

Rozsah pojištění

Část C. Žádost o doplnění/změnu pojištění dítěte do pojistné smlouvy

Pojištěné dítě

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Příjmení, jméno

Rodné číslo

(vyplňte pouze v případě, že se jedná o doplnění dítěte do pojistné smlouvy)

Rozsah pojištění

Požadované změny pojistného rozsahu, pokud splňují podmínky pro sjednání uvedené změny pojištění, jsou platné pro všechny pojištěné děti na pojistné smlouvě.

- Jako pojistník beru na vědomí a souhlasím s tím, že v případě provedení změny může dojít i k případné úpravě sazeb pojistného u pojištění, kterého se daná změna týká, a to dle aktuálních sazeb pojistného platných k datu změny.
- Jako pojistník beru na vědomí a souhlasím s tím, že pro pojistné smlouvy sjednané do 31. 3. 2007, dále uvedené Flexibilní životní pojištění FLEXI, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST, Soukromé životní pojištění SZP, Flexibilní životní pojištění JUNIOR, se doplňují Speciální pojistné podmínky od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě na základě této žádosti o tato ustanovení:
 - V případě navýšení běžně placeného pojistného má pojistitel právo z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
 - V případě navýšení pojistné částky pro případ smrti má pojistitel právo účtovat z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.Dále jako pojistník beru na vědomí a souhlasím s tím, že výše uvedená ustanovení platí i pro následně provedené změny k této pojistné smlouvě.
- Souhlasím s uvedením svého rodného čísla event. rodného čísla pojištěného dítěte, s jeho využitím ve vzájemných smluvních vztazích a pro účely evidence, což stvrzuji svým podpisem.
- Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a osobní údaje pojištěného dítěte a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje a osobní údaje pojištěného dítěte byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl(a) ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován(a) o zpracování mých osobních údajů a osobních údajů pojištěného dítěte, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.
- a) V rámci Flexibilního životního pojištění FLEXI, Investičního životního pojištění FLEXI INVEST, Flexibilního životního pojištění JUNIOR v případě sjednání pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky dospělé osoby, pojištění zproštění od placení pojistného, připojištění k dennímu odškodnému dospělé osoby prohlašuji, že souhlasím s výňatkem z ujednání speciálních pojistných podmínek pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky dospělé osoby, pojištění zproštění od placení pojistného, připojištění k dennímu odškodnému dospělé osoby (netýká se klientů, kteří toto ujednání již ve speciálních pojistných podmínkách mají). Výňatek z ujednání je nedílnou součástí této žádosti o změnu.
b) V rámci Flexibilního životního pojištění FLEXI, Investičního životního pojištění FLEXI INVEST a Flexibilního životního pojištění JUNIOR v případě sjednání pojištění velmi vážných onemocnění dítěte, připojištění k dennímu odškodnému dítěte prohlašuji, že souhlasím s výňatkem z ujednání speciálních pojistných podmínek pro tato pojištění (netýká se klientů, kteří toto ujednání již ve speciálních pojistných podmínkách mají). Výňatek z ujednání je nedílnou součástí této žádosti o změnu.
- Jako pojistník prohlašuji, že jsem seznámil zákonného zástupce pojištěného dítěte s obsahem pojistné smlouvy.

Žádost podal (příjmení a jméno pojistníka):

_____ podpis pojistníka

Jestliže je pojistník odlišný od pojištěného, musí být žádost podepsaná i pojištěnými osobami (ev. jejich zákonnými zástupci), jichž se změna týká (včetně změny obmyšlené osoby a zajištění závazku).

Příjmení, jméno pojištěné osoby _____ podpis pojištěné osoby _____

Příjmení, jméno pojištěné osoby _____ podpis pojištěné osoby _____

Za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group převzal: Příjmení, jméno _____ (vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR)

Identifikace poradce

tel.: _____

V _____ dne _____ podpis zástupce pojistitele

Upozornění: Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci pojistníka na tiskopise Z0110 (resp. Z0111) v případě, že se jedná:
- o změnu pojistníka (identifikace nového pojistníka) nebo
- při podání plné moci k zastupování pojistníka (identifikace zmocněnce);
Je-li nebo byl-li v posledním roce nový pojistník politicky exponovanou osobou, je nutné k tiskopisu Z0110 (resp. Z0111) přiložit tiskopis Z0113 Prohlášení pojistníka o politicky exponované osobě.

Výňatek z ujednání speciálních pojistných podmínek

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ OSOBY

Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od dovršených 18 do 62 let.

Pojistné krytí končí nejdříve poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

1. Předmět a rozsah pojištění

Pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky se invaliditou rozumí invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek (dále jen „invalidita“).

Předpoklady pro příznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně).

Pracovní schopnosti se 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 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 funkčních 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 v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

2. Pojistná událost

Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě a současně pokud dojde ke splnění následujících podmínek:

- Pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
- Pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
- Splnění podmínky dvou let podle bodu C, odst. 2, písm. b) tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.

Vyplacením sjednané pojistné částky z pojištění invalidity pojištění zaniká.

POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

Invaliditou se v případě sjednání pojištění zproštění od placení rozumí invalidita 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a pojistných podmínek.

Podmínky pro příznání invalidity jsou totožné s podmínkami pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky.

PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚMU DOSPĚLÉ OSOBY – DENNÍ ODŠKODNĚ NAD LIMIT STANOVENÝ OCEŇOVACÍ TABULKOU DO.

- Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle ustanovení speciálních pojistných podmínek pro pojištění denního odškodného a celková doba léčení úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplatí pojistitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní odškodné.
- Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění je 548 dnů.
- Pokud je celková doba léčení úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.

Pro toto připojištění dále platí:

- V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
- V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- Výplata pojistného plnění z připojištění k dennímu odškodnému končí nejdříve se zánikem pojištění.

Připojištění k dennímu odškodnému lze sjednat pouze tehdy, pokud je sjednáno pojištění denního odškodného.

POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

Dítě může vstoupit do pojištění od 0 do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí nejdříve poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let.

1. Předmět a rozsah pojištění

Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

- rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny jsou:
 - neinvasivní karcinomy in situ;
 - lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;
 - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvale neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně

rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.

- transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
- slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60 nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvale ochrnutí obou dolních, nebo horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
- koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za koma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
- mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvajíc méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
- meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virem nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům, jako organická onemocnění mozku uvedené pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocněním definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
 - pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí,
 - v důsledku svého duševního postižení, potřebuje trvalý celodenní dohled,
 - pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby nebo musí být pod trvalým celodenním dohledem.Nedosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocněním definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
- virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
 - pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
 - jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
 - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.
- aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:
 - diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,

- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než $500/\text{mm}^3$ (tj. $0,5 \times 10^9/\text{l}$) a krevních destiček nižší než $20\,000/\text{mm}^3$ (tj. $20 \times 10^9/\text{l}$).
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze opakující se alespoň tři měsíce,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
 - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost také nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.

- n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** – diabetesem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojištěním s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tři měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.

- o) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé.

Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

- p) **operace srdeční chlopně**
Operaci srdeční chlopně se pro účely pojištění podle těchto SPP 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.

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

- r) **získané chronické srdeční onemocnění**

Získaným chronickým srdečním onemocněním se pro účely pojištění podle těchto SPP 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 náležela k léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:

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

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

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

- s) **astma bronchiale**

Je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:

- Trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky
- Trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
- Odchyly v plicním funkčním vyšetření – FEV₁ ≤60 % náležité hodnoty.

- t) **epilepsie**

Epilepsií se pro účely pojištění podle těchto SPP 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:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dní po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dní po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

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

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

- u) **revmatická horečka**

Revmatickou horečkou se pro účely pojištění podle těchto SPP 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 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 chlopní vadou jakéhokoli původu před počátkem pojištění.

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

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

- v) **tetanus**

Tetanus se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajících po dobu nejméně čtyř 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.

Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

2. Pojistná událost

a) Není-li u vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojištitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.

b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojištitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části pro pojištění velmi vážných onemocnění nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoli jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.

c) Pojistné plnění bude pojištěnému dítěti vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku.

d) Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojištitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného dítěte (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonného zástupce), pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění, vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.

e) V pojištění velmi vážných onemocnění není pojištitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění, v případěch velmi vážných onemocnění diagnostikovaných či léčených před počátkem pojištění a v případech souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojištění. Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno onemocněním bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdéle do jednoho měsíce od data potvrzení lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění, které uvádí tento článek, současně, vyplatí pojištitel z těchto pojistných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximální výše pojistné částky sjednané pojistnou smlouvou.

f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte, vyplatí pojištitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká.

g) Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění pojištěné dítě zemře a vznikl-li nárok na pojistné plnění, vyplatí pojištitel pojistné plnění dědicům pojištěného dítěte.

h) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojištitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

PŮJOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚMÚ DĚTĚTE – DENNÍ ODŠKODNĚ NAD LIMIT STANOVENÝ OCEŇOVACÍ TABULKOU DO.

a) Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle ustanovení speciálních pojistných podmínek pro pojištění denního odškodného a celková doba léčení úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplatí pojištitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní odškodné.

b) Maximální počet dnů, za které celková pojištitel poskytne pojistné plnění je 365 dnů.

c) Pokud je celková doba léčení úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojištitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.

Pro toto připojištění dále platí:

- V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.

- Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojištitel pouze za dobu léčení u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.

- V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojištitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojištitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.

- Výplata pojistného plnění z připojištění k dennímu odškodnému končí nejpozději se zánikem pojištění.

PŮJOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚMÚ lze sjednat pouze tehdy, pokud je sjednáno pojištění denního odškodného.