojištěného dítěte je uveden v článku 34 těchto ZPP. Navíc je podmínkou vzniku pojistné události přežití pojištěného po dobu alespoň dvaceti osmi (28) dní ode dne stanovení té které diagnózy nebo skončení toho kterého lékařského zákroku.
3. Pro pojištěné dítě je navíc podmínkou vzniku pojistné události, že pojištěné dítě netrpělo tím kterým závažným onemocněním nebo onemocněním, které vedlo k tomu kterému lékařskému zákroku, před počátkem připojištění PPZO toho kterého pojištěného dítěte.
4. Pro připojištění PPZO se sjednává čekací doba²⁵ v délce tří (3) měsíců od počátku připojištění PPZO toho kterého pojištěného.
5. Výše pojistného plnění z připojištění PPZO hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PPZO toho kterého pojištěného ke dni pojistné události. Pojistitel vyplatí pojistné plnění z připojištění PPZO nejvýše z jedné pojistné události pojištěného.
6. Výše pojistného plnění z připojištění PPZO pojištěného dítěte je rovna částce odpovídající procentu z pojistné částky uvedenému u příslušného závažného onemocnění nebo lékařského zákroku v článku 34 těchto ZPP z pojistné částky sjednané pro připojištění PPZO toho kterého pojištěného dítěte ke dni pojistné události.
7. Nastane-li více pojistných událostí z titulu připojištění PPZO toho kterého pojištěného dítěte současně, vznikne dítěti nárok pouze na jedno pojistné plnění, a to nejvyšší pojistné plnění ze všech těchto pojistných událostí současně nastalých.

8. Souhrn všech přiznaných pojistných plnění z připojištění PPZO pojištěného dítěte nesmí přesáhnout 100 % pojistné částky sjednané pro toto připojištění. Pokud by částka pojistného plnění určená podle odst. 6 a 7 tohoto článku vedla k porušení ustanovení předchozí věty, vznikne pojištěnému dítěti nárok na pojistné plnění pouze ve výši rozdílu pojistné částky sjednané pro připojištění PPZO a souhrnu všech dosud přiznaných pojistných plnění z připojištění PPZO.
9. Okamžikem, kdy souhrn všech přiznaných pojistných plnění z připojištění PPZO pojištěnému dosáhne 100 % pojistné částky sjednané pro připojištění PPZO, připojištění PPZO pojištěného zaniká.
10. Pokud v důsledku události definované v článku 11, odst. 4 VPP připojištění PPZO pro pojištěného zanikne, zvýší pojistitel počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 12, odst. 2 těchto ZPP v souvislosti s připojištěním PPZO pojištěného.

Článek 33

Seznam závažných onemocnění a lékařských zákroků z připojištění závažných onemocnění hlavního a/nebo vedlejšího pojištěného

1. Akutní infarkt myokardu

Akutním infarktem myokardu (srdečního svalu) se pro účely pojištění Garde rozumí onemocnění, při němž dochází k odumření části srdečního svalu v důsledku náhlého uzávěru věnčité tepny, která zásobuje danou oblast. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být prokázána anamnézou typické bolesti na hrudi, významným zvýšením hladiny kardiocytických enzymů a nově vzniklými elektrokardiografickými (EKG) změnami, které dokumentují vznik a rozvoj akutního infarktu myokardu.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

- a) pojištěný prodělal jakýkoli akutní infarkt myokardu již před uzavřením připojištění PPZO,
- b) onemocnění bylo klasifikováno jako angina pectoris jakéhokoli typu,
- c) onemocnění bylo klasifikováno jako mikroinfarkt s pouze mírným zvýšením hladiny Troponinu-T a nebyly diagnostikovány žádné elektrokardiografické (EKG) změny nebo jiné klinické symptomy.

2. Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice)

Mozkovou mrtvicí se pro účely pojištění Garde rozumí cévní onemocnění mozku, které má za následek vznik takových klinicky prokazatelných neurologických příznaků, které v akutní fázi trvají po dobu alespoň dvacet čtyři (24) hodin a zároveň následně přecházejí v trvalý neurologický defekt, který je prokazatelný při odborném vyšetření s odstupem šesti (6) týdnů po vzniku onemocnění; diagnóza cévní mozkové příhody musí být přítom dokumentována vznikem nových odpovídajících změn při vyšetření počítačovou tomografií (CT) nebo nukleární magnetickou rezonancí (MRI).

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

- a) onemocnění bylo klasifikováno jako transienční ischemická ataka,
- b) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobeny migrénou,
- c) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobeny úrazem, hypoxií (nedostatečným oxyličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
- d) příznaky porušené funkce oka a/nebo očního nervu byly způsobeny úrazem, hypoxií (nedostatečným oxyličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
- e) příznaky poruchy vestibulárního aparátu byly způsobeny jeho nedostatečným prokrvením (ischemií).

3. Zhoubné novotvary (nádory)

Zhoubným novotvarem (nádozem) se pro účely pojištění Garde rozumí onemocnění, při němž dochází k nekontrolovanému růstu a šíření zhoubných buněk, které pronikají do normální tkáně. Pojištěný je povinen předložit pojistiteli lékařskou dokumentaci, která

obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru (národu), která byla potvrzena onkologem nebo patologem.

Pro potřeby definice pojistné události termín „zhoubný novotvar (nádor)“ zahrnuje:

- a) solidní (kompaktní) zhoubné nádory,
- b) leukémii (vyjma chronické lymfatické leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace),
- c) maligní lymfomy,
- d) Hodgkinovu chorobu,
- e) zhoubná onemocnění kostní dřevě,
- f) metastázující kožní nádory.

Pojistná událost však nenastává v těchto případech:

- a) chronická lymfatická leukémie ve stádiu A klasifikace dle Bineta, resp. 0 a 1 dle Rai klasifikace,
- b) nádor typu karcinoma in situ,
- c) cervikální dysplazie a/nebo karcinom cervixu klasifikované jako CIN-1, CIN-2 nebo CIN-3,
- d) nádorové bujení klasifikované histologicky jako premaligní (prekanceróza) a/nebo jako neinvazivní karcinom,
- e) karcinom prostaty hodnocený podle TNM klasifikace stupněm T1 (včetně T1a nebo T1b) a/nebo hodnocený nižšími stupni podle jakékoli jiné srovnatelné klasifikace,
- f) kožní melanom hodnocený podle klinické a patologické klasifikace stupněm nižším než IIA (to znamená stupněm nižším než T2b podle TNM klasifikace, s histologicky ověřenou hloubkou invaze méně než 2 mm bez ulcerace),
- g) všechny hyperkeratózy a karcinomy vycházející z bazálních a skvamozních kožních buněk,
- h) jakékoli nádory, pokud u pojištěného byla prokázána přítomnost viru HIV (AIDS).

4. Konečná (terminální) fáze selhání ledvin

Konečnou (terminální) fází selhání ledvin se pro účely pojištění Garde rozumí úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Pojištěný je povinen předložit pojistiteli lékařskou dokumentaci prokazující, že musí podstupovat pravidelnou hemodialýzu po dobu minimálně tří (3) měsíců. Pojistná událost nastává uplynutím posledního dne uvedené lhůty.

5. Transplantace životně důležitého orgánu

Pro účely pojištění Garde se za závažné onemocnění považuje, pokud byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu šesti (6) měsíců, a to uplynutím posledního dne této lhůty. Pro účely pojištění Garde se za lékařský zákrok považuje transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

- a) srdce,
- b) plíce,
- c) játra,
- d) ledvina,
- e) pankreas (slinivka břišní),
- f) totální (úplná) ablace kostní dřevě a následná transplantace lidské kostní dřevě za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným (terminálním) selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistná událost však nenastává v následujících případech transplantace kostní dřevě:

- a) transplantaci nepředchází totální (úplná) ablace kostní dřevě,
- b) následná transplantace lidské kostní dřevě byla provedena za použití jiných než kmenových hematopoetických buněk.

6. Bypass srdečních (věnčitých) tepen

Pro účely pojištění Garde se za lékařský zákrok považuje, pokud pojištěný podstoupí kardiologický výkon na otevřeném srdci za účelem provedení bypassu jedné nebo více zúžených nebo uzavřených srdečních (věnčitých) tepen za pomoci žilních štěpů. Pojištěný je povinen předložit angiografii (koronarografii), která byla důvodem provedení výše uvedeného kardiologického výkonu,

a písemné vyjádření odborníka (kardiologa) potvrzující, že provedení tohoto zákroku bylo z lékařského hlediska nezbytné.

Pojistná událost však nenastává, pokud zprůchodnění srdečních (věnčitých) tepen je provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablance, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury.

7. Slepota

Slepotou se pro účely pojištění Garde rozumí úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta vidění obou očí způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (oftalmologa). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (oftalmologa) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu vidění obou očí ovlivnit.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla slepota obou očí způsobená úrazem.

8. Hluchota

Hluchotou se pro účely pojištění Garde rozumí úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší trvající déle než dvanáct (12) měsíců způsobená akutním onemocněním, která byla ověřená a potvrzená písemným vyjádřením odborníka (ušního lékaře). Předložená lékařská dokumentace musí rovněž obsahovat písemné vyjádření odborníka (ušního lékaře) potvrzující, že ke dni ohlášení této pojistné události není známá žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu sluchového vjemu obou uší ovlivnit.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla hluchota obou uší způsobená úrazem.

9. Nezhojný nádor mozku

Nezhoubným nádorem mozku se pro účely pojištění Garde rozumí nádor v nitrolební oblasti splňující obě následující kritéria:

- a) jedná se o nezhoubný nádor v oblasti mozkové tkáně nebo o nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku,
- b) přítomnost uvedeného nádoru nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) musí způsobovat příznaky trvalého neurologického poškození.

Diagnóza nezhojného nádoru mozku musí být potvrzena písemným vyjádřením neurologa nebo neurochirurga.

Pojistná událost však nenastává, pokud je nezhojný nádor mozku klasifikován jako:

- a) cysta,
- b) granulom,
- c) malformace postihující mozkové tepny,
- d) malformace postihující mozkové žíly,
- e) hematom,
- f) nádor v oblasti hypofýzy,
- g) nádor v oblasti míchy.

10. Onemocnění HIV získané při transfúzi krve

Onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se pro účely pojištění Garde rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficiency) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

- a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Austrálie nebo Nového Zélandu v době platnosti připojištění PPZO,
- b) pojistiteli je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje,
- c) pojištěný netrpí hemofilii.

Pojištěný je povinen předložit pojistiteli všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojistitele vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojistitelem.

Pojistná událost však nenastává, pokud byla infekce do organismu pojištěného přenesena jakýmkoli jiným způsobem než krevní transfúzí nebo ke dni oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

11. Onemocnění HIV získané při výkonu povolání

Onemocněním HIV získaným při výkonu povolání se pro účely pojištění Garde rozumí prokázání viru HIV (virus lidské imunodeficiency) v séru, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

- a) infekce byla prokazatelně do organismu pojištěného přenesena při výkonu běžných pracovních úkolů souvisejících s povoláním pojištěného, které je uvedeno na seznamu níže, nebo při manipulaci s krví nebo jinou tělní tekutinou, která s tímto povoláním pojištěného souvisí, v době platnosti připojištění PPZO,
- b) k serokonverzi došlo během šesti (6) měsíců následujících po přenosu infekce,
- c) pojištěný doložil negativní výsledky vyšetření přítomnosti viru HIV a protilátek proti viru HIV; vyšetření musí být provedeno nejpozději pět (5) dnů po přenosu infekce,
- d) pojištěný doložil přítomnost viru HIV nebo protilátek proti viru HIV nejpozději dvanáct (12) měsíců po přenosu infekce,
- e) pojištěný doložil dokumentaci prokazující, že onemocnění HIV je nemocí z povolání²⁶.

Seznam povolání, při jejichž výkonu může nastat pojistná událost:

- a) lékař nebo zubní lékař,
- b) všeobecná sestra,
- c) zdravotní laborant nebo laboratorní asistent či pracovník,
- d) ošetřovatel nebo řidič dopravy nemocných a raněných,
- e) zdravotnický nebo radiologický asistent,
- f) zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby,
- g) porodní asistentka,
- h) hasič,
- i) policista,
- j) vězeňská ostraha.

12. Závažná onemocnění způsobená přísátím klíštěte

Závažným onemocněním způsobeným klíštětem se pro účely pojištění Garde rozumí závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobená přísátím klíštěte. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří (3) měsíců následujících po přísátí klíštěte a přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně (6) měsíců a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klíšťovou meningoencefalitidou (KE) se pro účely pojištění Garde rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou obvykle přeneseny klíštětem v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- a) pojištěný doložil anamnézu přísátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- b) pojištěný pobýval v oblasti s obecně známým epidemickým výskytem KE,
- c) KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- d) pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- e) závažné neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeskou nemocí se pro účely pojištění Garde rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění se závažnými kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- a) pojištěný doložil anamnézu přísátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- b) pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie *Borrelia burgdorferi*,

- c) pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- d) příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

13. Roztroušená skleróza

Roztroušenou sklerózou (RS) se pro účely pojištění Garde rozumí zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s ložisky demyelinizace v centrálním nervovém systému. Diagnóza musí být stanovena neurologem a doložena výsledky nukleární magnetické rezonance (MRI) a/nebo počítačové tomografie (CT) a některým z dalších testů (rozbořem likvoru, vyšetřením evokovaných potenciálů, stanovením sérových autoprotilátek apod.). Onemocnění centrálního nervového systému z jakýchkoli jiných příčin (např. z důvodu nemoci krevních cév nebo bakteriálního a/nebo virového onemocnění) musí být jednoznačně vyloučeno.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby se onemocnění projevovalo trvalým a nezvratným neurologickým defektem. Neurologickým defektem se rozumí minimálně jeden z těchto stavů:

- a) obrna v obou horních nebo v obou dolních končetinách zneumožňující pojištěnému provádět některý z běžných denních úkonů (např. samostatná konzumace připraveného jídla),
- b) neurologicky potvrzené závažné narušení chůze,
- c) pojištěný je odkázán na invalidní vozík.

Nezvrátlost neurologického defektu stanoví a potvrzuje neurolog, a to nejdříve po šesti (6) měsících od data prvního projevu trvalého neurologického defektu z důvodu onemocnění RS.

14. Kóma

Kómatem se pro účely pojištění Garde rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější podněty či vnitřní potřeby přetrvávající nepřetržitě po dobu nejméně 96 hodin s nutností zajištění a podpory základních životních funkcí.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby následkem kómatu došlo k trvalému nezvratnému neurologickému defektu způsobujícímu trvalou a nezvratnou neschopnost pojištěného provádět alespoň jeden z níže uvedených denních úkonů:

- a) pohybovat se z místnosti do místnosti po rovném povrchu,
- b) samostatně konzumovat připravené jídlo,
- c) verbálně komunikovat se svým okolím.

Trvalý nezvratný neurologický defekt způsobující alespoň jeden z výše uvedených projevů není podmínkou vzniku pojistné události v případě, že kóma trvá nepřetržitě déle než dva (2) měsíce.

15. Pokročilá demence

Pokročilou demencí se pro účely pojištění Garde rozumí trvalé organické psychiatrické onemocnění charakterizované povšechnou významnou ztrátou mozkových funkcí zahrnující poruchy paměti, úsudku, abstraktního myšlení a změnu osobnosti. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem na základě standardizovaných diagnostických metod a testů. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že ztráta mozkových funkcí v důsledku tohoto onemocnění je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného v důsledku tohoto onemocnění vyžaduje nepřetržitý dohled a péči druhé osoby, aby pojištěný neohrozil sebe nebo okolí.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

16. Alzheimerova choroba

Alzheimerovou chorobou se pro účely pojištění Garde rozumí progresivní degenerativní onemocnění mozku charakterizované povšechnou atrofií mozkové kůry s typickými histopatologickými změnami. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem na základě standardizovaných diagnostických metod a testů. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že ztráta mozkových funkcí v důsledku tohoto onemocnění je trvalá a nezvratná a současně stav pojištěného v důsledku tohoto onemocnění vyžaduje nepřetržitý dohled a péči druhé osoby, aby pojištěný neohrozil sebe nebo okolí.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

17. Operace aorty

Operací aorty se pro účely pojištění Garde rozumí operace na hlavním kmeni hrudní a/nebo břišní aorty (tj. nezahrnuje periferní větve) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpaní, zúžení a/nebo traumatické roztržení aorty. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují uvedené skutečnosti a současně je doložena nezbytnost operačního zákroku.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci srdeční aorty došlo v důsledku získaného onemocnění vzniklého v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

18. Bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se pro účely pojištění Garde rozumí zánět mozkových nebo míšních blan způsobený bakteriální infekcí. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

- a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
- b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby nebo
- c) neschopnost verbálně komunikovat s okolím.

19. Operace srdeční chlopně

Operací srdeční chlopně se pro účely pojištění Garde rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem náhrady srdeční chlopně nebo její korekce v důsledku vady srdeční chlopně nebo její abnormality. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují tuto skutečnost a současně je doložena nezbytnost operačního zákroku.

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

20. Spinální svalová atrofie

Spinální svalovou atrofií se pro účely pojištění Garde rozumí progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

- a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
- b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

21. Progresivní bulbární obrna

Progresivní bulbární obrnou se pro účely pojištění Garde rozumí progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt (poruchu), kterým je neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

22. Amyotrofická a primární laterální skleróza

Amyotrofickou nebo primární laterální sklerózou se pro účely pojištění Garde rozumí progresivní degenerativní onemocnění nervového systému, kdy dochází k nadměrnému odumírání motorických buněk mozku a míchy. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

- a) omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
- b) neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby.

23. Paralýza

Paralýzou se pro účely pojištění Garde rozumí trvalá a úplná ztráta funkce nejméně dvou celých končetin zapříčiněná úrazem nebo onemocněním postihujícím míchu. Končetinou se rozumí celá horní končetina nebo celá dolní končetina. Diagnóza musí být potvrzena neurologem.

24. Parkinsonova choroba

Parkinsonovou chorobou se pro účely pojištění Garde rozumí pomalu progredující onemocnění centrálního nervového systému, kdy dochází k degenerativním změnám centrálních (mozkových) neuronů, které způsobují snížení hladiny dopaminu v některých částech mozku. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že diagnóza onemocnění byla jednoznačně potvrzena neurologem a současně odborné nálezy potvrzují vznik všech následujících skutečností:

- príznaky onemocnění přetrvávají i přesto, že pojištěný řádně užívá předepsanou medikaci,
- onemocnění vykazuje známky progresivního zhoršování,
- onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt v podobě omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu).

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

25. Chronické selhání plic

Chronickým selháním plic se pro účely pojištění Garde rozumí konečné stadium onemocnění plic. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že v důsledku tohoto onemocnění je nezbytné pojištěnému trvale podávat kyslík alespoň osm (8) hodin denně a současně jeho usilovný sekundový výdechový objem (FEV1) je trvale nižší než 1 litr.

26. Crohnova nemoc

Crohnovou nemocí se pro účely pojištění Garde rozumí chronický granulomatózní zánět střev. Podmínkou vzniku pojistné události je, že diagnóza byla potvrzena histo(pato)logickým nálezem a současně odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo píštěl, obstrukci nebo perforaci střeva.

27. Primární (idiopatická a familiární) plicní hypertenze

Primární plicní hypertenzi se pro účely pojištění Garde rozumí patologické zvýšení tlaku v plicním tepenném řečišti, způsobující strukturální, funkční nebo oběhové poruchy v plicích, které vedou ke zvětšení pravé srdeční komory. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že v přímém důsledku tohoto onemocnění nastaly obě tyto skutečnosti:

- klinické stadium srdečního selhání, resp. dušnosti, je trvale a nezvratně NYHA IV,
- tlak v plicnici je vyšší než 30mm Hg po dobu minimálně šesti (6) měsíců.

Pojistná událost nenastává v případě, že onemocnění vzniklo v souvislosti s nadměrným požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

28. Encefalitida

Encefalidou se pro účely pojištění Garde rozumí zánět mozku (mozkových hemisfér, mozkového kmene nebo mozečku). Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo některý z těchto neurologických patologických stavů: mentální retardace, slepota, hluchota, porucha řeči, hemiplegie nebo paralýza, a tento stav trvá (trval) nepřetržitě alespoň šest (6) týdnů a je příčinou některého z následujících trvalých a nezvratných neurologických defektů:

- omezení hybnosti (pojištěný není schopen samostatného pohybu po rovném povrchu) nebo
- neschopnost konzumovat připravené jídlo bez asistence druhé osoby nebo
- neschopnost verbálně komunikovat s okolím.

29. Poliomyelitida (mozková obrna)

Poliomyelitidou (mozkovou obrnou) se pro účely pojištění Garde rozumí akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k poruše

pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečnosti. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, který je trvalý a nezvratný paralýza končetin.

30. Aplastická anémie

Aplastickou anémií se pro účely pojištění Garde rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených a bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je, že diagnóza aplastické anémie je potvrzena hematologem a současně odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění vedlo ke vzniku a trvání všech těchto skutečností:

- koncentrace granulocytů v krvi je nižší než 500 na mm³ a krevních destiček nižší než 20 000 na mm³,
- léčení probíhá minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně dvou (2) měsíců,
 - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je důsledkem léčby jiného onemocnění nebo pokud diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před počátkem připojištění PPZO.

31. Tetanus

Tetanem se pro účely pojištění Garde rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, že odborné nálezy potvrzují, že toto onemocnění způsobilo svalovou ochablost a respirační nedostatečnost trvající po dobu nejméně čtyř (4) týdnů a současně léčba pojištěného probíhá nezbytně za hospitalizace.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

Článek 34

Seznam závažných onemocnění a lékařských zákroků z připojištění závažných onemocnění pojištěného dítěte

1. Zhoubné novotvary (nádory)

Zhoubným novotvarem (nádozem) se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí:

- solidní zhoubné nádory,
- leukémie,
- maligní lymfomy,
- Hodgkinova choroba,
- zhoubná onemocnění kostní dřeně,
- metastázující kožní nádory.

Pojistiteli musí být předložena odborná lékařská dokumentace, která obsahuje jasnou histologickou klasifikaci zhoubného novotvaru.

Pojistná událost nenastává v těchto případech:

- prekanceróza,
- kožní melanom hodnocený stupněm I (stupněm T2a nebo nižším podle TNM klasifikace),
- karcinom vycházející z bazálních a/nebo skvamozních kožních buněk,
- pokud u pojištěného dítěte byla prokázána přítomnost viru HIV.

Pojistná událost také nenastává, pokud byla diagnóza nádorového onemocnění poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO:

- papilom močového měchýře,
- polyposa tlustého střeva,
- Crohnova nemoc,
- ulcerózní kolitida,
- krev ve stolici, v moči a/nebo hemoptýza,
- lymfadenopatie,
- splenomegalie.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

2. Poliomyelitida (mozková obrna)

Poliomyelitidou (mozkovou obrnou) se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí akutní infekce virem poliomyelitidy. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalé paralýze potvrzené neurologem, která se projevuje poruchou pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečností trvající nejméně tři (3) měsíce, a prokázání přítomnosti viru v mozkomíšním moku a v séru.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

3. Meningitida

Meningitidou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí zánět mozkových blan. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícím nejméně tři (3) měsíce potvrzenému neurologem.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o meningitidu, která je následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

4. Encefalitida

Encefalitidou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí zánět mozkové tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícím nejméně tři (3) měsíce potvrzenému neurologem.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o encefalitidu, která je následkem infekce způsobené virem HIV.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

5. Aplastická anémie

Aplastickou anémií se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.

Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- a) diagnóza aplastické anémie je potvrzena hematologem,
- b) koncentrace granulocytů v krvi je nižší než 500 na mm³ a krevních destiček nižší než 20 000 na mm³,
- c) léčení probíhá minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně dvou (2) měsíců,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou (2) měsíců,
 - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je důsledkem léčby jiného onemocnění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je závislá na způsobu léčení aplastické anémie:

- transplantace kostní dřeně: 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO,
- pravidelné krevní transfúze po dobu nejméně dvou (2) měsíců: 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO,

– pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou (2) měsíců: 50 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

6. Chronická virová hepatitida

Chronickou virovou hepatitidou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí chronický aktivní virový zánět jaterní tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby pojištěné dítě bylo prokazatelně infikováno virem hepatitidy, a aby hladina jaterních enzymů (ALT, AST) byla zvýšena nejméně čtyřikrát (4x) nad fyziologickou mez, a to po dobu alespoň tří (3) měsíců od zahájení léčby. Virus hepatitidy musí přetrvávat v těle alespoň šest (6) měsíců po ukončení náležité léčby.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o onemocnění virem hepatitidy typu A.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

7. Epilepsie

Epilepsií se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:

- i) více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm (7) dní po dobu více než dvanáct (12) měsíců,
- ii) více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet (30) dní po dobu více než dvanáct (12) měsíců.

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

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO:

- a) úraz hlavy,
- b) zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- c) chirurgický zákrok na mozku,
- d) nádor mozku,
- e) hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

Pojistné plnění:

V případě pojistné události popsané v bodě i) tohoto odstavce je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO. V případě pojistné události popsané v bodě ii) tohoto odstavce je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

8. Revmatická horečka

Revmatickou horečkou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti (6) měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese.

Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoli původu před počátkem připojištění PPZO.

Pojistné plnění:

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

– stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO,

– stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

9. Získané chronické srdeční onemocnění

Získaným chronickým srdečním onemocněním se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti (6) měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení.

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

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

Pojistné plnění:

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

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

10. Paralýza

Paralýzou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí trvalá a úplná ztráta funkce nejméně jedné celé horní a/nebo celé dolní končetiny zapříčiněná onemocněním postihujícím mozek a/nebo míchu. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k paralýze trvající nejméně tři (3) měsíce potvrzené neurologem a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO:

- onemocnění mozku a/nebo míchy,
- neurologické onemocnění.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu ochrnutí:

- paraplegie, hemiplegie, tetraplegie: 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO,
- paralýza jedné horní nebo jedné dolní končetiny: 50 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

11. Slepot

Slepotou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku alespoň jednoho oka potvrzená oftalmologem, jejíž příčinou je akutní onemocnění. Minimální věk pojištěného dítěte v okamžiku pojistné události je jeden (1) rok.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a příznaky, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO:

- diabetes mellitus,
- glaukom,
- trachom,
- katarakta.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu postižení:

- slepota obou očí: 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO,
- slepota jednoho oka: 50 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

12. Hluchota

Hluchotou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí úplná a nezvratná ztráta sluchu alespoň jednoho ucha potvrzená audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu, jejíž příčinou je akutní onemocnění. Minimální věk pojištěného dítěte v okamžiku pojistné události jsou dva (2) roky při ztrátě sluchu jednoho ucha a jeden (1) rok při ztrátě sluchu obou uší.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a příznaky, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO:

- částečná ztráta sluchu,
- chronický zánět a/nebo infekce středního a/nebo vnitřního ucha.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je závislá na rozsahu postižení:

- hluchota obou uší: 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO,
- hluchota jednoho ucha: 25 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

13. Onemocnění HIV získané při transfúzi krve

Onemocněním HIV získaným při transfúzi krve se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí přítomnost viru HIV v séru, který byl prokazatelně do organismu pojištěného dítěte přenesen krvní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Austrálie nebo Nového Zélandu v době platnosti připojištění PPZO. Pojistiteli musí být předloženo písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, a/nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě trpí hemofilii, a/nebo v době oznámení pojistné události je známa účinná léčba onemocnění.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

14. Konečná fáze selhání ledvin

Konečnou fází selhání ledvin se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí úplná a nezvratná ztráta funkce obou ledvin. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby pojištěné dítě podstupovalo pravidelnou hemodialýzu po dobu nejméně tří (3) měsíců.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních dvou (2) let od počátku připojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem připojištění PPZO:

- chronická glomerulonefritida,
- nefropatie způsobená léčivými přípravky,
- hypertenze,
- diabetes mellitus.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

15. Tetanus

Tetanem se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně čtyř (4) týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace.

Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

16. Cukrovka

Cukrovkou se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí získaná chronická hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je diagnóza cukrovky potvrzená diabetologem, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínu po dobu minimálně šesti (6) měsíců.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

17. Nezhoubný nádor mozku

Nezhoubným nádorem mozku se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně a/nebo solidní nezhoubný intrakraniální nádor, který svým růstem způsobuje poškození mozku, jehož přítomnost nezbytně vyžaduje provedení neurochirurgického zákroku a/nebo (pokud je uvedený nádor neoperabilní) způsobuje příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena neurologem a/nebo neurochirurgem.

Pojistná událost nenastává, pokud je nezhoubný nádor mozku klasifikován jako:

- a) cysta,
- b) granulom,
- c) nádor v oblasti hypofýzy.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

18. Transplantace životně důležitého orgánu

Transplantací životně důležitého orgánu se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí vedení pojištěného dítěte v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list) alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu po dobu šesti (6) měsíců a/nebo transplantace alespoň jednoho úplného lidského orgánu z níže uvedeného seznamu:

- a) srdce,
- b) plíce,
- c) játra,
- d) ledvina,
- e) slinivka břišní,
- f) totální ablace kostní dřeně a následná transplantace lidské kostní dřeně za použití kmenových hematopoetických buněk.

Transplantace úplného lidského orgánu musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci podložena předchozím úplným selháním funkce vlastního orgánu.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

19. Operace srdeční chlopně

Operací srdeční chlopně se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopně. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

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

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

20. Operace aorty

Operací aorty se pro účely pojištění dětí v pojištění Garde rozumí operace hrudní a/nebo břišní aorty (bez periferních větví) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpaní, zúžení a/nebo roztržení aorty. Operace srdeční aorty musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci srdeční došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného aplikací omamných či návykových látek.

Pojistné plnění:

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro připojištění PPZO.

Článek 35

Pojistné plnění z připojištění závažného onemocnění karcinomu in situ

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že připojištění PPZOK bylo pro pojištěného v okamžiku pojistné události v platnosti.
2. Pojistná událost z připojištění PPZOK je obecně vymezena ve VPP²⁷, přičemž závažným onemocněním pro toto připojištění se rozumí povrchový zhoubný nádor typu karcinom in situ ve tkáních dále vyjmenovaných orgánů dle zvolené varianty připojištění. Pokud je v pojistné smlouvě sjednána varianta M, jedná se o orgány: penis, prostata, varle a prs. Pokud je v pojistné smlouvě sjednána varianta F, jedná se o orgány: děloha, děložní čípek, vaječník, vejcovod, pochva a prs.
3. Pro účely připojištění PPZOK podle těchto ZPP se karcinomem in situ v tkáni:
 - a) dělohy rozumí nádor, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,
 - b) děložního čípku nebo děložního hrdla rozumí nádor zasahující dvě třetiny tloušťky tkáně, který je klasifikován jako těžké dysplastické změny CIN-3 nebo Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,
 - c) vaječníku rozumí nádor jednoho nebo obou vaječnicků, přičemž není zasazeno pouzdro vaječníku, a nádor je klasifikován jako T1a N0 M0 nebo T1b N0M0 podle TNM klasifikace, resp. FIGO IA nebo FIGO IB,
 - d) vejcovodu rozumí nádor jednoho nebo obou vejcovodů tvořený maligními buňkami omezený na sliznici vejcovodu, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,
 - e) pochvy rozumí nádor charakterizovaný jako vaginální intraepiteliální neoplazie – VAIN, který je klasifikován jako Tis N0 M0 podle TNM klasifikace,
 - f) prsu rozumí nádor jednoho nebo obou prsou tvořený maligními buňkami, které jsou lokalizovány v povrchu tkáně a nemají tak všechny charakteristické rysy zhoubného nádoru a současně je tento nádor klasifikován jako Tis N0 M0 (DCIS), Tis N0 M0 (LCIS) nebo Tis N0 M0 (Paget) podle TNM klasifikace,
 - g) penisu rozumí nádor předkožky a/nebo těla a/nebo žaludu penisu, který je klasifikován jako Tis N0 M0 nebo Ta podle TNM klasifikace; nádor v jiné lokalizaci, například v přilehlé kůži nad břichem a dále onemocnění typu Bowenova dermatóza a/nebo kondyloma nejsou pojistnou událostí,
 - h) prostaty rozumí nádor v prostatě pod pouzdem (intraepiteliální), který je klasifikován jako těžké dysplastické změny „high grade“ PIN 3 nebo T1a nebo T1b podle TNM klasifikace,
 - i) varlete rozumí nádor zasahující oblast jednoho nebo obou varlat, který je klasifikován jako pTis N0 M0 podle TNM klasifikace.
4. Podmínkou vzniku pojistné události z tohoto připojištění dále je, že pojištěný přežije po dobu alespoň dvaceti osmi (28) dní ode dne stanovení diagnózy, a že odborné (histologické) lékařské nálezy prokazují přítomnost nádorových buněk a tyto změny jsou typu karcinom in situ, není-li v odst. 3 tohoto článku uvedeno jinak. Pro účely tohoto připojištění musí být diagnóza vždy doložena výsledkem mikroskopického vyšetření vzorku z pevné tkáně. Pouze u děložního čípku může být doložena výsledkem mikroskopického vyšetření vzorku tkáně odebrané při konizaci a u prostaty může být doložena výsledkem mikroskopického vyšetření vzorku tkáně odebraného při biopsii. Pouze klinická diagnóza nebo výsledek povrchového

stěru buněk (PAP) nebo přítomnost zvýšené hladiny PSA v krvi jsou považovány za předběžné diagnózy a nepostačují pro vznik pojistné události.

5. Pro připojištění PPZOK se sjednává čekací doba²⁸ v délce tří (3) měsíců od počátku připojištění PPZOK.
6. Výše pojistného plnění z připojištění PPZOK je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PPZOK ke dni pojistné události. Pojistitel vyplatí pojistné plnění z připojištění PPZOK nejvýše z jedné pojistné události.
7. Připojištění PPZOK lze pro pojištěného sjednat pouze, pokud má současně sjednáno připojištění PPZO dle článku 32 těchto ZPP. Ke dni zániku připojištění PPZO z jakéhokoli důvodu zaniká i připojištění PPZOK.
8. Přiznáním pojistného plnění z připojištění PPZOK toto připojištění zaniká.
9. Pojistná událost nenastává v případě, že:
 - a) je pojištěný nakažen virem HIV nebo jeho variantami, a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS,
 - b) změny tkáně jsou nižšího stádia, než příslušné stádium uvedené v odst. 3 tohoto článku,
 - c) by pojištěnému vznikl současně pro danou diagnózu i nárok na pojistné plnění z připojištění PPZO.

Článek 36

Pojistné plnění z připojištění pracovní neschopnosti

1. Pojistná událost z připojištění DDPN nastává okamžikem, kdy uplynula doba, po kterou trvala nepřetržitě plná pracovní neschopnost pojištěného vzniklá následkem úrazu nebo nemoci (dále také jen „odkladná doba“) a která je stanovena v konkrétní pojistné smlouvě. Podmínkou vzniku pojistné události dále je, že toto připojištění trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci do dne pojistné události. V případě pracovní neschopnosti následkem úrazu je dále podmínkou vzniku pojistné události, že tato plná pracovní neschopnost začala v období prvních dvanácti (12) měsíců od okamžiku úrazu.
2. Plnou pracovní neschopností se pro účely připojištění DDPN rozumí přechodná nebo trvalá plná neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku nemoci nebo úrazu své stávající zaměstnání či výdělečnou činnost. Současně platí, že tato neschopnost musí být následkem nemoci nebo úrazu pojištěného při naplnění dalších podmínek pojistné smlouvy. Plnou pracovní neschopnost pojištěného posuzuje pojistitel zejména na základě dokladů potvrzených lékařem, případně také na základě stanoviska (podkladů) zdravotnického zařízení pověřeného pojistitelem.
3. Pro připojištění DDPN se sjednává čekací doba²⁹ v délce tří (3) měsíců od počátku připojištění DDPN. V případě pojistné události, kterou je plná pracovní neschopnost v důsledku úrazu nebo v důsledku akutního infekčního onemocnění, se čekací doba neuplatňuje.
4. Z připojištění pracovní neschopnosti vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události, kterou je plná pracovní neschopnost pojištěného, a pokud jsou splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na plnění.
5. Výše pojistného plnění se stanoví jako násobek částky a/nebo procenta z této částky sjednané(ho) v konkrétní pojistné smlouvě (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů trvání plné pracovní neschopnosti následujících po uplynutí odkladné doby, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
6. Pojistitel vyplatí celkem z jedné pojistné události z připojištění DDPN nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dnům sníženým o počet dnů sjednané odkladné doby. Dosáhne-li pojistné plnění z jedné pojistné události výše stanovené podle předchozí věty, připojištění DDPN zaniká.
7. Pro účely odst. 6 tohoto článku se plná pracovní neschopnost pro více nemocí či úrazů současně považuje za jednu pojistnou událost. Za jednu pojistnou událost se rovněž považují plné

pracovní neschopnosti v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje šest (6) měsíců.

8. Zánikem připojištění DDPN zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícímu dni zániku připojištění DDPN.
9. Pojistník a/nebo pojištěný je povinen oznámit pojistiteli plnou pracovní neschopnost pojištěného vždy nejpozději jeden (1) měsíc po jejím vzniku. Současně je pojistník a/nebo pojištěný povinen doložit potřebné doklady potvrzené lékařem, které si pojistitel vyžádá, a prokázat výši čistého příjmu. Pojistník a/nebo pojištěný je dále povinen kdykoliv na žádost pojistitele neprodleně prokázat trvání plné pracovní neschopnosti včetně doložení podkladů dle předchozí věty. Pojistitel nepožaduje doložení potřebných dokladů potvrzených lékařem, pokud pojistná událost nastala při pobytu pojištěného na území ostatních států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Austrálie nebo Nového Zélandu; v takovém případě je však pojistná ochrana poskytována jen při lékařsky nezbytné hospitalizaci v důsledku akutního onemocnění nebo úrazu vzniklého na území těchto států. Pokud je některá povinnost podle tohoto odstavce porušena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pokud pojistiteli není nejpozději jeden (1) měsíc po jejím vzniku oznámena plná pracovní neschopnost pojištěného, je pojistitel oprávněn považovat za pojistnou událost až den takového oznámení plné pracovní neschopnosti.
10. Pokud je délka plné pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčby pro příslušnou diagnózu, a tato neúměrná délka plné pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněna, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
11. Výše sjednané denní dávky nesmí spolu s příjmy, které pojištěnému náleží z důvodu plné pracovní neschopnosti, zejména s plněními, která pojištěný v případě plné pracovní neschopnosti může nárokovat od zaměstnavatele, z titulu nemocenského pojištění nebo jiných dávek sociálního zabezpečení, nebo s plněními od ostatních pojistitelů k vyrovnání své ztráty na výdělku nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz, přesáhnout průměrný čistý příjem pojištěného v uplynulém kalendářním roce na jeden (1) kalendářní den. V opačném případě je pojistitel oprávněn výši pojistného plnění přiměřeně snížit dle skutečných poměrů.
12. Pro účely připojištění DDPN se čistým příjmem pojištěného rozumí:
 - a) příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o daních z příjmu³⁰, a to zejména po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti³¹, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění³²,
 - b) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmu³³, a to po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, a po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu).
13. Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojistiteli nejpozději do patnácti (15) dnů od nastalé nebo zjištěné skutečnosti písemně oznámit každou změnu povolání pojištěného, ukončení (přerušeni) výkonu povolání pojištěného, snížení čistých příjmů pojištěného v uplynulém kalendářním roce oproti příjmům oznámeným pojistiteli v souvislosti s připojištěním DDPN o více než 20 %, zvýšení nebo vznik jiných nároků pojištěného v důsledku plné pracovní neschopnosti, zejména zvýšení, vznik nebo prodloužení délky nároku na vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele nebo uzavření pojistné smlouvy na pojištění ztráty příjmu v důsledku nemoci a/nebo úrazu s jiným pojistitelem. Pokud je některá povinnost podle předchozí věty porušena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
14. Pojistné plnění je splatné do patnácti (15) dnů ode dne, kdy pojistitel ukončil šetření výše pojistného plnění, nejpozději však

- do jednoho (1) měsíce ode dne, kdy byly pojistiteli doručeny v souladu s odst. 8 tohoto článku všechny požadované doklady.
15. Pokud doba trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku poplatků a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z připojištění DDPN přesáhne částku uvedenou v Sazebníku poplatků, poskytne pojistitel na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku poplatků.
 16. Pojistná událost nenastává, pokud plná pracovní neschopnost pojištěného nastala:
 - a) následkem onemocnění souvisejícího s nefyziologickým průběhem těhotenství a/nebo prenatálního či perinatálního vývoje plodu,
 - b) v období, kdy pojištěný není osobou výdělečně činnou (tj. nemá příjem ze závislé činnosti či funkčních požitků ani pravidelný příjem z podnikání či jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů³⁴) a v období, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc (podporu) v nezaměstnanosti, v mateřství nebo rodičovský příspěvek,
 - c) následkem nemoci či úrazu, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období tří (3) let před počátkem tohoto připojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.

Článek 37

Pojistné plnění z připojištění hospitalizace

1. Za pojistnou událost se v připojištění DDH považuje okamžik, kdy uplynulo dvacet čtyři (24) hodin nemocniční lůžkové péče poskytnuté tomu kterému pojištěnému na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Austrálie nebo Nového Zélandu, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku onemocnění nebo úrazu (dále také jen „hospitalizace“); podmínkou je, že toto připojištění DDH trvalo nepřetržitě ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, pro které byl pojištěný následně hospitalizován, do okamžiku pojistné události a v případě hospitalizace v důsledku úrazu je navíc podmínkou, že k této hospitalizaci došlo v období prvních dvanácti (12) měsíců od okamžiku úrazu.
2. O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, pokud ošetření pojištěného musí být vzhledem k závažnosti onemocnění nebo úrazu nebo charakteru ošetření provedeno v nemocnici na lůžkové části.
3. Pro připojištění DDH se sjednává čekací doba³⁵ v délce tří (3) měsíců od počátku připojištění DDH toho kterého pojištěného. V případě pojistné události, kterou je hospitalizace v důsledku úrazu nebo v důsledku akutního infekčního onemocnění, se čekací doba neuplatňuje. Zvláštní čekací doba v délce osmi (8) měsíců je sjednána pro případ hospitalizace související s těhotenstvím nebo s porodem pojištěného.
4. Z připojištění hospitalizace vznikne nárok na pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události, kterou je hospitalizace pojištěného, a pokud jsou splněny všechny podmínky stanovené v pojistné smlouvě pro vznik nároku na plnění.
5. Výše pojistného plnění se stanoví jako násobek částky a/nebo procenta z této částky sjednané(ho) v konkrétní pojistné smlouvě pro toho kterého pojištěného (dále také jen „denní dávka“) a počtu kalendářních dnů hospitalizace, po které se ten který pojištěný zdržoval v nemocnici. Pro účely stanovení výše pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný do nemocničního ošetření přijat, a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují se za jeden (1) den hospitalizace.
6. Pojistitel vyplatí celkem z jedné pojistné události z připojištění DDH nejvýše částku odpovídající násobku sjednané denní dávky a 365 dnů. Dosáhne-li pojistné plnění z jedné pojistné události výše stanovené podle předchozí věty, připojištění DDH pro toho kterého pojištěného zaniká.
7. Pro účely odst. 6 tohoto článku se za jednu pojistnou událost považují hospitalizace v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje šest (6) měsíců.

8. Zánikem připojištění DDH zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícího dni zániku připojištění DDH.
9. Pojistník a/nebo pojištěný je povinen oznámit pojistiteli hospitalizaci pojištěného bez zbytečného odkladu, a to nejpozději patnáct (15) dní po ukončení hospitalizace, dále pak doložit potřebné doklady, které si pojistitel vyžádá, zejména kopii propouštěcí zprávy. Pokud je některá povinnost podle předchozí věty porušena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
10. Pojistné plnění je splatné do patnácti (15) dnů ode dne, kdy pojistitel ukončil šetření výše pojistného plnění, nejpozději však do jednoho (1) měsíce ode dne, kdy byly pojistiteli doručeny v souladu s odst. 9 tohoto článku všechny požadované doklady, zejména kopie propouštěcí zprávy.
11. Pokud doba trvání hospitalizace pojištěného přesáhne dobu uvedenou v Sazebníku poplatků a/nebo výše předpokládaného pojistného plnění z připojištění DDH přesáhne částku uvedenou v Sazebníku poplatků, poskytne pojistitel na písemnou žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění až do maximální výše stanovené v Sazebníku poplatků.
12. Pojistná událost však nenastává v těchto případech hospitalizace pojištěného:
 - a) v důsledku nemoci či úrazu, pro něž byl pojištěný léčen nebo lékařsky sledován a/nebo kterých si byl vědom v období tří (3) let před počátkem tohoto připojištění a/nebo u něj byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky,
 - b) v léčbě pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčbě tuberkulózy a respiračních onemocnění nebo v jiném odborně léčebném ústavu, v psychiatrické léčebně nebo v jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, v protialkoholní léčebně nebo při léčbě toxikománie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče,
 - c) v nemocnici, která neužívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody,
 - d) v souvislosti s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče,
 - e) v souvislosti s kosmetickými a dalšími zdravotními úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - f) v souvislosti s preventivními lékařskými vyšetřeními,
 - g) v souvislosti se sterilizací, s antikoncepcí nebo s vyšetřením souvisejícím s neplodností,
 - h) v souvislosti s nákazou a/nebo s podezřením na nákazu a/nebo s onemocněním virem HIV nebo jeho variantami,
 - i) hospitalizace pojištěného dítěte v souvislosti s vrozenou vadou.

Článek 38

Úvěrová asistence

1. V pojistné smlouvě může být pro hlavního pojištěného sjednána tzv. úvěrová asistence, která představuje kombinaci níže uvedených pojistných krytí, společně sjednaných k pojištění pro případ smrti nebo dožití hlavního pojištěného:
 - a) připojištění invalidity 2+3 podle článku 29 těchto ZPP,
 - b) připojištění závažných onemocnění podle článku 32 těchto ZPP a
 - c) zvýšení pojistné částky pro případ smrti o klesající složku.
2. Pojistné plnění z připojištění invalidity 2+3 je pro účely úvěrové asistence vždy sjednáno ve formě jednorázové výplaty. Nárok na pojistné plnění vzniká pouze za předpokladu, že invalidita pojištěného dle článku 29 těchto ZPP trvala nepřetržitě alespoň osmnáct (18) měsíců ode dne doručení posudku pojistiteli a pojistiteli bylo trvání invalidity na konci této lhůty prokázáno. Tato doba trvání invalidity se nevyžaduje v případě, že invaliditu pojištěného lze jednoznačně označit za trvalou a nevratnou.
3. Ke dni zániku kteréhokoli připojištění sjednaného v rámci úvěrové asistence z důvodu pojistné události nebo v důsledku události definované v článku 11, odst. 4 VPP nebo v článku 29,

odst. 16 těchto ZPP se příslušná klesající složka pojistné částky pro případ smrti sjednaná v rámci úvěrové asistence snižuje na nulu a zanikají všechna připojištění sjednaná v rámci úvěrové asistence.

4. Ke dni snížení příslušné klesající složky pojistné částky pro případ smrti sjednané v rámci úvěrové asistence na nulu zanikají všechna připojištění sjednaná v rámci úvěrové asistence.
5. Pokud v důsledku události definované v článku 11, odst. 4 VPP nebo v článku 29, odst. 16 těchto ZPP úvěrová asistence zanikne, zvýší pojistitel počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 12, odst. 2 těchto ZPP v souvislosti s veškerým pojistným krytím v rámci úvěrové asistence.

PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

Článek 39

Programy investování

1. Každý program investování je vztažen k odděleným a identifikovatelným aktivům pojistitele.
2. Pojistník si může zvolit z řady programů investování odlišujících se typem aktiv, ke kterým jsou vztaženy, a tím i výnosností a mírou rizika.
3. Pojistitel si vyhrazuje právo uzavřít kdykoliv vstup do programu investování pro účely specifikované v člancích 9, 18, 19 a 20 těchto ZPP.
4. Jakékoliv výnosy a zhodnocení aktiv, ke kterým je program investování vztažen, budou připisány k těmto aktivům. Tato částka, po odečtení případného zdanění, zvýší hodnotu všech podílů programu investování.
5. Podíly programu investování mohou být vytvořeny pouze tehdy, pokud jsou do portfolia aktiv, k nimž je vztažen program investování, přidána aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě vytvářených podílů.
6. S výjimkou článku 41, odst. 4, 5 a 6 těchto ZPP mohou být z portfolia aktiv, k nimž je vztažen program investování, odebrána aktiva pouze tehdy, pokud jsou v programu investování zrušeny podíly, jejichž hodnota odpovídá hodnotě odebíraných aktiv.
7. Vzhledem k charakteru programů investování není cena jejich podílů pojistitelem garantována, může tedy dojít k jejímu růstu i poklesu, není-li výslovně ujednáno jinak.
8. Pojistitel si vyhrazuje právo ustanovit další programy investování nebo sloučit, rozdělit či uzavřít existující programy investování. Pojistník bude písemně vyzooměn o každém takovém sloučení, rozdělení či uzavření.

Článek 40

Omezení zájmu v programech investování

1. Připisování podílů jednotlivých programů investování na podílový účet je pouze pomyslné a slouží výhradně ke stanovení výše pojistného plnění a jiných nároků plynoucích z pojištění Garde.
2. Aktiva, k nimž jsou jednotlivé programy investování vztaženy, a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění Garde. Pojištění Garde proto nezakládá žádný nárok na žádná aktiva pojistitele, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.

Článek 41

Oceňování programů investování

1. Aktiva, k nimž jsou jednotlivé programy investování vztaženy, budou oceňována pojistitelem minimálně jednou za měsíc.
2. Maximální hodnota programu investování je stanovována pojistitelem, a to na základě tržní hodnoty, za kterou by mohla být reálně pořízena aktiva, k nimž je program investování vztažen, zvýšené o náklady související s jejich pořízením, snižené o odpočty na pokrytí nákladů, poplatků souvisejících se

správou a daňových a jiných srážek souvisejících s programem investování, které jsou skutečným či potenciálním závazkem těchto aktiv, a o výpůjčky spojené s programem investování.

3. Minimální hodnota programu investování je stanovována pojistitelem, a to na základě tržní hodnoty, za kterou by mohla být reálně prodána aktiva, k nimž je program investování vztažen, snižené o náklady vynaložené na jejich realizaci, snižené o odpočty na pokrytí nákladů, poplatků souvisejících se správou a daňových a jiných srážek souvisejících s programem investování, které jsou skutečným či potenciálním závazkem těchto aktiv, a o výpůjčky spojené s programem investování.
4. Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je program investování vztažen, všechny náklady, srážky a jiné poplatky přímo spojené se spravováním programu investování, včetně výdajů na pořízení, prodej, oceňování a správu těchto aktiv.
5. Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je program investování vztažen, všechny daňové srážky spojené s těmito aktivy a jiné srážky spojené s programem investování, které pojistitel uzná skutečným nebo potenciálním závazkem těchto aktiv, a úroky z výpůjček v souvislosti s programem investování.
6. Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je program investování vztažen, částku související se správou aktiv stanovenou pojistitelem (tzv. poplatek za správu aktiv). Výše poplatku za správu aktiv nepřesáhne 2 % ročně z hodnoty těchto aktiv. Tento poplatek je odečítán po částech, a to při každém oceňování.
7. Pojistitel provede všechna rozhodnutí týkající se oceňování aktiv, k nimž je program investování vztažen, a je oprávněn stanovit správce portfolia odpovědného za správu těchto aktiv.

Článek 42

Stanovení cen podílů programů investování

1. Nákupní a prodejní cena podílů jednotlivých programů investování je stanovována pojistitelem každý oceňovací den. Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílů činí 5 % z nákupní ceny podílů.
2. Nákupní cena podílů programu investování je stanovena tak, aby nepřesáhla maximální hodnotu programu investování vynásobenou koeficientem 100/95 a vydělenou celkovým počtem podílů programu investování. Výsledek je zaokrouhlen nahoru, a to nejvýše o jedno (1) procento.
3. Prodejní cena podílů programu investování je stanovena tak, aby nebyla nižší než minimální hodnota programu investování vydělená celkovým počtem podílů programu investování. Výsledek je zaokrouhlen dolů, a to nejvýše o jedno (1) procento.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 43

1. Pojistitel je oprávněn změnit tyto ZPP v dohodě s pojistníkem. Návrh nového znění Zvláštních pojistných podmínek doručí pojistitel pojistníkovi. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nových (změněných) Zvláštních pojistných podmínek a dnem účinnosti změny bylo období nejméně čtyřiceti (40) dní. Nedoručí-li pojistník poté pojistiteli nejméně deset (10) dní přede dnem účinnosti změny sdělení, že nesouhlasí se změnou Zvláštních pojistných podmínek, potvrzuje tím svůj souhlas se změnou Zvláštních pojistných podmínek ve znění, v jakém mu byla doručena. Úkony účastníků (stran) pojištění Garde se posuzují podle té úpravy Zvláštních pojistných podmínek, která je platná pro účastníky pojištění Garde ke dni, kdy se o úkonu dozvěděl účastník, kterému byl adresován.
2. Dohodou o změně pojistné smlouvy o přijetí nových souvisejících Zvláštních pojistných podmínek pojistník i pojistitel akceptují zároveň Všeobecné pojistné podmínky platné ke dni uzavření dohody o změně Zvláštních pojistných podmínek.

3. Pojistitel si vyhrazuje právo vyhlásit možnost uzavírání dohod o změně stávající pojistné smlouvy či dodatečného uzavření připojištění k životnímu pojištění formou obchodu na dálku³⁶, přičemž rozsah a podmínky budou zveřejněné předem na internetových stránkách pojistitele.
4. Pojistitel si vyhrazuje možnost určit, která specifikovaná sdělení, oznámení nebo žádosti týkající se pojištění mohou být učiněna jinou formou než písemně, přičemž stanoví předepsanou formou.
5. Při předčasném ukončení pojistné smlouvy z jiného důvodu než pojistnou událostí je pojistitel oprávněn požadovat poplatek dle aktuálního Sazebníku poplatků ke dni počátku pojištění.
6. Výši a předmět poplatků uvedených v těchto ZPP je pojistitel povinen zveřejňovat v Sazebníku poplatků na internetových stránkách pojistitele³⁷.
7. Pro to které konkrétní pojištění platí, že se použijí přednostně ustanovení konkrétní pojistné smlouvy před ustanoveními ZPP, ustanovení ZPP se použijí přednostně před ustanoveními VPP a ustanovení VPP se použijí před ustanoveními zákona. Ustanovení věty první se nevztahuje na ustanovení obecně závazných právních předpisů, která mají kogentní charakter.
8. Pojistitel je oprávněn proti jakémukoli svému plnění z pojištění započíst dlužné částky pojistného a jiné své splatné pohledávky z pojištění.
9. Pojistitel je povinen plnit pouze na bankovní účet vedený v České republice nebo na adresu oprávněné osoby v České republice. Platby, jejichž výše přesahuje hranici stanovenou pojistitelem³⁸, poukazuje pojistitel pouze bezhotovostním způsobem, nedohodnou-li se strany jinak.
10. V případech, kdy pojištěný, pojistník, oprávněná osoba nebo jakákoli třetí osoba se vztahem k pojištění VIS činí úkony související s odkupným nebo s pojistnou událostí, přičemž výše odkupného či pojistného plnění může překročit hranici stanovenou pojistitelem³⁹, je pojistitel oprávněn požadovat, aby listiny byly podepisovány buď před určeným pracovníkem pojistitele (s tím, že tento pracovník je oprávněn zkontrolovat identitu osoby činící podpis nebo prohlášení podle úředního dokladu) nebo s úředním ověřením podpisu příslušným orgánem státní správy, resp. samosprávy, nebo notářem. Tím nejsou dotčeny povinnosti pojistitele spojené s existencí opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu⁴⁰.
11. Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 15. 3. 2013.

¹ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě)

² ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

³ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 10 VPP

⁴ ke dni účinnosti těchto ZPP viz Sazebník poplatků

⁵ ke dni účinnosti těchto ZPP viz § 3 zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

⁶ ke dni účinnosti těchto ZPP program investování Peněžní trh

⁷ ke dni účinnosti těchto ZPP je alokační procento pro mimořádné pojistné minimálně 100 %

⁸ ke dni účinnosti těchto ZPP „Index (ročního růstu) spotřebitelských cen v jednotlivých měsících – domácí celkem“ uveřejňovaný Českým statistickým úřadem

⁹ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 7, odst. 4 VPP

¹⁰ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

¹¹ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

¹² ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

¹³ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 12 VPP

¹⁴ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 2 VPP

¹⁵ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 2 VPP

¹⁶ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), vydání platné k 1.1.2012

¹⁷ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), vydání platné k 1.1.2012

¹⁸ aktuální oceňovací tabulka je zveřejněna na internetových stránkách pojistitele

¹⁹ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP a článek 11, odst. 1 a 4 VPP

²⁰ ke dni účinnosti těchto ZPP Posudek o invaliditě vydaný správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného

²¹ ke dni účinnosti těchto ZPP Posudek o invaliditě vydaný správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného

²² ke dni účinnosti těchto ZPP Posudek o invaliditě vydaný správou sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, nebo pro případ změny předpisů jemu na roveň postavený dokument prokazující invaliditu pojištěného

²³ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 6 VPP

²⁴ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 7 VPP

²⁵ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP a článek 11, odst. 1 a 4 VPP

²⁶ ke dni účinnosti těchto ZPP v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., vyhláška o posuzování nemocí z povolání

²⁷ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 7 VPP

²⁸ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP a článek 11, odst. 1 a 4 VPP

²⁹ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP

³⁰ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

³¹ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

³² ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

³³ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

³⁴ ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

³⁵ ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP

³⁶ ke dni účinnosti těchto ZPP viz § 3, písm. bb) zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě)

³⁷ ke dni účinnosti těchto ZPP www.metlife.cz

³⁸ ke dni účinnosti těchto ZPP je tato hranice stanovena na Kč 50 000,- (padesát-tisíc-korun-českých)

³⁹ ke dni účinnosti těchto ZPP je tato hranice stanovena na Kč 50 000,- (padesát-tisíc-korun-českých)

⁴⁰ ke dni účinnosti těchto ZPP zejména zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu

PŘÍLOHA ZPP GARDE 1.0

TABULKA Č. 1 – HODNOCENÍ TRVALÉHO TĚLESNÉHO POŠKOZENÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU:

Ztrátou části těla (orgánu, končetiny nebo její části) se v následujícím seznamu rozumí úplná fyzická ztráta nebo úplné pozbytí funkce, není-li uvedeno jinak. Při hodnocení omezení hybnosti nebo nestability se již nehodnotí zjištěná svalová atrofie.

Je-li funkční projev trvalého následku závažného poranění hlavy uveden v tabulce, je hodnocen podle příslušné položky. Není-li uveden v tabulce, je hodnocen podle položky č. 61.

Hlava a smyslové orgány		
Oko		
1	Ztráta zraku	dle tabulky č. 2
2	Za anatomickou ztrátu celého oka se ke ztrátě zraku připočítává	5 %
3	Zúžení zorného pole	0,5 % – 20 %
4	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována snesitelnou brýlovou korekcí ve věku do 15 let včetně	15 %
5	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována snesitelnou brýlovou korekcí ve věku nad 15 let	12 %
6	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována kontaktní čočkou	10 %
7	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována artefakií ve věku do 50 let včetně	8 %
8	Ztráta čočky u vidoucího oka plně kompenzována artefakií ve věku nad 50 let	3 %
9	Ztráta čočky u vidoucího oka nekompenzovatelná nebo kompenzovatelná částečně – hodnotí se podle výsledné zrakové ostrosti	dle tabulky č. 2
10	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku do 15 let včetně	12 %
11	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku od 15 let do 45 let včetně	8 %
12	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku od 45 let do 60 let včetně	3 %
13	Traumatická porucha akomodace nepodmíněná ztrátou čočky ve věku nad 60 let	0 %
14	Traumatická porucha postavení očí s dvojitým viděním svise	20 %
15	Traumatická porucha postavení očí s dvojitým viděním vodorovně	13 %
16	Traumatická porucha postavení očí s dvojitým viděním jen při určitém pohledu	7 %
17	Úplná oboustranná ptosa horního víčka u vidoucího oka	40 %
18	Úplná jednostranná ptosa horního víčka u vidoucího oka	20 %
19	Poúrazový lagofthalmus	7 %
20	Deformace víček	6 %
21	Chybné postavení očních řas (trichiaza) způsobující komplikace	5 %
22	Porušení průchodnosti slzných cest v oblasti dolního víčka nebo níže	5 %
23	Porušení průchodnosti slzných cest v oblasti horního víčka	2 %
24	Rozšíření a ochrnutí zornice vidoucího oka	3 %
25	Deformita oka (mimo poruch zornice)	5 %
26	Deformace očníce	6 %
Ucho		
27	Hluchota oboustranná	50 %
28	Hluchota jednostranná	20 %
29	Nedoslýchavost jednostranná – velmi těžkého stupně (ztráta 81 dB – 95 dB)	13,5 % – 20 %
30	Nedoslýchavost jednostranná – těžkého stupně (ztráta 61 dB – 80 dB)	7,5 % – 13 %
31	Nedoslýchavost jednostranná – středního stupně (ztráta 41 dB – 60 dB)	3,5 % – 7 %
32	Nedoslýchavost jednostranná – lehkého stupně (ztráta 26 dB – 40 dB)	0,5 % – 3 %
33	Porucha labyrintu oboustranná	30 %
34	Porucha labyrintu jednostranná	15 %
35	Ztráta obou boltců	15 %
36	Ztráta jednoho boltce	10 %
37	Těžká deformace boltce	4 %
38	Lehká deformace boltce	2 %
Nos		
39	Ztráta nosu se zúžením průduchů	30 %
40	Ztráta nosu bez zúžení průduchů	15 %
41	Ztráta hrotu nosu	8 %
42	Deformace nosu	7 %
43	Perforace nosní přepážky	5 %
44	Ztráta čichu a/nebo chuti	až 10 %

Hlava		
45	Ztráta vlasů po skalpaci nad 50 % povrchu hlavy	15,5 % – 30 %
46	Ztráta vlasů po skalpaci do 50 % povrchu hlavy včetně	až 15 %
47	Kostní defekt klenby lební v rozsahu nad 10 cm ²	15,5 % – 25 %
48	Kostní defekt klenby lební v rozsahu od 2 cm ² do 10 cm ² včetně	5,5 % – 15 %
49	Kostní defekt klenby lební v rozsahu do 2 cm ² včetně	až 5 %
50	Moková píštěl po poranění spodiny lební (likvoreu)	10 %
51	Porucha řeči centrálního původu po úrazu – těžkého stupně	25 %
52	Porucha řeči centrálního původu po úrazu – středního stupně	12 %
53	Porucha řeči centrálního původu po úrazu – lehkého stupně	6 %
54	Traumatická porucha lícního nervu těžkého stupně – oboustranná	50 %
55	Traumatická porucha lícního nervu těžkého stupně – jednostranná	20 %
56	Traumatická porucha lícního nervu lehkého stupně – oboustranná	10 %
57	Traumatická porucha lícního nervu lehkého stupně – jednostranná	5 %
58	Traumatické postižení trojklanného nervu	3 %
59	Organický psychosyndrom	10 %
60	Postkomoční syndrom	3 %
61	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) neurologické mozkové poruchy po závažném poranění hlavy	5 % – 50 %
Dutina ústní a zuby		
62	Ztráta jazyka	30 %
63	Stav po poranění jazyka s defektem tkáně nebo jizevnatými deformacemi	7 %
64	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami (zúžení úst, omezení hybnosti dolní čelisti, defekty rtu) a/nebo deformující jizvy těžkého stupně	20 %
65	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami (zúžení úst, omezení hybnosti dolní čelisti, defekty rtu) a/nebo deformující jizvy středně těžkého stupně	13 %
66	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami (zúžení úst, omezení hybnosti dolní čelisti, defekty rtu) a/nebo deformující jizvy lehkého stupně	7 %
67	Ztráta jednoho zubu trvalého chrupu	0,5 %
68	Ztráta každého dalšího zubu trvalého chrupu	1 %
69	Ztráta vitality, odlomení nebo poškození jednoho a/nebo více zubů trvalého chrupu	(max 10 % za všechny zuby)
70	Ztráta vitality, odlomení, poškození nebo ztráta zubní náhrady nebo zubu mléčného chrupu	0 %
Krk		
71	Trvalá tracheostomie	50 %
72	Zúžení hrtanu a/nebo průdušnice – těžkého stupně	50,5 % – 80 %
73	Zúžení hrtanu a/nebo průdušnice – středního stupně	30,5 % – 50 %
74	Zúžení hrtanu a/nebo průdušnice – lehkého stupně	10 % – 30 %
75	Ztráta hlasu – afonie (z jiných příčin než zúžení hrtanu a/nebo průdušnice)	25 %
76	Poškození hlasu – středního stupně (z jiných příčin než zúžení hrtanu a/nebo průdušnice)	12 %
77	Poškození hlasu – lehkého stupně (z jiných příčin než zúžení hrtanu a/nebo průdušnice)	6 %
Hrudník, plíce, srdce a jícen		
78	Pouřazové selhání obou plic – úplné	100 %
79	Ztráta jedné plíce	50 %
80	Omezení hybnosti hrudníku a/nebo srůsty plic následkem poranění plic a/nebo stěny hrudní těžkého stupně	20 %
81	Omezení hybnosti hrudníku a/nebo srůsty plic následkem poranění plic a/nebo stěny hrudní středního stupně	10 %
82	Omezení hybnosti hrudníku a/nebo srůsty plic následkem poranění plic a/nebo stěny hrudní lehkého stupně	5 %
83	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) následky poranění plic – oboustranné	10 % – 80 %
84	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) následky poranění plic – jednostranné	5 % – 40 %
85	Poškození velkých cév v oblasti hrudníku a/nebo srdce – těžkého stupně	70,5 % – 100 %
86	Poškození velkých cév v oblasti hrudníku a/nebo srdce – středního stupně	40,5 % – 70 %
87	Poškození velkých cév v oblasti hrudníku a/nebo srdce – lehkého stupně	10 % – 40 %
88	Zúžení jícnu – těžkého stupně	60 %
89	Zúžení jícnu – středního stupně	30 %
90	Zúžení jícnu – lehkého stupně	5 %
91	Píštěl jícnu	30 %
92	Ztráta prsu do 45 let věku včetně	10 %
93	Ztráta prsu nad 45 let věku	5 %

Břicho a trávicí orgány		
94	Poškození trávicích orgánů	20 % – 100 %
95	Ztráta sleziny	20 %
96	Chronická sterkorální píštěl	20 %
97	Porucha funkce řitních svěračů	10 % – 20 %
98	Poškození břišní stěny (včetně kýly)	0 %
Močové a pohlavní orgány		
99	Ztráta obou ledvin	100 %
100	Ztráta jedné ledviny	25 %
101	Poškození ledviny a/nebo močového měchýře a/nebo močových cest – těžkého stupně	25,5 % – 50 %
102	Poškození ledviny a/nebo močového měchýře a/nebo močových cest – středního stupně	10,5 % – 25 %
103	Poškození ledviny a/nebo močového měchýře a/nebo močových cest – lehkého stupně	5 % – 10 %
104	Píštěl močového měchýře a/nebo močové roury	20 %
105	Ztráta obou varlat do 45 let věku včetně	40 %
106	Ztráta obou varlat nad 45 let věku	30 %
107	Ztráta jednoho varlete	10 %
108	Ztráta a/nebo závažné deformity penisu do 45 let věku včetně	50 %
109	Ztráta a/nebo závažné deformity penisu nad 45 let věku	40 %
110	Hydrokéla pouřazová	5 %
111	Ztráta dělohy do 45 let věku včetně	50 %
112	Ztráta dělohy nad 45 let věku	10 %
113	Ztráta obou vaječníků nebo jednoho při poškození druhého jiného původu do 45 let věku včetně	40 %
114	Ztráta obou vaječníků nebo jednoho při poškození druhého jiného původu nad 45 let věku	20 %
115	Ztráta jednoho vaječnicku	10 %
116	Pouřazová deformace pochvy a zevních ženských pohlavních orgánů – těžkého stupně	40 %
117	Pouřazová deformace pochvy a zevních ženských pohlavních orgánů – středního stupně	20 %
118	Pouřazová deformace pochvy a zevních ženských pohlavních orgánů – lehkého stupně	10 %
Páteř, mícha a pánev		
119	Pouřazová kvadruplegie	100 %
120	Pouřazová kvadruparéza	50 %
121	Pouřazová paraplegie	100 %
122	Pouřazová hemiplegie	100 %
123	Pouřazová paraparéza	25 %
124	Pouřazová hemiparéza	25 %
125	Pouřazová monoplegie	50 %
126	Pouřazová monoparéza	10 %
127	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů – těžkého stupně	40 %
128	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů – středního stupně	20 %
129	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů – lehkého stupně	7 %
130	Pouřazové poškození páteře s objektivním postižením míšních kořenů – těžkého stupně	15 %
131	Pouřazové poškození páteře s objektivním postižením míšních kořenů – středního stupně	10 %
132	Pouřazové poškození páteře s objektivním postižením míšních kořenů – lehkého stupně	7 %
133	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) pouřazové poškození páteře – těžkého stupně	5 %
134	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) pouřazové poškození páteře – středního stupně	3 %
135	Jiné (jinde v tabulce neuvedené) pouřazové poškození páteře – lehkého stupně	1 %
136	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin do 45 let věku včetně – těžkého stupně	65 %
137	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin do 45 let věku včetně – středního stupně	30 %
138	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin do 45 let věku včetně – lehkého stupně	10 %
139	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku věku – těžkého stupně	50 %
140	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku věku – středního stupně	25 %
141	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku věku – lehkého stupně	10 %

Horní končetina		Dominantní	Nedominantní
142	Anatomická ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo mezi ramenním kloubem a loketním kloubem s pahýlem nevhodným k protézování	70 %	60 %
143	Anatomická ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo mezi ramenním kloubem a loketním kloubem s pahýlem vhodným k protézování	50 %	40 %
144	Úplná ztuhlost ramenního kloubu	30 %	25 %
145	Omezení pasivní hybnosti ramenního kloubu – těžkého stupně	10,5 % – 18 %	8,5 % – 15 %
146	Omezení pasivní hybnosti ramenního kloubu – středního stupně	5,5 % – 10 %	4,5 % – 8 %
147	Omezení pasivní hybnosti ramenního kloubu – lehkého stupně	až 5 %	až 4 %
148	Habituální vykloubení ramene	15 %	12 %
149	Endoprotéza ramenní hlavice	3 %	2 %
150	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulárního a/nebo akromioklavikulárního kloubu	6 %	5 %
151	Pakloub kosti pažní	40 %	30 %
152	Úplná ztuhlost loketního kloubu	25 %	20 %
153	Omezení hybnosti loketního kloubu – těžkého stupně	12,5 % – 18 %	10,5 % – 15 %
154	Omezení hybnosti loketního kloubu – středního stupně	8,5 % – 12 %	5,5 % – 10 %
155	Omezení hybnosti loketního kloubu – lehkého stupně	až 8 %	až 5 %
156	Viklavý loketní kloub	17 %	15 %
157	Anatomická ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu	50 %	40 %
158	Pakloub obou kostí předloktí	40 %	30 %
159	Pakloub kosti vřetenní	30 %	25 %
160	Pakloub kosti loketní	20 %	15 %
161	Poškození kloubů radioulnárních – úplná ztuhlost	20 %	16 %
162	Poškození kloubů radioulnárních – omezená supinace a pronace předloktí těžkého stupně	15 %	12 %
163	Poškození kloubů radioulnárních – omezená supinace a pronace předloktí středního stupně	12 %	9 %
164	Poškození kloubů radioulnárních – omezená supinace a pronace předloktí lehkého stupně	10 %	7 %
165	Anatomická ztráta ruky v zápěstí	50 %	40 %
166	Anatomická ztráta všech prstů ruky (včetně záprstních kostí)	48 %	38 %
167	Anatomická ztráta prstů ruky s výjimkou palce	45 %	35 %
168	Úplná ztuhlost zápěstí	20 %	15 %
169	Omezení hybnosti zápěstí – těžkého stupně	10,5 % – 15 %	5,5 % – 10 %
170	Omezení hybnosti zápěstí – středního stupně	5,5 % – 10 %	3,5 % – 5 %
171	Omezení hybnosti zápěstí – lehkého stupně	až 5 %	až 3 %
172	Pakloub člunkové kosti	15 %	12 %
173	Anatomická ztráta palce ruky včetně záprstní kosti	27 %	21 %
174	Anatomická ztráta obou článků palce ruky	20 %	16 %
175	Anatomická ztráta koncového článku palce ruky	12 %	7 %
176	Úplná ztuhlost všech kloubů palce	18 %	16 %
177	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce ruky	9 %	8 %
178	Úplná ztuhlost základního kloubu palce ruky	9 %	7,5 %
179	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce ruky	8 %	7 %
180	Omezení hybnosti karpometakarpálního kloubu palce ruky	6 %	5 %
181	Omezení hybnosti základního kloubu palce ruky	4 %	3 %
182	Omezení hybnosti mezičlankového kloubu palce ruky	3 %	2 %
183	Anatomická ztráta ukazováku	15 %	12 %
184	Anatomická ztráta dvou distálních článků ukazováku	8 %	6 %
185	Anatomická ztráta koncového článku ukazováku	5 %	4 %
186	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku	12 %	10 %
187	Úplná ztuhlost základního kloubu ukazováku	7 %	6 %
188	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu ukazováku	5 %	4 %
189	Úplná ztuhlost konečného kloubu ukazováku	1 %	0,5 %
190	Omezení hybnosti základního článku ukazováku	3 %	2 %
191	Omezení hybnosti mezičlankového kloubu ukazováku	2 %	1 %
192	Omezení hybnosti konečného kloubu ukazováku	1 %	0,5 %
193	Anatomická ztráta všech tří článků III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	5 %	4 %
194	Anatomická ztráta dvou článků III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	4 %	3 %

195	Anatomická ztráta jednoho článku III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	3 %	2 %
196	Úplná ztuhlost III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	5 %	4 %
197	Úplná ztuhlost základního kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	3 %	2,5 %
198	Úplná ztuhlost mezičlánekového kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	2 %	1,5 %
199	Úplná ztuhlost konečného kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	1 %	0,5 %
200	Omezení hybnosti v některém kloubu III., IV. nebo V. prstu ruky, za každý prst	1 %	0,5 %
201	Trvalé pouřazové omezení krevního oběhu či lymfatického systému horní končetiny	až 5 %	až 4 %
202	Pouřazová atrofie svalstva horní končetiny	2 %	1 %
203	Obrna celé pleteně pažní (plexus brachialis)	70 %	50 %
204	Obrna podpažního nervu (n. axillaris)	30 %	25 %
205	Obrna vřeteného nervu (n. radialis)	35 %	27 %
206	Obrna svalově kožního nervu (n. musculocutaneus)	30 %	20 %
207	Obrna loketního nervu (n. ulnaris)	30 %	25 %
208	Obrna středního nervu (n. medianus)	30 %	25 %
Dolní končetina			
209	Anatomická ztráta dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo mezi kyčelním a kolenním kloubem s pahýlem nevhodným k protézování	70 %	
210	Anatomická ztráta dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo mezi kyčelním a kolenním kloubem s pahýlem vhodným k protézování	60 %	
211	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu	30 %	
212	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – těžkého stupně	20,5 % – 27 %	
213	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – středního stupně	13,5 % – 20 %	
214	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – lehkého stupně	až 13 %	
215	Nekróza hlavice kosti stehenní	20 %	
216	Endoprotéza kyčelního kloubu	5 %	
217	Pakloub stehenní kosti	30 %	
218	Zkrácení dolní končetiny o více než 6 cm	25 %	
219	Zkrácení dolní končetiny o 4 až 6 cm včetně	15 %	
220	Zkrácení dolní končetiny o 2 až 4 cm včetně	5 %	
221	Zkrácení dolní končetiny do 2 cm	0 %	
222	Deformity kosti stehenní vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační úchylce (úchylky nad 45° jsou hodnoceny jako ztráta končetiny; při hodnocení osové úchylky nelze současně hodnotit zkrácení končetiny)	5 % (za každých celých 5° úchylky)	
223	Úplná ztuhlost kolenního kloubu	25 %	
224	Omezení hybnosti kolenního kloubu – těžkého stupně	18,5 % – 23 %	
225	Omezení hybnosti kolenního kloubu – středního stupně	10,5 % – 18 %	
226	Omezení hybnosti kolenního kloubu – lehkého stupně	až 10 %	
227	Viklavost kolenního kloubu způsobená poruchou funkce předního a zadního zkrříženého vazy	25 %	
228	Viklavost kolenního kloubu způsobená poruchou funkce postranního vazy	5 %	
229	Endoprotéza kolenního kloubu	5 %	
230	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérce se ztuhlým kolenem s pahýlem nevhodným k protézování	50 %	
231	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérce se ztuhlým kolenem s pahýlem vhodným k protézování	40 %	
232	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérce se zachovalým kolenem s pahýlem nevhodným k protézování	45 %	
233	Anatomická ztráta dolní končetiny v bérce se zachovalým kolenem s pahýlem vhodným k protézování	35 %	
234	Pakloub kosti holenní a/nebo obou kostí bérce	35 %	
235	Pakloub kosti lýtkové	5 %	
236	Deformity bérce vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační úchylce (úchylky nad 45° jsou hodnoceny jako ztráta končetiny v bérce; při hodnocení osové úchylky nelze současně hodnotit zkrácení končetiny)	5 % (za každých celých 5° úchylky)	
237	Anatomická ztráta nohy v hlezenném kloubu	40 %	
238	Anatomická ztráta chodidla v Chopartově kloubu	30 %	
239	Anatomická ztráta chodidla v Lisfrancově kloubu	25 %	
240	Deformity v oblasti hlezna a nohy	5 % – 25 %	
241	Úplná ztuhlost hlezenného kloubu v nepříznivém postavení (špička chodidla ohnutá směrem nahoru nebo ohnutá směrem dolů v úhlu větším než 20°)	30 %	
242	Úplná ztuhlost hlezenného kloubu v příznivém postavení	25 %	
243	Omezení hybnosti hlezenného kloubu – těžkého stupně	20,5 % – 25 %	
244	Omezení hybnosti hlezenného kloubu – středního stupně	15,5 % – 20 %	

245	Omezení hybnosti hlezenného kloubu – lehkého stupně	až 15 %
246	Viklavost hlezenného kloubu	15 %
247	Omezení pronace	2 %
248	Omezení supinace	1 %
249	Anatomická ztráta všech prstů nohy	25 %
250	Anatomická ztráta obou článků palce nohy včetně záprstní kosti	20 %
251	Anatomická ztráta obou článků palce	15 %
252	Anatomická ztráta koncového článku palce nohy	3 %
253	Úplná ztuhlost všech kloubů palce nohy	10 %
254	Omezení hybnosti základního kloubu palce nohy	5 %
255	Omezení hybnosti mezičláňkového kloubu palce nohy	2 %
256	Anatomická ztráta II., III. IV. nebo V. prstu, za každý prst	2 %
257	Trvalé p�urazov�e omezení krevního oběhu í lymfatického systému dolní končetiny	a� 10 %
258	Obrna sedacího nervu (n. ischiadicus)	50 %
259	Obrna stehenního nervu (n. femoralis)	30 %
260	Obrna holenního nervu (n. tibialis)	35 %
261	Obrna lýtkové nervu (n. fibularis)	30 %
262	P�urazov�a atrofie svalstva dolní končetiny	5 %
Jizevnat�e deformace		
263	Rozsáhlé plo�sn�e jizvy po popáleninovém traumatu od 1 % povrchu těla	0,5 % – 40 %
264	Keloidn�ı a/nebo hypertrofické jizvy v obličeji	0,5 % – 5 %
265	Ostatní jizvy neuvedené v tabulce (např. jizvy po zákroku, jizvy kosmetického charakteru, pigmentov�e jizvy apod.)	0 %

TABULKA  . 2 – HODNOCEN ı SN ıZEN ı ZRAKOV E OSTROSTI (VISU) SE SNESITELNOU KOREK ı:

Visus	6/6 (1)	6/9 (0,66)	6/12 (0,5)	6/18 (0,33)	6/24 (0,25)	6/30 (0,2)	6/36 (0,16)	6/60 (0,1)	3/60 (0,05)	1/60 (0,016)	0
6/6 (1)	0 %	2 %	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	35 %	50 %
6/9 (0,66)	2 %	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	38 %	55 %
6/12 (0,5)	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	42 %	60 %
6/18 (0,33)	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	46 %	65 %
6/24 (0,25)	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	70 %
6/30 (0,2)	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	75 %
6/36 (0,16)	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	80 %
6/60 (0,1)	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	77 %	85 %
3/60 (0,05)	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	77 %	83 %	90 %
1/60 (0,016)	35 %	38 %	42 %	46 %	52 %	60 %	68 %	77 %	83 %	90 %	95 %
0	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %

TABULKA Č. 3 – OCEŇOVACÍ TABULKA CHIRURGICKÝCH ZÁKROKŮ:

Pro potřeby tohoto připojištění se za chirurgický zákrok považuje i konzervativní léčení zlomenin a popálenin uvedených v této tabulce. Konzervativní léčení poranění měkkých tkání (např. vazů, svalů, aj.) není pro účely tohoto připojištění považováno za chirurgický zákrok.

Popis chirurgického zákroku		Maximální pojistné plnění ve výši % z pojistné částky
Absces		
1.	Léčení jednoho či více karbunklů nebo abscesů vyžadující hospitalizaci	10 %
Amputace (chirurgická)		
2.	Amputace (chirurgická) celé dolní končetiny v kyčli	70 %
3.	Amputace (chirurgická) horní končetiny, dolní končetiny ve stehně nebo bérce	50 %
4.	Amputace (chirurgická) ruky, předloktí nebo nohy pod hlezenním kloubem (Chopart)	30 %
5.	Amputace (chirurgická) prstu ruky či nohy – za každý	10 %
Břicho		
6.	Resekce žaludku, resekce střeva	70 %
7.	Odnětí žlučníku (cholecystektomie), gastro-enterostomie	50 %
8.	Odnětí červovitého přívěsku slepého střeva (appendektomie)	30 %
9.	Jiný operační zákrok v dutině břišní provedený klasickým operačním přístupem (laparotomicky), přičemž dva či více chirurgických zákroků prováděných tím samým přístupem se považují za jednu operaci	50 %
Hrdlo		
10.	Odstranění krčních či nosních mandlí u osob nad 15 let	15 %
11.	Odstranění krčních či nosních mandlí u dětí do 15 let	10 %
Hrudník		
12.	Otevření dutiny hrudní sternotomií (kompletní thorakoplastika)	100 %
13.	Odnětí plíce (pneumonektomie) celé nebo částečné	70 %
14.	Diagnostický či léčebný chirurgický zákrok v dutině hrudní s výjimkou punkce	30 %
15.	Bronchoskopie – léčebná (kromě biopsie)	20 %
16.	Bronchoskopie – diagnostická	10 %
17.	Drenáž dutiny hrudní a odstranění hnisu s výjimkou punkce	10 %
Jícen		
18.	Operační odstranění zúžení – chirurgicky	60 %
19.	Operační odstranění zúžení – endoskopicky	20 %
20.	Gastroskopie (fibroskopie)	10 %
Klouby		
Při vykloubení vyžadujícím chirurgický výkon na otevřeném kloubu bude počítán maximálně dvojnásobek uvedeného procenta.		
21.	Incize kloubu – ramenního, loketního, kyčelního nebo kolenního s výjimkou punkce	25 %
22.	Incize kloubu – jiného kloubu s výjimkou punkce	10 %
23.	Resekce kloubu, fixace pomocí operace, desartikulace – ramena, kolena, kyčle nebo páteře	75 %
24.	Plastika – ramena, kolena, hlezna, lokte či zápěstí	30 %
25.	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – kyčle nebo kolena vyjma česky	15 %
26.	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – ramena nebo lokte, zápěstí či hlezenního kloubu	10 %
27.	Repozice vykloubení (luxace) s dalším konzervativním léčením – dolní čelisti, česky, prstu ruky či nohy – za každý	5 %
Konečník		
28.	Radikální odstranění konečníku z důvodů jakékoliv malignity, včetně kolostomie	100 %
29.	Radikální odstranění (včetně laseru a dalších fyzikálních metod) – vnějších i vnitřních hemoroidů, včetně prolapsu anorekta	20 %
30.	Radikální odstranění (včetně laseru a dalších fyzikálních metod) – jen vnějších hemoroidů	10 %
31.	Odstranění anální píštěle	15 %
32.	Chirurgická léčba anální fisury (trhliny)	5 %
33.	Koloskopie	10 %
34.	Rektoskopie	5 %

Kýly		
35.	Radikální operace oboustranné tříselné kýly	40 %
36.	Radikální operace jednostranné tříselné kýly	30 %
37.	Radikální operace břišní kýly	40%
38.	Radikální operace pupeční kýly	25%
Lebka		
39.	Chirurgický zákrok v dutině lebeční kromě trepanace a punkce	100 %
40.	Odstranění kosti, dekomprese lbi	60 %
41.	Trepanace	30%
Močový a pohlavní aparát		
42.	Odnětí ledviny (nefrektomie)	70 %
43.	Odstranění tumoru nebo kamenů z ledvin, močovýchodů či močového měchýře - operačně	60 %
44.	Odstranění tumoru nebo kamenů z ledvin, močovýchodů či močového měchýře - katetrizací či endoskopicky	20 %
45.	Zúžení močové trubice řešené operativně	30 %
46.	Endoskopické zásahy v močové trubici	15 %
47.	Odstranění prostaty - úplné, operativní cestou	70 %
48.	Odstranění prostaty - částečné (parciální), endoskopicky	25 %
49.	Odstranění varlete nebo nadvarlete (orchidektomie nebo epididymektomie)	25 %
50.	Operace hydrokély, varikokély	10 %
51.	Odstranění jiných benigních útvarů jiným než abdominálním přístupem	20 %
52.	Odstranění dělohy a obou vaječníků včetně vejcovodů	70 %
53.	Odstranění jednoho vaječníku včetně vejcovodu	30 %
54.	Konizace čípku	20 %
55.	Kyretáž	15 %
Nádory - chirurgické odstranění		
56.	Chirurgické odstranění maligních nádorů, kromě nádorů na mukózních blanách, v kůži a podkoží	50 %
57.	Chirurgické odstranění maligních nádorů na mukózních blanách, v kůži a podkoží	25 %
58.	Chirurgické odstranění pilonidální cysty nebo sinu	25 %
59.	Chirurgické odstranění benigních nádorů varlat nebo prsů	20 %
60.	Chirurgické odstranění ganglionu	5 %
61.	Chirurgické odstranění benigních nádorů jednoho či více, kromě výše zmíněných	10 %
Nos		
62.	Operace extranasálních dutin	35 %
63.	Resekce submukózy	25 %
64.	Operace intranasálních dutin	15 %
65.	Odstranění skořepy nosní (turbinektomie)	10 %
66.	Odstranění jednoho nebo více polypů	5 %
Oko		
67.	Operace odchlípnutí sítnice - vícečetné postižení	100 %
68.	Operace šedého zákalu (katarakta)	50 %
69.	Operace zeleného zákalu (glaukom)	30%
70.	Vyjmutí (enukleace) očního bulbu	40 %
71.	Odstranění pterygia	20 %
Prsy		
72.	Amputace jednoho prsu nebo obou - radikální s resekci do podpaží	70 %
73.	Amputace jednoho prsu nebo obou - jednoduchá	40 %
Punkce		
74.	Punkce dutiny břišní	10 %
75.	Punkce dutiny hrudní, močového měchýře - kromě katetrizace	5 %
76.	Punkce kloubů, páteře, hydrokély	5 %

Štítná žláza		
77.	Totální thyreoidektomie (odstranění obou laloků štítné žlázy)	70 %
78.	Odstranění příštítných tělísek	50%
Ucho		
79.	Tympanoplastika oboustranná	80%
80.	Tympanoplastika jednostranná	60%
81.	Radikální mastoidektomie oboustranná	60 %
82.	Radikální mastoidektomie jednostranná	50 %
83.	Paracentéza bubínku	5 %
Zlomeniny		
84.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): kosti stehenní, kompresivní zlomeniny obratle (jednoho nebo více)	40 %
85.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): pánve s nutností trakce, obou kostí bérce	30 %
86.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): kosti pažní, kosti holenní	25 %
87.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): dolní čelisti, obou kostí předloktí, pánve bez nutnosti trakce, česky	20 %
88.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): lopatky, klíční kosti, jedné kosti předloktí	15 %
89.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): nosu, dvou a více žeber, hrudní kosti, kostrče, kosti zápěstí či zápěstí, kosti lýtkové, patní, nártní či zánártní	10 %
90.	Konzervativní léčení prostých zlomenin (včetně repozice): příčných či kloubních výběžků obratle – za každý, jednoho žebra, prstu ruky či nohy – za každý	5 %
91.	Konzervativní léčení tříštivých a otevřených zlomenin	výše uvedená procenta u položek 84.–90. se násobí 1,5krát*
92.	Operace zlomenin (chirurgický zákrok přímo na poraněné kosti):	výše uvedená procenta u položek 84.–90. se zdvojnásobí*
*Pozn.: Maximum všech násobků nesmí přesáhnout 100 %.		
Žíly		
93.	Radikální chirurgické odstranění varixů na obou dolních končetinách	30 %
94.	Radikální chirurgické odstranění varixů na jedné dolní končetině	20 %
Popáleniny		
95.	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 27 % a více tělesného povrchu	100 %
96.	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 18 % – 26 % tělesného povrchu	60 %
97.	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 9 % – 17 % tělesného povrchu	30 %
98.	Léčení popálenin kůže II. nebo III. stupně pokrývajících 4,5 % – 8 % tělesného povrchu	16 %