

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

### VISION (DÁLE TAKÉ JEN „VIS 3.3“)

#### Článek 1

##### Úvodní ustanovení

1. Tyto Zvláštní pojistné podmínky (dále také jen „ZPP“) jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy o investičním životním pojištění – Vision (dále také jen „pojištění VIS“), kterou sjednává MetLife pojišťovna a.s. (dále také jen „pojistitel“).
2. Pojištění VIS se dále řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění a připojištění k němu společností MetLife pojišťovna a.s. vydanými pod číslem VPP 4.2 (dále také jen „Všeobecné pojistné podmínky“ nebo „VPP“) a příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě<sup>1</sup>, podpůrně pak občanského zákoníku<sup>2</sup>. Pojištění Vision jako investiční životní pojištění je tedy v souladu s VPP pojištěním pro případ smrti nebo dožití spojeným s programy investování.
3. Pojištění VIS se vždy sjednává pro jednoho pojištěného dospělého. V rámci jednoho pojištění VIS lze zároveň pojistit jedno nebo více pojištěných dětí.
4. Dnem smrti pojistníka, který není totožný s pojištěným dospělým, se pojistníkem stává pojištěný dospělý.

#### Článek 2

##### Pojmy

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

##### Pojištěný dospělý

Osoba ve vstupním věku minimálně šestnácti (16) let, pro kterou je sjednáno pojištění pro případ smrti nebo dožití (dále také jen „pojištění pojištěného dospělého“).

##### Pojištěné dítě

Osoba ve vstupním věku nejvýše patnácti (15) let, pro kterou je sjednáno pojištění pro případ smrti (dále také jen „pojištění pojištěného dítěte“), pokud je určena v pojistné smlouvě.

##### Lékař

Absolvent lékařské fakulty, který je členem příslušné stavovské organizace<sup>3</sup>, 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 jejich rodin.

##### Pojistná částka

Obecná definice pojistné částky je uvedena ve VPP<sup>4</sup>. V rámci pojištění VIS se v pojistné smlouvě sjednává pojistná částka pro případ smrti, která může být odlišná pro jednotlivé pojištěné. Pojistná částka pro případ smrti pojištěného dospělého se skládá z pevné složky a z klesajících složek a/nebo může být sjednána ve formě pozůstalostní penze. Pokud bylo spolu s pojištěním pojištěného dospělého nebo s pojištěním pojištěného dítěte 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 VIS může být běžné pojistné navyšováno. Každým navyšením se zvýší celková suma běžného pojistného, avšak pro účely alokace podle článku 10 těchto ZPP, plynutí lhůt pro stanovení odkupného podle článku 15 těchto ZPP a pro stanovení rozsahu zproštění od placení pojistného podle článku 30 těchto ZPP se každé navyšení (část pojistného) posuzuje samostatně.

##### Hlavní pojistná doba

Doba určitá, na kterou se sjednává pojištění pojištěného dospělého.

##### Konec hlavní pojistné doby

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

##### Pojistné období

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

##### Program investování

Interní program investování ustanovený výlučně pro účely investičního životního pojištění, který se řídí ustanoveními článků 38 až 41 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 něž se připisují podíly jednotlivých pro-

gramů 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 pojištěného dospělého 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 pojištěným dospělým.
2. Pojištění toho kterého pojištěného dítěte se sjednává na dobu určitou. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednána pojistná doba kratší, sjednává se pojištění toho kterého pojištěného dítěte do dne bezprostředně předcházejícího prvnímu výročí následujícímu po dožití věku dvaceti pěti (25) let tím kterým pojištěným dítětem, nejdéle však do konce hlavní pojistné doby. Pojištění toho kterého pojištěného dítěte zaniká dnem zániku posledního připojištění toho kterého pojištěného dítěte.
3. Pojištění toho kterého pojištěného dítěte nabývá účinnosti až prvním dnem v 0:00 hod po dosažení věku tří (3) let tím kterým pojištěným dítětem.

## **POJISTNÉ PLNĚNÍ**

### *Článek 4*

#### **Pojistné plnění pro případ smrti pojištěného dospělého**

1. Výše pojistného plnění pro případ smrti pojištěného dospělého 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 pojištěného dospělého také ve formě pozůstalostní penze, je v případě smrti pojištěného dospělého kromě pojistného plnění podle odst. 1 a odst. 2 tohoto článku vyplácena (přiznaná) pozůstalostní penze po dobu, dle frekvence a ve výši sjednané ke dni jeho smrti. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, (přiznaná) pozůstalostní penze se vyplácí s roční frekvencí do konce sjednané pojistné doby pro pozůstalostní penzi.

4. Pokud bylo v pojistné smlouvě sjednáno pravidelné roční navýšení vyplácené (přiznané) pozůstalostní penze, navýšuje se přiznaná pozůstalostní penze po každém roce výplaty o sjednané procento z pozůstalostní penze vyplácené v předchozím roce.
5. Smrtí pojištěného dospělého zaniká celé pojištění VIS.

### *Článek 5*

#### **Pojistné plnění pro případ smrti pojištěného dítěte**

1. Výše pojistného plnění pro případ smrti pojištěného dítěte je rovna pojistné částce pro případ smrti toho kterého pojištěného dítěte ke dni jeho smrti.
2. Není-li v konkrétní pojistné smlouvě sjednána pojistná částka pro případ smrti pojištěného dítěte vyšší, je rovna minimální výši 10 000 Kč.
3. Smrtí pojištěného dítěte zaniká pojištění toho kterého pojištěného dítěte a všechna připojištění pro něj sjednaná. Pokud smrt pojištěného dítěte nastane v pojistné době toho kterého pojištěného dítěte, avšak před počátkem účinnosti pojištění pro případ smrti podle článku 3, odst. 3 těchto ZPP, pojištění toho kterého pojištěného dítěte včetně všech připojištění sjednaných pro to které pojištěné dítě zaniká bez náhrady.
4. Při výluce plnění pro případ smrti pojištěného dítěte dle článku 7, odst. 4 VPP, nárok na plnění nevzniká.
5. Pojistná událost nenastává, zemře-li to které pojištěné dítě následkem úrazu, který utrpělo před počátkem pojištění, nebo nemoci, která byla diagnostikována nebo jejíž příznaky byly diagnostikovány před počátkem pojištění.

### *Článek 6*

#### **Pojistné plnění pro případ dožití pojištěného dospělého**

1. Výše pojistného plnění pro případ dožití pojištěného dospělého 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 deseti (10) let od počátku pojištění VIS, není-li ujednáno jinak, např. v článku 21 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 VIS, 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.

- Garance je dále ukončena, pokud dojde k vyplacení části kapitálové hodnoty pojištění a/nebo k převedení pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného podle článku 16 těchto ZPP.
- Po ukončení garance pojištění VIS 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 VIS zaniká bez náhrady, případně s výplatou odkupného podle článku 15, 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 VIS nezaniká.

## POJISTNÉ

### Článek 8 Běžné pojistné

- Pojistník je povinen platit běžné pojistné ve výši a způsobem sjednaným v pojistné smlouvě.
- Běžné pojistné může být placeno v roční splátce nebo v pololetních, čtvrtletních či měsíčních splátkách.
- 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.
- 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 VIS. Pokud byla v souvislosti s návrhem na uzavření pojistné smlouvy složena záloha na běžné pojistné, pojistitel ji ke dni počátku pojištění VIS 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 VIS, resp. při roční frekvenci k prvnímu dni pojistného období.

### Článek 9 Mimořádné pojistné

- 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.
- Sjednání ani uhrazení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné pojistné.
- 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

- Z každé uhrazené splátky běžného pojistného je odečtena částka na úhradu nákladů spojených s přijetím platby pojistného stanovená pojistitelem (tzv. inkasní poplatek).
- 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.

- Alokační procento je v jednotlivých letech stanoveno takto (přičemž každé navýšení pojistného je posuzováno samostatně):
  - 10 % až 55 % (viz níže uvedená tabulka) 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;

Zbývající pojistná doba (v celých letech):	19 a méně	20–24	25–29	30 a více
Alokační procento v prvním pojistném roce (resp. prvním roce po tom kterém navýšení běžného pojistného):	55 %	40 %	25 %	10 %

- 60 % 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;
  - 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.
- 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 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 poplatků<sup>5</sup>. Alokační procento pro mimořádné pojistné se řídí Sazebníkem poplatků platným ke dni nabytí účinnosti sjednání příslušného mimořádného pojistného<sup>6</sup>.
  - 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 VIS. 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.

## ODEČÍTÁNÍ PODÍLŮ Z PODÍLOVÉHO ÚČTU

### Článek 11

#### Odečítání podílů z podílového účtu

- 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).
- 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 pojištěného dospělého, s pojištěním pojištěných dětí a se sjednanými připojištěními, a to na následující měsíc (tzv. rizikové poplatky), která je stanovena pojistitelem podle pojistně-matematických zásad.

- 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.
- 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 odečten z podílového účtu.
- 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 připsané 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 připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného.

## NAVÝŠENÍ PODÍLŮ NA PODÍLOVÉM ÚČTU

### Článek 12

#### Navýšení podílů na podílovém účtu (administrativní a inkasní poplatky)

- Pojistitel na každé desáté (10.) výročí pojištění VIS navýší podíly na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazeného běžného pojistného o podíly odpovídající částce rovnající se 50 % inkasních poplatků a 50 % administrativních poplatků odečtených v průběhu uplynulých deseti (10) pojistných let danému výročí předcházejících. Ke dni konce hlavní pojistné doby pojistitel dále navýší podíly na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazeného běžného pojistného o podíly odpovídající částce rovnající se zbývajícím částem inkasních poplatků a administrativních poplatků odečtených za celou hlavní pojistnou dobu, o jejichž výši nebyly podíly již dříve navýšeny.
- Počet podílů potřebný k navýšení podílů podle odst. 1 tohoto článku je určen na základě prodejní ceny platné ke dni navýšení podílů. Jsou-li podíly připsané na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazeného běžného pojistného umístěny ve více než v jednom programu investování, navýší se podíly jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného ke dni navýšení.
- Dojde-li na návrh pojistníka ke zkrácení hlavní pojistné doby tak, že do jejího konce zbývá ke dni zkrácení méně než deset (10) let, pojistitel po tomto zkrácení hlavní pojistné doby již dále podle odst. 1 tohoto článku podíly nenavýšuje.
- Podmínkou pro navýšení podílů podle odst. 1 tohoto článku dále je, že všechny splátky běžného pojistného jsou řádně uhrazeny.

### Článek 13

#### Navýšení podílů na podílovém účtu (rizikové poplatky)

- Pojistitel po každých deseti (10) letech od sjednání toho kterého pojištění nebo připojištění pojištěného dospělého navýší podíly na podílovém účtu vytvořené 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.
- Ke dni sjednaného konce pojištění nebo připojištění pojištěného dospělého pojistitel dále navýší podíly na podílovém účtu vytvořené 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 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.

- Příslušné procento je stanoveno dle Sazebníku poplatků platného ke dni navýšení podílů. Podíly budou navýšeny k poslednímu dni období dle odst. 1 a 2 tohoto článku.
- Počet podílů potřebný k navýšení podílů podle odst. 1 a 2 tohoto článku je určen na základě prodejní ceny platné ke dni navýšení podílů. Jsou-li podíly připsané na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazeného běžného pojistného umístěny ve více než v jednom programu investování, navýší se podíly jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazeného běžného pojistného ke dni navýšení.
- 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 2 tohoto článku podíly v souvislosti s tímto pojištěním nebo připojištěním nenavýšuje. Každé navýšení pojistné částky nebo změna parametrů pojistného plnění daného pojištění nebo připojištění se posuzuje jako sjednání nového pojištění nebo připojištění.
- Podmínkou pro navýšení podílů podle odst. 1 a 2 tohoto článku dále je, že všechny splátky běžného pojistného jsou řádně uhrazeny a pojištění nebylo převedeno na pojištění bez placení pojistného dle článku 16 těchto ZPP.
- Navýšení podílů na podílovém účtu se nevztahuje na rizikové poplatky odečtené z podílového účtu v souvislosti s připojištěním pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu a s připojištěním pro případ tělesného poškození následkem úrazu pojištěného dospělého a na všechny rizikové poplatky odečtené z podílového účtu v souvislosti s pojištěním a připojištěním pojištěných dětí.

## ZMĚNY POJIŠTĚNÍ VIS

### Článek 14

#### 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 VIS v případě neuhrazení dlužného pojistného při nesplnění podmínky pro převod pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného uvedených v odst. 2 tohoto článku a podmínky nejsou splněny, pojištění VIS 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 dva (2) pojistné roky, pojištění VIS 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 16, odst. 2 až 8 těchto ZPP.
- Podíly jsou z podílového účtu odečítány podle článku 11 těchto ZPP i v případě, že běžné pojistné není řádně hrazeno.
- Při zániku pojištění VIS podle odst. 1 tohoto článku vzniká pojistníkovi nárok na výplatu odkupného podle článku 15 těchto ZPP, pokud jsou splněny podmínky tam uvedené.

### Článek 15

#### Zánik pojištění VIS s výplatou odkupného

- Při zániku pojištění VIS dohodou, výpovědí (s výjimkou výpovědi dle článku 16, odst. 4 písm. a) nebo odst. 5 písm. a) VPP), pro neplacení pojistného nebo na základě

**Převod podílů mezi programy investování**

- žádosti o výplatu odkupného se pro určení hodnoty odkupného rozlišují podíly připísané na podílovém účtu na základě uhrazení běžného a na základě uhrazení mimořádného pojistného a na jednotlivé části odkupného vzniká nárok, pouze pokud jsou splněny příslušné podmínky podle odst. 2 a 3 tohoto článku. Celková výše odkupného se pak určí jako součet částí odkupného stanovených dle odst. 2 a 3 tohoto článku. Pokud je takto stanovená hodnota odkupného záporná, odkupné je rovno nule.
2. 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 připísaných na podílovém účtu na základě uhrazení běžného pojistného rovna hodnotě těchto podílů ke dni rušení podílů. V ostatních případech se odkupné z podílů připísaných na podílovém účtu na základě uhrazení běžného pojistného nevyplácí.
  3. Výše odkupného z podílů připísaných na podílovém účtu na základě uhrazení mimořádného pojistného je rovna hodnotě těchto podílů ke dni rušení podílů.
  4. Pokud je však odkupné vypláceno oprávněné osobě při výluce plnění pro případ smrti pojištěného dospělého<sup>7</sup>, je výše odkupného rovna kapitálové hodnotě pojištění ke dni doručení oznámení smrti pojištěného dospělého (je-li toto oznámení doručeno až po uplynutí hlavní pojistné doby, stanoví se hodnota podílů k poslednímu dni hlavní pojistné doby).

## Článek 16

**Převod na pojištění bez placení pojistného**

1. Počínaje třetím pojistným rokem je pojištník oprávněn převést pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného, a to za předpokladu, že běžné pojistné za první dva (2) pojistné roky bylo plně uhrazeno a ke dni převodu dosáhne hodnota podílů připísaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazení běžného pojistného minimálně částky stanovené pojistitelem v Sazebníku poplatků. Převod pojištění VIS bude proveden v souladu s předpisy pojistitele platnými ke dni převodu.
2. Připojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné pracovní neschopnosti při převodu pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného zaniká a zastaví se odečet související části podílů dle článku 11, odst. 2 těchto ZPP.
3. Pojištník je oprávněn zvolit při převodu pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného snížení té které pojistné částky až na nulu s výjimkou pojistné částky pro případ smrti pojištěných dětí, kde musí být dodržena její minimální výše. V případě snížení pojistné částky na nulu se zastaví odečet související části podílů dle článku 11, odst. 2 těchto ZPP.
4. Pokud pojištník 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 11, odst. 2 těchto ZPP zůstává nedotčen.
5. Ke dni převodu pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného je pojištník oprávněn odečíst z podílového účtu část podílů, jejichž hodnota odpovídá dlužným splátkám běžného pojistného.
6. Administrativní poplatek je nadále hrazen odečítáním podílů z podílového účtu.
7. Při převodu pojištění VIS na pojištění bez placení pojistného končí garance dle článku 7 těchto ZPP se všemi důsledky zde uvedenými, včetně redukce pojistné doby.
8. Ke dni, kdy hodnota podílů připísaných na podílovém účtu vytvořených na základě uhrazení běžného pojistného dosáhne nuly nebo záporné hodnoty, pojištění VIS zaniká, případně však s výplatou odkupného podle článku 15, odst. 3 těchto ZPP.

## Článek 18

**Změna alokace pojistného**

1. Pojištník 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 pojištník odečítat žádné podíly. Za každou další změnu alokace v témž pojistném roce je pojištník oprávněn odečíst z podílového účtu paušálně podíly v hodnotě odpovídající pojistitelem stanovené částce na úhradu administrativních nákladů spojených s touto změnou (tzv. poplatek za změnu alokace).
3. Pojištník je oprávněn v Sazebníku poplatků stanovit minimální a maximální část pojistného, kterou lze alokovat do jednotlivých programů investování.
4. Změna alokace nabývá účinnosti ke dni doručení oznámení změny pojistiteli.

## Článek 19

**Asistovaná správa podílového účtu**

1. Pojištník 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 pojištníka.
2. Asistovaná správa nabývá účinnosti ke dni počátku pojištění VIS 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 rizikovým 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.

- Asistovanou správu lze zvolit v jedné ze tří variant – Konzervativní, Vyvážené a Dynamické. 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
Konzervativní	4.
Vyvážená	7.
Dynamická	10.

- 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.
- 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.
- 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.
- Převede-li pojistník podíly připísané na podílovém účtu vytvořené na základě uhrazení příslušného pojistného a/nebo změnil-li alokační poměr, ruší tím zároveň i asistovanou správu příslušného pojistného.
- 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.
- 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.
- Pojistitel je oprávněn odečíst z podílového účtu paušálně podíly v hodnotě odpovídající pojistitelem stanovené částce na úhradu administrativních nákladů spojených s jednotlivými změnami (tzv. poplatek za změnu alokace v rámci asistované správy a tzv. poplatek za převod podílů v rámci asistované správy).

#### Článek 20

##### Právo na odložení zrušení a/nebo převodu podílů

- Pojistitel je oprávněn v odůvodněných případech odložit zrušení a/nebo převod podílů mezi jednotlivými programy inves-

tování podle článků 14, 15, 16, 17 a 19 těchto ZPP. Pojistitel je povinen písemně informovat pojistníka o tomto odkladu.

- 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 nemovitostmi a/nebo hmotným movitým majetkem, mohou být zrušení a/nebo převod podílů odloženy až o šest (6) měsíců.
- Případný rozdíl v hodnotě rušených podílů způsobený odložením zrušení a/nebo převodu podílů nese pojistník.

## PŘIPOJIŠTĚNÍ

### Článek 21

#### Společná ustanovení

- Ustanovení tohoto článku se vztahují na všechna připojištění sjednaná v rámci pojištění VIS, není-li v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
- Pouze společně s pojištěním pojištěného dospělého lze sjednat následující připojištění:
  - připojištění pro případ smrti úrazem (dále také jen „připojištění STÚ“ nebo „připojištění smrti úrazem“),
  - 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,
  - připojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění TNÚ“ nebo „připojištění trvalých následků úrazu“),
  - připojištění pro případ tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění NÚ“ nebo „připojištění následků úrazu“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí tělesného poškození následkem úrazu,
  - 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,
  - 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 27, odst. 3 těchto ZPP,
  - 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 28, odst. 3 těchto ZPP,
  - 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 29, odst. 3 těchto ZPP,
  - připojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné pracovní neschopnosti (dále také jen „připojištění ZPPN“ nebo „připojištění zproštění od placení pojistného“),
  - připojištění pro případ závažných onemocnění (dále také jen „připojištění PPZO“ nebo „připojištění závažných onemocnění“),
  - připojištění pro případ závažného onemocnění karcinomu in situ (dále také jen „připojištění PPZOK“ nebo „připojištění karcinomu in situ“),
  - připojištění denních dávek pro případ plné pracovní neschopnosti (dále také jen „připojištění DDPN“ nebo „připojištění pracovní neschopnosti“),
  - 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. Pouze společně s pojištěním pojištěného dítěte 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 tělesného poškození následkem úrazu (dále také jen „připojištění NÚ“ nebo „připojištění následků úrazu“), které je sjednáno pro případ pojistného nebezpečí tělesného poškození následkem úrazu,
  - c) připojištění 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,
  - 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 pojištěného dospělého se sjednává na dobu určitou, jejíž konec je shodný s koncem hlavní pojistné doby, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
5. Připojištění pojištěného dospělého zaniká nejpozději ke dni bezprostředně předcházejícímu prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy pojištěný dospělý dosáhne věku šedesáti pěti (65) let, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak. Připojištění karcinomu in situ 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 doby nezbytné léčby úrazu se 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, jejíž konec je shodný s koncem pojištění toho kterého pojištěného dítěte, není-li v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
8. Připojištění toho kterého pojištěného dítěte zaniká nejpozději ke dni bezprostředně předcházejícímu prvnímu výročí následujícímu po dni, kdy to které pojištěné dítě dosáhne věku dvaceti pěti (25) let.
9. 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.
10. 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.
11. Připojištění zanikají při zániku pojištění pojištěného dospělého z jakéhokoliv důvodu, nebo pokud je pojistná částka pro to které připojištění snížena na nulu. Připojištění toho kterého pojištěného dítěte dále zanikají i při zániku pojištění toho kterého pojištěného dítěte z jakéhokoliv důvodu.
12. Připojištění pracovní neschopnosti zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu<sup>8</sup> starobní důchod, nebo dnem, kdy byl uznán invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu<sup>9</sup>. Toto ustanovení se vztahuje též na připojištění hospitalizace, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
13. Připojištění zproštění od placení pojistného zaniká dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu<sup>10</sup> starobní důchod. Toto ustanovení se vztahuje též na připojištění PTI1+, PTI2+ a PTI3.
14. 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. 12 a 13 tohoto článku.
15. 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 VPP<sup>11</sup>. 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.
16. Výluka uvedená ve VPP článek 12, odst. 1, písm. l) se dále rozšiřuje o události vzniklé v přímé nebo nepřímé souvislosti s invazí, působení cizích mocností, teroristických a jiných nepřátelských akcí, občanské války, revoluce, vzbuření, 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 způsobené inhalací jedovatých plynů.
17. Výluka pro připojištění uvedená v článku 12, odst. 1, písm. b) VPP se neuplatní v připojištění TNÚ a NÚ. V připojištění PTI1+, PTI2+ a PTI3 se tato výluka neuplatní, 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.
18. 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. 19 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.
19. 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).
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 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 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.
21. 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 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.
22. 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 pojištěním během takového pobytu vyslovil předem souhlas.
23. 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 efektivnímu uzdravení. Pojištěný je povinen vyvinout přiměřenou součinnost při kontrole dodržování léčebného režimu.
24. Pojistné za každé připojištění je hrazeno měsíčně odečítáním podílů z podílového účtu podle článku 11, 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 22

##### Pojistné plnění z připojištění smrti úrazem

1. Dojde-li k pojistné události, kterou je smrt pojištěného následkem úrazu<sup>12</sup>, 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 těchto ZPP nárok na pojistné plnění z připojištění smrti úrazem, a to ve výši pojistné částky sjednané pro připojištění STÚ ke dni smrti.

#### Článek 23

##### 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 úrazu<sup>13</sup>, nebo
  - b) smrt, jejíž přímou příčinou je akutní infarkt myokardu (diagnózy označené kódem začínajícím I21 dle MKN<sup>14</sup>), nebo
  - c) smrt, jejíž přímou příčinou je cévní mozková příhoda (diagnózy označené kódem I64 dle MKN<sup>15</sup>),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 těchto ZPP nárok na pojistné plnění z připojištění náhlé smrti, a to ve výši pojistné částky sjednané pro připojištění NAS ke dni smrti.

#### Článek 24

##### 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 pro toho kterého pojištěného.
2. Pojistné plnění je rovné procentu z pojistné částky sjednané pro připojištění TNÚ ke dni pojistné události pro toho kterého 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 (nevyplývá-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 pro toho kterého 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 (nevyplývá-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 příznání 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) těže 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. V případě, že ve sledovaném období nedošlo k úrazu pojištěného dospělého podle tohoto článku, přičemž rozhodující je stav známý na základě oznámení doručeného ve sledovaném období pojistiteli, pojistitel sníží hodnotu odečítaných podílů dle článku 11 odst. 2 souvisejících s připojištěním TNÚ pojištěného dospělého oproti standardní výši o procento stanovené v Sazebníku poplatků (tzv. zvýhodnění za bezeškodní průběh) za jedno pojistné období bezprostředně následující po sledovaném období. Sledovaným obdobím se rozumí vždy počet po sobě jdoucích pojistných let trvání připojištění TNÚ pojištěného dospělého stanovený Sazebníkem poplatků. Zvýhodnění za bezeškodní průběh se uplatní nejdříve v pojistném roce trvání připojištění TNÚ pojištěného dospělého podle těchto ZPP uvedeném v Sazebníku poplatků.
  10. 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.
- pojištěný alespoň dvacet osm (28) dní od okamžiku úrazu, který vedl ke vzniku pojistné události.
4. Pojistné plnění je rovné procentu z pojistné částky sjednané pro toto připojištění pro toho kterého pojištěného ke dni pojistné události stanovenému podle tabulky č. 3 v příloze těchto ZPP v závislosti na povaze a rozsahu tělesného poškození stanovených pojistitelem. Utrpí-li pojištěný během trvání tohoto připojištění opakovaně stejné tělesné poškození následkem úrazu, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění odpovídající jedné polovině ohodnocení za toto tělesné poškození, není-li jinde v těchto ZPP stanoveno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
  5. Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění za všechna tělesná poškození uvedená v tabulce č. 3 v příloze těchto ZPP vzniklá následkem jednoho úrazu. Tělesná poškození zařazená do stejné oblasti (oblastmi se rozumí: I. Hlava a smyslové orgány; II. Krk; III. Hrudník; IV. Břicho, močové a pohlavní orgány; V. Bederní páteř a pánev; VI. Horní končetina; VII. Dolní končetina; VIII. Jiné tělesné poškození) jsou však hodnocena jako celek, a to nejvyšším ohodnocením vzniklého tělesného poškození v dané oblasti uvedeném v tabulce č. 3 v příloze těchto ZPP. Pojištěnému vždy vzniká nárok na pojistné plnění nejvýše za 100 % ohodnocení stanoveného výše uvedeným způsobem.
  6. Pro účely připojištění NÚ podle těchto ZPP se:
    - a) 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,
    - b) dislokací rozumí posun kostních úlomků, který vyžaduje repozici provedenou lékařem a/nebo osteosyntézou,
    - c) vykloubením rozumí takové vykloubení (luxace), které bylo léčeno repozicí provedenou lékařem,
    - d) rány rozumí řezné, sečné, tržné, bodné, střelné rány a rány vzniklé kousnutím zasahující do podkoží.
  7. V případě, že ve sledovaném období nedošlo k úrazu pojištěného dospělého definovanému v odst. 1 tohoto článku, přičemž rozhodující je stav známý na základě oznámení doručeného ve sledovaném období pojistiteli, pojistitel sníží hodnotu odečítaných podílů dle článku 11 odst. 2 souvisejících s připojištěním NÚ pojištěného dospělého oproti standardní výši o procento stanovené v Sazebníku poplatků (tzv. zvýhodnění za bezeškodní průběh) za jedno pojistné období bezprostředně následující po sledovaném období. Sledovaným obdobím se rozumí vždy počet po sobě jdoucích pojistných let trvání připojištění NÚ pojištěného dospělého stanovený Sazebníkem poplatků. Zvýhodnění za bezeškodní průběh se uplatní nejdříve v pojistném roce trvání připojištění NÚ pojištěného dospělého podle těchto ZPP uvedeném v Sazebníku poplatků.
  8. Pojistná událost nenastává v případě:
    - a) jakéhokoli tělesného poškození následkem úrazu, které není uvedeno v tabulce č. 3 v příloze těchto ZPP,
    - b) povrchového poranění kůže,
    - c) natažení svalů, šlach a/nebo kloubních vazů (distanze),
    - d) jakýchkoli zlomenin, pokud pojištěný trpí vrozenou lomitvostí kostí, osteoporózou, nádorem a/nebo cystou pojivové tkáně v místě úrazu, a/nebo únavových zlomenin,
    - e) jakéhokoli tělesného poškození vzniklého následkem chybně provedeného lékařského zákroku,
    - f) jakéhokoli tělesného poškození způsobeného onemocněním včetně systémových infekčních onemocnění, a to i v případě, že onemocnění vzniklo a/nebo se projevilo následkem úrazu.

#### Článek 25

##### Pojistné plnění z připojištění následků úrazu

1. Za pojistnou událost se v připojištění NÚ považuje úraz, ke kterému došlo v době trvání tohoto připojištění, a který pojištěnému způsobil tělesné poškození uvedené v tabulce č. 3 v příloze těchto ZPP.
2. Z připojištění NÚ 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. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, nepřezije-li

#### Článek 26

##### Pojistné plnění z připojištění doby nezbytné léčby úrazu

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. Pojistitel vyplatí pojistné plnění z připojištění DDNL, 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 uvedená pro dané tělesné poškození v aktuální tabulce tělesných poškození a maximální doby nezbytné léčby (dále také jen „oceňovací tabulka“)<sup>16</sup>, 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 léčby, v jejímž průběhu se pojištěný podroboval pouze občasným zdravotním kontrolám a/nebo rehabilitaci, která byla zaměřena na zmírnění subjektivních těžkostí pojištěného následkem úrazu, doba léčby 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. 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.
7. 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 dní	3

8. 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.
9. 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.
10. Pojistné plnění z jedné pojistné události se vyplácí maximálně za prvních 365 dnů ode dne vzniku úrazu.
11. 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 stej-

ného úrazu se doby nezbytné léčby sečtou a jsou považovány za jednu pojistnou událost.

12. Utrpí-li pojištěný během trvání tohoto připojištění opakovaně tělesné poškození stejné části těla (orgánu, kloubu, svalu a/nebo kosti) následkem úrazu, vznikne pojištěnému od druhého a dalších opakovaných tělesných poškození nárok na pojistné plnění odpovídající maximálně jedné polovině doby nezbytné léčby. Nárok na pojistné plnění za tělesné poškození na stejné části těla následkem úrazu vzniká maximálně tři (3) krát v průběhu každých dvanácti (12) bezprostředně po sobě následujících měsících.
13. Utrpí-li pojištěný několik následných, vzájemně nesouvisejících úrazů, jejichž doby léčení se překrývají, plní pojistitel vždy pouze jednu denní dávku denně.
14. Zánikem připojištění DDNL zaniká i nárok na další pojistné plnění, tedy denní dávky náleží pojištěnému nejdéle do dne bezprostředně předcházejícímu dni zániku připojištění DDNL.
15. Oznámení pojistné události musí být pojistiteli doručeno v písemné formě co nejdříve, jak je to možné, nejpozději však jeden (1) měsíc po ukončení doby nezbytné léčby úrazu, která může zakládat nárok na pojistné plnění podle tohoto připojištění. Pojistitel má právo přiměřeně snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, jestliže pojištěný nenahlásí pojistnou událost do jednoho (1) měsíce od ukončení léčby.
16. Všechna potvrzení, informace a důkazní materiál budou dodány pojistiteli v jím požadované formě, podobě a jím určených formulářích. Pokud to pojistitel vyžaduje, pojištěný je povinen se podrobit zdravotní prohlídce v souvislosti s uváděným tělesným poškozením na náklady pojistitele.
17. Pojistiteli musí být za účelem posouzení nároku na pojistné plnění vždy dodána lékařská zpráva o prvním ošetření po úrazu udávající přesnou diagnózu, případně zpráva o hospitalizaci, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o předchozím zdravotním stavu pojištěného. V případě, že podmínkou pro sjednání příslušné výše denní dávky bylo prokázání příjmu pojištěného, musí být dodán doklad o výši příjmu pojištěného.
18. Pro účely tohoto připojištění a určení výše maximální denní dávky pojistitel použije výši čistého měsíčního příjmu pojištěného, kterým je:
  - a) příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o daních z příjmů<sup>17</sup>, a to po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti<sup>18</sup>, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění<sup>19</sup>,
  - b) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů<sup>20</sup>, 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).
19. 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 v uplynulém kalendářním roce oproti příjmům prokázaným 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 skutečného poměru aktuálního příjmu k nahlášenému příjmu.
20. Pro účely připojištění DDNL podle těchto ZPP se:
  - a) 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 musí být navíc lékařem doporučena a provedena fixace,

- b) dislokací rozumí rozumu posun kostních úlomků, který vyžaduje repozici provedenou lékařem a/nebo osteosyntézou,
  - c) vykloubením rozumí takové vykloubení (luxace), které vyžadovalo a bylo léčeno minimálně repozicí provedenou odborným lékařem,
  - d) distorzí rozumí takové podvrtnutí, které vyžadovalo a bylo léčeno odborným lékařem minimálně přiložením ortézy,
  - e) neúplným a/nebo úplným přerušením rozumí porušení kontinuity tkáně prokázané odborným vyšetřením (např. USG/MRI/RTG/ASK),
  - f) ránu 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,
  - g) 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 škodlivých okolností, hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností.
21. Pojistná událost nenastává v případě:
- a) 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,
  - b) jakékoli povrchového poranění kůže a jakékoli rány, které nebyly ošetřené revizí, excizí okrajů nebo stehy, případně jiným způsobem chirurgického ošetření nahrazující šití rány,
  - c) jakékoli natažení svalů, šlach a/nebo kloubních vazů (distenze), pokud není uvedené v oceňovací tabulce,
  - d) jakýchkoli zlomenin, pokud pojištěný trpí vrozenou lomitostí kostí, osteoporózou, nádorem a/nebo cystou pojivové tkáně v místě úrazu, a/nebo únavových zlomenin,
  - e) jakéhokoli tělesného poškození vzniklého následkem lékařského nebo chirurgického ošetření, s výjimkou takových, která mohou být nutná jedině proto, že jsou vyvolána úrazem krytým tímto přípojištěním a provedena v době jeho platnosti,
  - f) jakékoli tělesné poškození části těla (orgánu, kosti, svalu a/nebo kloubu), která byla poškozena následkem úrazu a/nebo nemocí již před úrazem,
  - g) jakéhokoli tělesného poškození vzniklého opakovaným působením plynů, pár, záření a chemických jedů,
  - h) jakékoli tělesné poškození vzniklé následkem chybně provedeného lékařského zákroku,
  - i) jakéhokoli tělesného poškození, které vzniklo v průběhu výkonu služby pojištěného v ozbrojených silách<sup>21</sup> kterékoli země nebo mezinárodního úřadu v době míru i války.

#### Článek 27

##### Pojistné plnění z přípojištění invalidity 1+2+3

1. Pojistná událost z přípojištění PTI1+ nastává dnem, kdy byl pojistiteli doručen posudek vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení<sup>22</sup> prokazující invaliditu pojištěného a podklady o zdravotním stavu pojištěného v posudku uvedené (vše dále jen „posudek“), to však za předpokladu, že přípojištění 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 přípojištění PTI1+ uvedená v předchozí větě se nevztahuje na nemoci, které pojištěný pravdivě a úplně uvedl při zjišťování zdravotního stavu před sjednáním tohoto přípojištění, není-li v těchto ZPP uvedeno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. Z přípojištění 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.
3. Invaliditou pojištěného se výhradně pro účely tohoto přípojištění 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.
4. Pracovní schopností se pro účely tohoto přípojištění 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 přípojištění 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 jinde v těchto ZPP uvedeno nebo v konkrétní pojistné smlouvě ujednáno jinak, má pojistné plnění z přípojištění 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.
8. Výše jednorázového pojistného plnění z přípojištění PTI1+ je rovna sjednané pojistné částce pro přípojištění 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 přípojištění 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 přípojištění 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 přípojištění PTI1+ je pak rovna sjednané pojistné částce pro přípojištění

- PTI1+ ke dni pojistné události snižené 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.
  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 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 PTI1+. V takovém případě připojištění zaniká a pojistitel zvýší počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 11 odst. 2 v souvislosti s připojištěním PTI1+.
- 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 snižené 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 snižené 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

#### Článek 28

##### 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 zabezpečení<sup>23</sup> 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,

- 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 přiznané invalidní penze zaniká také dnem:
- konce pojistné doby, na kterou bylo připojištění PTI2+ sjednáno, nebo
  - od kterého byl pojištěnému přiznán starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu, nebo
  - smrti pojištěného.
- 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.
  - Dnem doručení posudku pojistiteli připojištění PTI2+ 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 PTI2+ nezaniká, zaniká toto připojištění nejpozději přiznáním pojistného plnění z tohoto připojištění ve formě jednorázové výplaty nebo jednorázového následného doplatku.
  - Pro vznik nároku na pojistné plnění z připojištění PTI2+ je pojistník a/nebo pojištěný dále povinen:
    - oznámít 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
    - 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
    - prokázat pojistiteli nepřetržitě trvání invalidity pojištěného kdykoli na žádost pojistitele, a dále
    - oznámít 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
    - vyvinout na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
  - 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.
  - 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 11 odst. 2 v souvislosti s připojištěním PTI2+.

#### Článek 29

##### Pojistné plnění z připojištění invalidity 3

- Pojistná událost z připojištění PTI3 nastává dnem, kdy byl pojistiteli doručen posudek vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení<sup>24</sup> 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 pravidlivě 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 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.
- 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.
- 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, 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 v pojistné smlouvě sjednáno jinak, má pojistné plnění z připojištění PTI3 kombinovanou formu.
- 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 sedmnácti (17) měsíců.
- 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.
- 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.
- 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 navyšuje o sjednané procento z invalidní penze vyplácené v předchozím roce.
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 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 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 11 odst. 2 v souvislosti s připojištěním PTI3.

#### Článek 30

##### Pojistné plnění z připojištění zproštění od placení pojistného

1. Pojistná událost z připojištění ZPPN je vymezena ve VPP<sup>25</sup>, přičemž doba, po kterou má nepřetržitě trvat plná pracovní neschopnost<sup>26</sup> 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 něj 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 31

##### Pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že připojištění PPZO bylo pro toho kterého pojištěného v okamžiku pojistné události v platnosti.
2. Pojistná událost z připojištění PPZO je obecně vymezena ve VPP<sup>27</sup>, přičemž seznam závažných onemocnění a lékařských zákroků sjednaný pro připojištění PPZO pojištěného dospělého je uveden v článku 32 těchto ZPP a pro připojištění PPZO pojištěného dítěte je uveden v článku 33 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 doba<sup>28</sup> v délce tří (3) měsíců od počátku připojištění PPZO toho kterého pojištěného.
5. Výše pojistného plnění z připojištění PPZO pojištěného dospělého je rovna sjednané pojistné částce pro připojištění PPZO pojištěného dospělého ke dni pojistné události. Pojistitel vyplatí pojistné plnění z připojištění PPZO nejvýše z jedné pojistné události pojištěného dospělého.
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 33 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 tomu kterému pojištěnému 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 toho kterého pojištěného dítěte nesmí přesáhnout 100 % pojistné částky sjednané pro toto připojištění pro to které pojištěné dítě. Pokud by částka pojistného plnění určená podle odst. 6 a 7 tohoto článku vedla k porušení ustanovení předchozí věty, vznikne tomu kterému pojištěnému dítěti nárok na pojistné plnění pouze ve výši rozdílu pojistné částky sjednané pro připojištění PPZO toho kterého pojištěného dítěte a souhrnu všech dosud přiznaných pojistných plnění z připojištění PPZO toho kterého pojištěného dítěte.
9. Okamžikem, kdy souhrn všech přiznaných pojistných plnění z připojištění PPZO tomu kterému pojištěnému dosáhne 100 % pojistné částky sjednané pro připojištění PPZO toho kterého pojištěného, připojištění PPZO toho kterého pojištěného zaniká.
10. Pokud v důsledku události definované v článku 11, odst. 4 VPP připojištění PPZO pro toho kterého pojištěného zanikne, zvýší pojistitel počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 11, odst. 2 těchto ZPP v souvislosti s připojištěním PPZO toho kterého pojištěného.

**Seznam závažných onemocnění a lékařských zákroků z přípojištění závažných onemocnění pojištěného dospělého**

**1. Akutní infarkt myokardu**

Akutním infarktem myokardu (srdečního svalu) se pro účely pojištění VIS rozumí onemocnění, při němž dochází k odumření části srdečního svalu v důsledku náhlého uzavření věnčité tepny, která zásobuje danou oblast. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být prokázána anamnézou typické bolesti na hrudi, významným zvýšením hladiny kardi specifických 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 přípojištění 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 VIS 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 způsobené migrénou,
- c) příznaky porušené funkce centrálního nervového systému byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným oxysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
- d) příznaky porušené funkce oka a/nebo očního nervu byly způsobené úrazem, hypoxií (nedostatečným oxysličením krve) a/nebo cévním onemocněním,
- e) příznaky poruchy vestibulárního aparátu byly způsobeny jeho nedostatečným prokrvením (ischemií).

**3. Zhoubné novotvary (nádory)**

Zhoubným novotvarem (nádorem) se pro účely pojištění VIS 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 (nádoru), 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 dřene,
- 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 carcinoma 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 VIS 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 VIS 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 VIS 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 dřene a následná transplantace lidské kostní dřene 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 dřene:

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

**6. Bypass srdečních (věnčitých) tepen**

Pro účely pojištění VIS 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 (koronarografií), 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), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury.

## 7. Slepota

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

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

## 8. Hluchota

Hluchotou se pro účely pojištění VIS rozumí úplná klinicky ověřená a nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší trvající déle než dvanáct (12) měsíců způsobená akutním onemocněním, která byla ověřena a potvrzena 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 známa žádná medicínská procedura, pomocí které by bylo možné úplnou ztrátu sluchového vjemu obou uší ovlivnit.

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

## 9. Nezhooubný nádor mozku

Nezhoubným nádorem mozku se pro účely pojištění VIS 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 nezhoubného nádoru mozku musí být potvrzena písemným vyjádřením neurologa nebo neurochirurga.

Pojistná událost však nenastává, pokud je nezhoubný 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 VIS 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 VIS 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 povolání<sup>29</sup>.
- 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 VIS rozumí závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přísátím klíštěte. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří (3) měsíců následujících po přísátí klíštěte a přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně šesti (6) měsíců a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klíšťovou meningoencefalitidou (KE) se pro účely pojištění VIS 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 VIS rozumí bakteriální zánětlivá 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 VIS 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 (rozborem 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 projevilo 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 VIS rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější podněty či vnitřní potřeby přetrvávající nepřetržitě po dobu nejméně devadesátšesti (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 případech, že kóma trvá nepřetržitě déle než dva (2) měsíce.

### Článek 33

#### Seznam závažných onemocnění a lékařských zákroků z přípojištění závažných onemocnění pojištěného dítěte

##### 1. Zhoubné novotvary (nádory)

Zhoubným novotvarem (nádorem) se pro účely pojištění podle těchto ZPP rozumí:

- a) solidní zhoubné nádory,
- b) leukémie,
- c) maligní lymfomy,
- d) Hodgkinova choroba,
- e) zhoubná onemocnění kostní dřeně,
- f) metastázující kožní nádory.

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

Pojistná událost nenastává v těchto případech:

- a) prekanceróza,
- b) kožní melanom hodnocený stupněm I (stupněm T2a nebo nižším podle TNM klasifikace),
- c) karcinom vycházející z bazálních a/nebo skvamozních kožních buněk,
- d) 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 přípojištění PPZO a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem přípojištění PPZO:

- a) papilom močového měchýře,
- b) polyposa tlustého střeva,
- c) Crohnova nemoc,
- d) ulcerózní kolitida,
- e) krev ve stolici, v moči a/nebo hemoptýza,
- f) lymfadenopatie,
- g) splenomegalie.

#### Pojistné plnění:

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

##### 2. Poliomyelitida (mozková obrna)

Poliomyelitidou (mozkovou obrnou) se pro účely pojištění podle těchto ZPP 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 přípojištění PPZO.

##### 3. Meningitida

Meningitidou se pro účely pojištění podle těchto ZPP rozumí zánět mozkových blan. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícímu 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 přípojištění PPZO.

##### 4. Encefalitida

Encefalitidou se pro účely pojištění podle těchto ZPP rozumí zánět mozkové tkáně. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažnému trvalému neurologickému defektu trvajícímu 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 přípojištění PPZO.

##### 5. Aplastická anémie

Aplastickou anémií se pro účely pojištění podle těchto ZPP 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 mm<sup>3</sup> a krevních destiček nižší než 20 000 na mm<sup>3</sup>,
- 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP 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:

- a) vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek,
- b) vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
- c) 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 podle těchto ZPP 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:

- a) onemocnění mozku a/nebo míchy,
- b) 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. Slepota**

Slepotou se pro účely pojištění podle těchto ZPP 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:

- a) diabetes mellitus,
- b) glaukom,
- c) trachom,
- d) 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 podle těchto ZPP 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:

- a) částečná ztráta sluchu,
- b) 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 podle těchto ZPP rozumí přítomnost viru HIV v séru, který byl prokazatelně do organismu pojištěného dítěte přenesen krevní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Austrá-

lie 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 hemofilií, 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 podle těchto ZPP 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:

- a) chronická glomerulonefritida,
- b) nefropatie způsobená léčivými přípravky,
- c) hypertenze,
- d) diabetes mellitus.

#### **Pojistné plnění:**

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

### **15. Tetanus**

Tetanem se pro účely pojištění podle těchto ZPP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajícím 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP 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 podle těchto ZPP rozumí operace hrudní a/nebo břišní aorty (bez periferních větví) provedená přes otevřený hrudník a/nebo břicho za účelem léčebného zákroku pro výduť, ucpání, 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 34

#### 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 VPP<sup>30</sup>, 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 zasaženo pouzdro vaječníku, a nádor je klasifikován jako T1a N0 M0 nebo T1b N0 M0 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 doba<sup>31</sup> 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 31 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) změny tkáně jsou nižšího stádia, než příslušné stádium uvedené v odst. 3 tohoto článku,
  - b) by pojištěnému vznikl současně pro danou diagnózu i nárok na pojistné plnění z připojištění PPZO.

**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<sup>32</sup> pojištěného.
3. Pro připojištění DDPN se sjednává čekací doba<sup>33</sup> 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.
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 léčení 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 příjmů<sup>30</sup>, a to po odpočtu daně z příjmu (případně určených záloh na daň z příjmu), pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti<sup>31</sup>, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění<sup>32</sup>,
  - b) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů<sup>33</sup>, 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 příjmů<sup>38</sup>) 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.

**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 doba<sup>39</sup> 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 pojištěné.
  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 léčebně pro dlouhodobě nemocné, v zařízení následné péče, v léčebně 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 toxikomanie a jiných závislostí, v lázeňském zařízení, v sanatoriu nebo v rehabilitačním zařízení či v ústavu sociální péče,
    - c) v nemocnici, která neuvádí 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 37 Úvěrová asistence

1. V pojistné smlouvě může být pro pojištěného dospělého sjednána tzv. úvěrová asistence, která představuje kombinaci minimálně dvou (2) z níže uvedených pojistných krytí, společně sjednaných k pojištění pro případ smrti nebo dožití pojištěného dospělého:
  - a) připojištění invalidity 2+3 podle článku 28 těchto ZPP,
  - b) připojištění invalidity 3 podle článku 29 těchto ZPP,
  - c) připojištění závažných onemocnění podle článku 31 těchto ZPP a
  - d) zvýšení pojistné částky pro případ smrti o klesající složku.
2. Pojistné plnění z připojištění invalidity 3 a 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 28 a/nebo 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 plnou.
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, v článku 28, odst. 16 těchto ZPP 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. Při zániku posledního připojištění sjednaného v rámci úvěrové asistence se příslušná klesající složka pojistné částky pro případ smrti sjednaná v rámci úvěrové asistence snižuje na nulu.
5. 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.
6. Pokud v důsledku události definované v článku 11, odst. 4 VPP, v článku 28, odst. 16 těchto ZPP nebo v článku 29, odst. 16 těchto ZPP úvěrová asistence zanikne, zvýší pojistitel počet podílů na podílovém účtu o podíly původně odečtené podle článku 11, odst. 2 těchto ZPP v souvislosti s veškerým pojistným krytím v rámci úvěrové asistence.

## PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

### Článek 38

#### 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 článcích 9, 17, 18 a 19 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 40, 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 odebraných aktiv.
  7. Vzhledem k charakteru programů investování není cena jejich podílů pojistitelem garantována, může tedy dojít k jejímu růstu i poklesu.
  8. Pojistitel si vyhrazuje právo ustanovit další programy investování nebo sloučit, rozdělit či uzavřít existující programy investování. Pojistník bude písemně vyrozuměn o každém takovém sloučení, rozdělení či uzavření.
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 41

#### 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 maximálně 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 42

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 VIS.
  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 VIS. Pojištění VIS proto nezakládá žádný nárok na žádná aktiva pojistitele, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
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 VIS se posuzují podle té úpravy Zvláštních pojistných podmínek, která je platná pro účastníky pojištění VIS 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 dálku<sup>40</sup>, přičemž rozsah a podmínky budou zveřejněny 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 listinnou, přičemž stanoví předepsanou formou.
  5. Výši a předmět poplatků uvedených v těchto ZPP je pojistitel povinen zveřejňovat v Sazebníku poplatků na internetových stránkách pojistitele<sup>41</sup>.

6. 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.
7. Pojistitel je oprávněn proti jakémukoli svému plnění z pojištění započíst dlužné částky pojistného a jiné své splatné pohledávky z pojištění.
8. 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 pojistitelem<sup>42</sup>, poukazuje pojistitel pouze bezhotovostním způsobem, nedohodnou-li se strany jinak.
9. V případech, kdy pojištěný, pojistník, oprávněná osoba nebo jakákoliv 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 pojistitelem<sup>43</sup>, 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 terorismu<sup>44</sup>.
10. Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 7. 2013.

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

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

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

<sup>4</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 10 VPP

<sup>5</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP program investování Peněžní trh

<sup>6</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP je alokační procento pro mimořádné pojistné 100 %

<sup>7</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 7, odst. 4 VPP

<sup>8</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

<sup>9</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

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

<sup>11</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 12 VPP

<sup>12</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 2 VPP

<sup>13</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 2 VPP

<sup>14</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), vydání platné k 1.1.2013

<sup>15</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), vydání platné k 1.1.2013

<sup>16</sup> aktuální oceňovací tabulka je zveřejněna na internetových stránkách pojistitele

<sup>17</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

<sup>18</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení

<sup>19</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

<sup>20</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

<sup>21</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP v souladu se zákonem č. 219/1999 Sb., o ozbrojených silách České republiky

<sup>22</sup> 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

<sup>23</sup> 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

<sup>24</sup> 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

<sup>25</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 6 VPP

<sup>26</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3 odst. 9 VPP

<sup>27</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 7 VPP

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

<sup>29</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání

<sup>30</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 4, odst. 7 VPP

<sup>31</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP a článek 11, odst. 1 a 4 VPP

<sup>32</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3 odst. 9 VPP

<sup>33</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP

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

<sup>35</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení

<sup>36</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

<sup>37</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

<sup>38</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

<sup>39</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP viz článek 3, odst. 14 VPP

<sup>40</sup> 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)

<sup>41</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP [www.metlife.cz](http://www.metlife.cz)

<sup>42</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP je tato hranice stanovena na Kč 50 000,- (padesát-tisíc-korun-českých)

<sup>43</sup> ke dni účinnosti těchto ZPP je tato hranice stanovena na Kč 50 000,- (padesát-tisíc-korun-českých)

<sup>44</sup> 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 VIS 3.3

**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

<b>Hlava a smyslové orgány</b>		
<b>Oko</b>		
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 svisle	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	Pouřazový lagoftalmus	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 %
<b>Ucho</b>		
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 %
<b>Nos</b>		
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 %

<b>Hlava</b>		
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 <sup>2</sup>	15,5 % – 25 %
48	Kostní defekt klenby lební v rozsahu od 2 cm <sup>2</sup> do 10 cm <sup>2</sup> včetně	5,5 % – 15 %
49	Kostní defekt klenby lební v rozsahu do 2 cm <sup>2</sup> včetně	až 5 %
50	Moková píštěl po poranění spodiny lební (likvoreá)	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 %
<b>Dutina ústní a zuby</b>		
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 % (max 10 % za všechny zuby)
69	Ztráta vitality, odlomení nebo poškození jednoho a/nebo více zubů trvalého chrupu	0 %
70	Ztráta vitality, odlomení, poškození nebo ztráta zubní náhrady nebo zubu mléčného chrupu	0 %
<b>Krk</b>		
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 %
<b>Hrudník, plíce, srdce a jícen</b>		
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 %

<b>Břicho a trávicí orgány</b>		
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 %
<b>Močové a pohlavní orgány</b>		
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 vaječniku	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 %
<b>Páteř, mícha a pánev</b>		
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 – těžkého stupně	50 %
140	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku – středního stupně	25 %
141	Porušení celistvosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin nad 45 let věku – lehkého stupně	10 %

<b>Horní končetina</b>		<b>Dominantní</b>	<b>Nedominantní</b>
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 mezičlánkového 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 mezičlánkového 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 mezičlánkového kloubu ukazováku	5 %	4 %
189	Úplná ztuhlost konečného kloubu ukazováku	1 %	0,5 %
190	Omezení hybnosti základního článku ukazováku	3 %	2 %
191	Omezení hybnosti mezičlánkového 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 mezičláňového 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 p�ourazov�e omezen�i krevního ob�ehu či lymfatického systému horní končetiny	a� 5 %	až 4 %
202	Pou�razov�a atrofie svalstva horní končetiny	2 %	1 %
203	Obrna cel� pleten� pažní (plexus brachialis)	70 %	50 %
204	Obrna podpa�n�ho nervu (n. axillaris)	30 %	25 %
205	Obrna vřetenního nervu (n. radialis)	35 %	27 %
206	Obrna svalov� kožního nervu (n. musculocutaneus)	30 %	20 %
207	Obrna loketního nervu (n. ulnaris)	30 %	25 %
208	Obrna středního nervu (n. medianus)	30 %	25 %
<b>Dolní končetina</b>			
209	Anatomická ztráta dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo mezi kyčelním a kolenním kloubem s pah�ylem nevhodn�m k protézování	70 %	
210	Anatomická ztráta dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo mezi kyčelním a kolenním kloubem s pah�ylem vhodn�m k protézování	60 %	
211	�pln� ztuhlost kyčelního kloubu	30 %	
212	Omezení hybnosti kyčelního kloubu – t�zk�ho 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	Zkr�cen� dolní končetiny o v�ice než 6 cm	25 %	
219	Zkr�cen� dolní končetiny o 4 až 6 cm včetně	15 %	
220	Zkr�cen� dolní končetiny o 2 až 4 cm včetně	5 %	
221	Zkr�cen� dolní končetiny do 2 cm	0 %	
222	Deformity kosti stehenní vznikl� zhojením zlomeniny v osov� nebo rota�n� u�hylce (�uhylky nad 45� jsou hodnoceny jako ztráta končetiny; při hodnocen� osov� u�hylky nelze sou�asn� hodnotit zkr�cen� končetiny)	5 % (za každých celých 5� u�hylky)	
223	�pln� ztuhlost kolenního kloubu	25 %	
224	Omezení hybnosti kolenního kloubu – t�zk�ho stupně	18,5 % – 23 %	
225	Omezení hybnosti kolenního kloubu – st�edn�ho stupn�	10,5 % – 18 %	
226	Omezení hybnosti kolenn�ho kloubu – lehk�ho stupn�	a� 10 %	
227	Viklavost kolenn�ho kloubu zp�soben� poruchou funkce p�edn�ho a zadn�ho zk�i�en�ho vazu	25 %	
228	Viklavost kolenn�ho kloubu zp�soben� poruchou funkce postrann�ho vazu	5 %	
229	Endoprot�za kolenn�ho kloubu	5 %	
230	Anatomická ztráta doln� končetiny v b�rci se ztuhl�m kolenem s pah�ylem nevhodn�m k protézování	50 %	
231	Anatomická ztráta dolní končetiny v b�rci se ztuhl�m kolenem s pah�ylem vhodn�m k protézování	40 %	
232	Anatomická ztráta dolní končetiny v b�rci se zachoval�m kolenem s pah�ylem nevhodn�m k protézování	45 %	
233	Anatomická ztráta dolní končetiny v b�rci se zachoval�m kolenem s pah�ylem vhodn�m k protézování	35 %	
234	Pakloub kosti holenní a/nebo obou kostí bérce	35 %	
235	Pakloub kosti l�tkov�	5 %	
236	Deformity bérce vznikl� zhojením zlomeniny v osov� nebo rota�n� u�hylce (�uhylky nad 45� jsou hodnoceny jako ztráta končetiny v b�rci; při hodnocen� osov� u�hylky nelze sou�asn� hodnotit zkr�cen� končetiny)	5 % (za každých celých 5� u�hylky)	
237	Anatomická ztráta nohy v hlezenním kloubu	40 %	
238	Anatomická ztráta chodidla v Chopartově kloubu	30 %	
239	Anatomická ztráta chodidla v Lisfrancov� kloubu	25 %	
240	Deformity v oblasti hlezna a nohy	5 % – 25 %	
241	�pln� ztuhlost hlezenn�ho kloubu v nep�r�zniv�m postaven� (�pi�ka chodidla ohnut� směrem nahoru nebo ohnut� směrem dolů v u�hlu v�t�m než 20�)	30 %	
242	�pln� ztuhlost hlezenn�ho kloubu v p�r�zniv�m postaven�	25 %	
243	Omezení hybnosti hlezenn�ho kloubu – t�zk�ho stupně	20,5 % – 25 %	
244	Omezení hybnosti hlezenn�ho 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 mezičlánkového kloubu palce nohy	2 %
256	Anatomická ztráta II., III. IV. nebo V. prstu, za každý prst	2 %
257	Trvalé pouřazové omezení krevního oběhu či lymfatického systému dolní končetiny	až 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	Pouřazová atrofie svalstva dolní končetiny	5 %
<b>Jizevnaté deformace</b>		
263	Rozsáhlé plošné jizvy po popáleninovém traumatu od 1 % povrchu těla	0,5 % – 40 %
264	Keloidní a/nebo hypertrofické jizvy v obličejí	0,5 % – 5 %
265	Ostatní jizvy neuvedené v tabulce (např. jizvy kosmetického charakteru, pigmentové jizvy apod.)	0 %

**TABULKA Č. 2 – HODNOCENÍ SNÍŽENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI (VISU) SE SNESITELNOU KOREKČÍ:**

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 – HODNOCENÍ TĚLESNÉHO POŠKOZENÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU:**

V případě neúplné zlomeniny (např. infrakce, fisury, odlomení hran kostí, výstupků a malých úlomků), subperiostální zlomeniny a/nebo kompresivní zlomeniny vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění odpovídající jedné polovině ohodnocení úplné zlomeniny, není-li uvedeno jinak.

<b>I. Hlava a smyslové orgány</b>		
001	Zlomenina spodiny lební tříštivá a/nebo otevřená	30 %
002	Zlomenina spodiny lební	15 %
003	Zlomenina klenby lební s vpáčenými úlomky a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	25 %
004	Zlomenina klenby lební	12 %
005	Zlomenina horní čelisti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
006	Zlomenina horní čelisti	7 %
007	Zlomenina dolní čelisti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
008	Zlomenina dolní čelisti	4 %
009	Zlomenina nosních kůstek s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	5 %
010	Zlomenina nosních kůstek	1,5 %
011	Zlomeniny jiných kostí lebky a/nebo obličejové tříštivá a/nebo otevřená	5 %
012	Zlomenina jiných kostí lebky a/nebo obličejové	2 %
013	Vykloubení čelisti oboustranné a/nebo jednostranné	5 %
014	Dislokace chrupavky nosní přepážky	1,5 %
015	Subarachnoidální krvácení a/nebo jiná nitrolební poranění	30 %
016	Subdurální krvácení	25 %
017	Epidurální krvácení	20 %
018	Zhmoždění mozku	20 %
019	Otok mozku	10 %
020	Otřes mozku vyžadující hospitalizaci delší než 4 dny	5 %
021	Otřes mozku vyžadující hospitalizaci nepřesahující 4 dny	3 %
022	Vytržení a/nebo ruptura očního bulbu	20 %
023	Poranění očního bulbu s cizím tělesem s odchlípením sítnice	15 %
024	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením čočky	12 %
025	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením řasnatého tělesa a/nebo duhovky	11 %
026	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením rohovky	10 %
027	Poranění očního bulbu s cizím tělesem se zasažením bělimy	9 %
028	Poranění očnice s cizím tělesem	7 %
029	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa s odchlípením sítnice	12 %
030	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením čočky	10 %
031	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením řasnatého tělesa a/nebo duhovky	7 %
032	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením rohovky	5 %
033	Poranění a/nebo pohmoždění očního bulbu bez cizího tělesa se zasažením bělimy	4 %
034	Poranění a/nebo pohmoždění očnice bez cizího tělesa	5 %
035	Pohmoždění očního bulbu s krvácením do přední komory a/nebo sklivce	5 %
036	Poranění spojivky	3 %
037	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina rohovky 3. a/nebo vyššího stupně	7 %
038	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina obou víček 3. a/nebo vyššího stupně	4 %
039	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina rohovky a/nebo spojivky 1. a/nebo 2. stupně	3,5 %
040	Odtržení vlasové části v délce přesahující polovinu jejího obvodu	4 %
041	Perforace ušního bubínku	3 %
042	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy a/nebo nervu	0,5 % – 4 %
<b>II. Krk</b>		
043	Zlomenina 1. a/nebo 2. krčního obratle tříštivá a/nebo otevřená	45 %
044	Zlomenina 1. a/nebo 2. krčního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	25 %
045	Zlomenina 1. a/nebo 2. krčního obratle	15 %
046	Zlomenina 3. – 7. krčního obratle tříštivá a/nebo otevřená	15 % za každý
047	Zlomenina 3. – 7. krčního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	8 % za každý
048	Zlomenina 3. – 7. krčního obratle	5 % za každý, max však 15 %
049	Zlomenina příčného a/nebo trnového výběžku krčního obratle	0,5 % za každý
050	Zlomenina jiných částí krku	10 %
051	Vykloubení krčního obratle	25 %
052	Vykloubení jiných částí krku	5 %

053	Ruptura krční meziobratlové ploténky	10 %
054	Blok krční páteře	3 %
055	Otevřené poranění hrtanu a/nebo průdušnice	23 %
056	Otevřené poranění štítné žlázy a/nebo hltanu a/nebo krční části jícnu	15 %
057	Poranění krční a/nebo vertebrální tepny	16 %
058	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy, hlasivky, míchy, hrtanu a/nebo hltanu	0,5 % – 4 %
<b>III. Hrudník</b>		
059	Zlomenina hrudního obratle tříštivá a/nebo otevřená	15 % za každý, max však 45 %
060	Zlomenina hrudního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	8 % za každý, max však 24 %
061	Zlomenina hrudního obratle	5 % za každý, max však 15 %
062	Zlomenina příčného a/nebo trnového výběžku hrudního obratle	0,5 % za každý
063	Zlomenina hrudní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	12 %
064	Zlomenina hrudní kosti	4 %
065	Zlomenina žebra	1 % za každé
066	Vykloubení hrudního obratle	15 %
067	Vykloubení jiných částí hrudníku	2 %
068	Ruptura hrudní meziobratlové ploténky	10 %
069	Blok hrudní páteře	1 %
070	Poranění srdce s hemoperikardem s otevřeným poraněním dutiny hrudní	50 %
071	Poranění srdce s hemoperikardem bez otevřeného poranění dutiny hrudní	30 %
072	Poranění srdce s otevřeným poraněním dutiny hrudní	25 %
073	Poranění srdce bez otevřeného poranění dutiny hrudní	20 %
074	Poranění plic s otevřeným poraněním dutiny hrudní	25 %
075	Poranění plic bez otevřeného poranění dutiny hrudní	15 %
076	Pneumotorax s otevřeným poraněním dutiny hrudní	10 %
077	Pneumotorax bez otevřeného poranění dutiny hrudní	5 %
078	Poranění bránice a/nebo brzlíku a/nebo mízního systému s otevřeným poraněním dutiny hrudní	17 %
079	Poranění bránice a/nebo brzlíku a/nebo mízního systému bez otevřeného poranění dutiny hrudní	10 %
080	Krvácení do hrudníku s otevřeným poraněním dutiny hrudní	15 %
081	Krvácení do hrudníku bez otevřeného poranění dutiny hrudní	7 %
082	Poranění pohrudnice	3 %
083	Poranění hrudní aorty a/nebo horní duté žíly	23 %
084	Poranění podklíčkových a/nebo plicních cév	17 %
085	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy, míchy a/nebo prsu	0,5 % – 4 %
<b>IV. Břicho, močové a pohlavní orgány</b>		
086	Poranění sleziny a/nebo jater a/nebo žlučníku a/nebo slinivky břišní a/nebo ledviny s otevřeným poraněním dutiny břišní	25 %
087	Poranění sleziny a/nebo jater a/nebo žlučníku a/nebo slinivky břišní a/nebo ledviny bez otevřeného poranění dutiny břišní	10 %
088	Poranění tlustého střeva vyžadující operační zákrok s resekcí	22 %
089	Poranění tlustého střeva vyžadující operační zákrok bez resektce	16 %
090	Poranění tenkého střeva vyžadující operační zákrok s resekcí	20 %
091	Poranění tenkého střeva vyžadující operační zákrok bez resektce	13 %
092	Perforace dvanáctníku	20 %
093	Perforace žaludku	17 %
094	Perforace dělohy	25 %
095	Perforace močovodu a/nebo močového měchýře a/nebo močové trubice	20 %
096	Poranění jiných nitrobřišních nebo pánevních orgánů s otevřeným poraněním dutiny břišní	8 %
097	Poranění břišní aorty a/nebo dolní duté žíly	20 %
098	Poranění jiných hlavních kmenů nitrobřišních cév	10 %
099	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, šlachy, cévy, močového a/nebo pohlavního orgánu	0,5 % – 4 %
<b>V. Bederní páteř a pánev</b>		
100	Zlomenina bederního obratle tříštivá a/nebo otevřená	15 % za každý, max však 45 %
101	Zlomenina bederního obratle s dislokací a/nebo kompresivní	8 % za každý, max však 24 %
102	Zlomenina bederního obratle	5 % za každý, max však 15 %
103	Zlomenina příčného a/nebo trnového výběžku bederního obratle	0,5 % za každý
104	Zlomenina křížové kosti	15 %



105	Zlomenina kostrče	5 %
106	Zlomenina kloubní jamky kyčelního kloubu tříštivá a/nebo otevřená	25 %
107	Zlomenina kloubní jamky kyčelního kloubu	15 %
108	Zlomenina kyčelní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	20 %
109	Zlomenina kyčelní kosti	10 %
110	Zlomenina stydké a/nebo sedací kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	11 %
111	Zlomenina stydké a/nebo sedací kosti	5 %
112	Vykloubení bederního obratle	15 %
113	Vykloubení křížokyčelního kloubu	12 %
114	Vykloubení jiné části bederní páteře a/nebo pánve	4 %
115	Ruptura bederní meziobratlové ploténky	10 %
116	Ruptura spony stydké	8 %
117	Blok bederní páteře	3 %
118	Blok křížokyčelního kloubu	1 %
119	Rána pronikající do podkoží; zhmoždění svalu, cévy, šlachy, nervu a/nebo míchy	0,5 % – 4 %
<b>VI. Horní končetina</b>		
120	Zlomenina klíční kosti nitrokloubní	15 %
121	Zlomenina klíční kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
122	Zlomenina klíční kosti	4 %
123	Zlomenina lopatky s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
124	Zlomenina lopatky	5 %
125	Zlomenina horního konce pažní kosti nitrokloubní	23 %
126	Zlomenina horního konce pažní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	16 %
127	Zlomenina horního konce pažní kosti	5 %
128	Zlomenina střední části pažní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	17 %
129	Zlomenina střední části pažní kosti	5 %
130	Zlomenina dolního konce pažní kosti nitrokloubní	23 %
131	Zlomenina dolního konce pažní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	16 %
132	Zlomenina dolního konce pažní kosti	8 %
133	Zlomenina horního konce loketní a/nebo vřetenní kosti nitrokloubní	15 %
134	Zlomenina horního konce loketní a/nebo vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	11 %
135	Zlomenina horního konce loketní a/nebo vřetenní kosti	5 %
136	Zlomenina střední části loketní a/nebo vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
137	Zlomenina střední části loketní a/nebo vřetenní kosti	5 %
138	Zlomenina dolního konce loketní a/nebo vřetenní kosti nitrokloubní	15 %
139	Zlomenina dolního konce loketní a/nebo vřetenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	11 %
140	Zlomenina dolního konce loketní a/nebo vřetenní kosti	5 %
141	Zlomenina loďkovité kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	8 %
142	Zlomenina loďkovité kosti	5 %
143	Zlomenina jiné zápěstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	5 % za každou
144	Zlomenina jiné zápěstní kosti	1,5 % za každou
145	Zlomenina 1. záprstní kosti nitrokloubní	11 %
146	Zlomenina 1. záprstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	8 %
147	Zlomenina 1. záprstní kosti	3 %
148	Zlomenina 2. – 5. záprstní kosti nitrokloubní	3 % za každou
149	Zlomenina 2. – 5. záprstní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	2 % za každou
150	Zlomenina 2. – 5. záprstní kosti	1 % za každou
151	Zlomenina palce nitrokloubní	8 %
152	Zlomenina palce s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	6 %
153	Zlomenina palce	4 %
154	Zlomenina 2. – 5. prstu nitrokloubní	3 % za každý
155	Zlomenina 2. – 5. prstu s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	2 % za každý
156	Zlomenina 2. – 5. prstu	1 % za každý
157	Vykloubení loketní a/nebo vřetenní kosti	10 %
158	Vykloubení ramenního kloubu	7 %
159	Vykloubení klíční kosti	5 %
160	Vykloubení zápěstí	4 %
161	Vykloubení jednoho kloubu prstu	2 % za každý
162	Úplné přerušování svalu a/nebo šlachy a/nebo vazů v úrovni předloktí, zápěstí a/nebo ruky	4 %

163	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy a/nebo vazy v úrovni ramene a/nebo paže	3 %
164	Rána pronikající do podkoží; distorze; ztráta celé nehtové ploténky; zhmoždění svalu, šlachy, cévy a/nebo nervu	0,5 % – 4 %
<b>VII. Dolní končetina</b>		
165	Zlomenina horního konce stehenní kosti nitrokloubní	37 %
166	Zlomenina horního konce stehenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	25 %
167	Zlomenina horního konce stehenní kosti	10 %
168	Zlomenina střední části stehenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
169	Zlomenina střední části stehenní kosti	8 %
170	Zlomenina dolního konce stehenní kosti nitrokloubní	35 %
171	Zlomenina dolního konce stehenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	25 %
172	Zlomenina dolního konce stehenní kosti	10 %
173	Zlomenina česky s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
174	Zlomenina česky	5 %
175	Zlomenina horního konce holenní kosti nitrokloubní	23 %
176	Zlomenina horního konce holenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
177	Zlomenina horního konce holenní kosti	7 %
178	Zlomenina střední části holenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
179	Zlomenina střední části holenní kosti	5 %
180	Zlomenina dolního konce holenní kosti nitrokloubní	23 %
181	Zlomenina dolního konce holenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	15 %
182	Zlomenina dolního konce holenní kosti	7 %
183	Zlomenina lýtkové kosti nitrokloubní	15 %
184	Zlomenina lýtkové kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	10 %
185	Zlomenina lýtkové kosti	4 %
186	Zlomenina kotníku typu Weber C	23 %
187	Zlomenina kotníku typu Weber A nebo B s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	18 %
188	Zlomenina kotníku typu Weber A nebo B	12 %
189	Zlomenina patní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	18 %
190	Zlomenina patní kosti	8 %
191	Zlomenina hlezenní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	18 %
192	Zlomenina hlezenní kosti	7 %
193	Zlomenina jiné zánártní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	5 % za každou
194	Zlomenina jiné zánártní kosti	3 % za každou
195	Zlomenina nártní kosti nitrokloubní	6 % za každou
196	Zlomenina nártní kosti s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	4 % za každou
197	Zlomenina nártní kosti	2 % za každou
198	Zlomenina palce nitrokloubní	9 %
199	Zlomenina palce s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	8 %
200	Zlomenina palce bez dislokace	3 %
201	Zlomenina 2. – 5. prstu nitrokloubní	2 % za každý
202	Zlomenina 2. – 5. prstu s dislokací a/nebo tříštivá a/nebo otevřená	1,5 % za každý
203	Zlomenina 2. – 5. prstu	0,5 % za každý
204	Vykloubení kyčelního kloubu	10 %
205	Vykloubení kolenního kloubu	15 %
206	Vykloubení česky	5 %
207	Vykloubení hlezenního a/nebo Chopartova a/nebo Lisfrancova kloubu	10 %
208	Vykloubení jednoho kloubu prstu	2,5 % za každý
209	Úplné přerušení Achillovy šlachy	6 %
210	Úplné přerušení všech svalů a/nebo šlach čtyřhlavého svalu	5 %
211	Úplné přerušení svalu a/nebo šlachy a/nebo vazy dolní končetiny	4 %
212	Rána pronikající do podkoží; ruptura menisku; distorze; ztráta celé nehtové ploténky palce; zhmoždění svalu, šlachy, cévy a/nebo nervu	0,5 % – 4 %
<b>VIII. Jiné tělesné poškození</b>		
213	Cizí těleso v dolních cestách dýchacích odstraněno operačně	8 %
214	Cizí těleso v dolních cestách dýchacích odstraněno endoskopicky	3 %
215	Cizí těleso v trávicím ústrojí odstraněno operačně	5 %
216	Cizí těleso v trávicím ústrojí odstraněno endoskopicky	0,5 %
217	Cizí těleso v močovém a/nebo pohlavním ústrojí odstraněno operačně	4 %

218	Cizí těleso v močovém a/nebo pohlavním ústrojí odstraněno endoskopicky	1 %
219	Toxický účinek kontaktu s jedovatými živočichy	2 %
220	Otrava jedovatými houbami a/nebo plody a/nebo plyny a/nebo parami a/nebo chemickými látkami vyžadující hospitalizaci delší než 2 dny	0,5 % – 4 %
221	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu, průdušnice a plic 3. a/nebo vyššího stupně	80 %
222	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu a průdušnice 3. a/nebo vyššího stupně	40 %
223	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiné části dýchacího ústrojí 3. a/nebo vyššího stupně	10 %
224	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu, průdušnice a plic 1. a/nebo 2. stupně	25 %
225	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina hrtanu a průdušnice 1. a/nebo 2. stupně	15 %
226	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiné části dýchacího ústrojí 1. a/nebo 2. stupně	5 %
227	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst, hltanu a jícnu 3. a/nebo vyššího stupně	40 %
228	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst a hltanu 3. a/nebo vyššího stupně	20 %
229	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst, hltanu a jícnu 1. a/nebo 2. stupně	15 %
230	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina úst a hltanu 1. a/nebo 2. stupně	8 %
231	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina močového a/nebo pohlavního orgánu 3. a/nebo vyššího stupně	30 %
232	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina močového a/nebo pohlavního orgánu 1. a/nebo 2. stupně	15 %
233	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiného vnitřního orgánu 3. a/nebo vyššího stupně	6 %
234	Popálení a/nebo poleptání a/nebo omrzlina jiného vnitřního orgánu 1. a/nebo 2. stupně	3 %

#### **IX. Popálení, poleptání a/nebo omrzlina povrchu těla**

Celkové ohodnocení popálení, poleptání a/nebo omrzliny se stanoví jako součet ohodnocení dle celkového rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny a dodatečného ohodnocení dle rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny 3. a/nebo vyššího stupně.

		Ohodnocení dle celkového rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny	Dodatečné ohodnocení dle rozsahu popálení, poleptání a/nebo omrzliny 3. a/nebo vyššího stupně
235	do 0,25 % povrchu těla	0 %	2,5 %
236	od 0,25 % včetně do 1 % povrchu těla	2 %	8 %
237	od 1 % včetně do 5 % povrchu těla	3 %	17 %
238	od 5 % včetně do 10 % povrchu těla	6 %	19 %
239	od 10 % včetně do 20 % povrchu těla	12 %	25 %
240	od 20 % včetně do 30 % povrchu těla	25 %	28 %
241	od 30 % včetně do 40 % povrchu těla	35 %	35 %
242	od 40 % včetně do 50 % povrchu těla	45 %	55 %
243	od 50 % včetně do 60 % povrchu těla	55 %	55 %
244	od 60 % včetně do 70 % povrchu těla	65 %	55 %
245	od 70 % povrchu těla včetně	75 %	55 %