

Speciální pojistné podmínky pro Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSOZIV 6 ze dne 1. ledna 2010 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1 Rozsah pojištění

Úvěrové životní pojištění může být uzavřeno s osobou, které byl úvěr poskytnut. Pojištěnou osobou může být dušička nebo spoludlužník. Doba trvání pojištění je rovna době od počátku pojištění do úplného splacení úvěru, maximálně však do původně sjednaného konce pojištění. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, zaniká pojištění bez náhrady a bez výplaty pojistného plnění.

- pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti z jakýchkoli příčin**
V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti pojištěného je v případě smrti v době trvání pojištění vyplacena pojistná částka ve výši nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu úmrtí, nejvýše však do výše sjednané pojistné částky. Výplata pojistného plnění pojištění zaniká. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, je pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu úmrtí. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. V případě, že je sjednáno zajištění závazku a ke dni vzniku pojistné události je pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

- pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ velmi vážných onemocnění**
V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ velmi vážných onemocnění u pojištěného je v případě potvrzené lékařské diagnózy, jednoho z velmi vážných onemocnění vymezených v pojistné smlouvě respektive k provedení některého z operací zákroku vymezených a definovaných v pojistné smlouvě v době trvání pojištění vyplacena pojistná částka ve výši nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu diagnózy nebo operace velmi vážného onemocnění, nejvýše však do výše sjednané pojistné částky. Výplata pojistného plnění pojištění zaniká. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, je pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu diagnózy nebo operace velmi vážného onemocnění. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. V případě, že je sjednáno zajištění závazku a ke dni vzniku pojistné události je pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

Pro pojištění velmi vážných onemocnění se vymežují následující pojmy:

- infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborná kardiologická a interní klinika, resp. příslušný odborný lékař stanoví potvrzovanou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:
 - čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolestí a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů nebo troponinu I.Musi jít o první výskyt tohoto onemocnění u pojištěného. Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
- 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:
 - neinvazivní karcinom 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.
- náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nález trvající déle než 24 hodin, včetně:
 - infarktu mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebních cév a
 - embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.Musi být přítomen důkaz trvalého neurologického prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena cervikálními změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitní ischemické ataky.
- totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytná nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, játer, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tuto operaci 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.
- operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího zrovnání; vyloučeny jsou operace na větách aorty nebo bypasy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass) a operační výkon 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.
- 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 trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o inoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
- 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 žádným 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** – úplná a trvalá ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vláčna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm.
 - 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 trvalé prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy z 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.
 - demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demenci a dále musí být potvrzeno odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.
 - Parkinsonova nemoc** – progresující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinesie plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem i klinický stupeň závažnosti (stadium 3 dle Hoehn a Yahr). Potvrzení neurologem s pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI. Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.
 - operace věnicových (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** – operační kardiochirurgický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudniku pro funkčně významné postižení věnicových tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarografie prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzavření) věnicových tepen a lékařská zpráva s průchodnou diagnózou základní a operační. Pojistnou událost však nenastává, pokud zprůchodnění věnicových tepen je provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudniku). Datem škodné události je den provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. Musí být předem konzultována a odsouhlasena pojistitelem písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.
 - roztroušená skleróza** – chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových kůrek a prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy (CNS) magnetickou rezonancí (MRI). Pojistná událost vzniká, pokud byla nemoc jednoznačně diagnostikována odborným neurologickým pracovištěm a postižení trvá nepřetržitě alespoň tři měsíce, nebo došlo ke dvěma akutním atakám tohoto onemocnění. Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění a nejednoznačné neurologické diagnózy. Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy je splněna některá z následujících podmínek:
 - musí přetrvávat neurologicky nepochybné projevy postínění zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, změn pohybové koordinace nebo změn funkce nervů nepererušeno po dobu nejméně šest měsíců nebo
 - jsou dokumentovány nejméně dvě samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc nebo je dokumentována jedna ataka onemocnění provázená charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku současně se specifickými mozkovými lézemi ověřenými vyšetřením CNS magnetickou rezonancí. Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy ve smyslu této definice odborným lékařem – neurologem.
 - závažná onemocnění způsobená přisátím klišéte** – se rozumí závažná forma klišéte meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přisátím klišéte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klišéte a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem. Klišéto meningoencefalitidou (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klišétem obvykle přeneseny. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
 - pojištěný doloží anamnézu přisátí klišéte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
 - KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
 - pojištěný doloží přítomnost protilátek proti klišéte meningoencefalitidy v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující aktiní infekci, - závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klišéte meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.Lymeskou nemocí se rozumí bakteriální zánětlivá infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria: - pojištěný doloží anamnézu přisátí klišéte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
 - pojištěný jednoznačně doloží přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratorně molekulární biologie pomocí metody PCR),
 - pojištěný doloží přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazující aktiní infekci),
 - pojištěný byl řádně dlouhodobě léčenPříznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychofyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).
 - bakteriální meningitida** – hnisavý zánět mozkových blan způsobený bakteriemi, který může způsobit trvalá neurologická poškození (2 příznaky po 3 měsíce: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi)). Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního mozku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenu nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR. Vyloučeny z plnění jsou meningitidy jiného než bakteriálního původu (víry, plísň, paraziti).
 - encefalitida** – zánět mozku vyvolaný virem nebo bakteriemi, může být provázen reakcí mozkových plen nebo rozšířen na míchu (encefalomyelitida). Může vést k trvalému neurologickému poškození, které musí být potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozku, CT, MRI nebo EEG). Pro plnění jsou následující

- kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence.
- Creutzfeldova-Jakobova nemoc** – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovřížového masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čím vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volných pohybů. Pro plnění musí existovat 2 z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).
 - těžké popáleniny** – jsou popáleniny stupně IIa a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 30%. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. Při popáleninách v závažných lokalizacích (hlava a krk, obličej, ruce, pohlavní orgány a perineum) je pro výplatu pojistného plnění nutný rozsah nejméně 20%.
 - onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost** – je konečné stadium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně: - hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50% náležité hodnoty;
 - parciální tlak kyslíku (pO₂) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa;
 - parciální tlak oxidu uhličitého (pCO₂) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa;
 - v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii;
 - je subjektivně pocíťována křídlová dušnost, (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

Pojistná událost

Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění vymezených v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operací zákroku vymezených a definovaných v pojistné smlouvě. Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, příp. data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku. V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku toho pojištění. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění tuto pojištění zaniká. 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 pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

pojištění invalidity

V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ invalidity u pojištěného je v případě, kdy je pojištěný ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení uznan invalidním v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, vyplaceno pojistné plnění ve výši max. 12měsíčních splátek úvěru od data vzniku pojištěného invalidním. Invaliditou se ve smyslu toho pojištění rozumí invalidita 3. stupně. Splnění podmínky dvou let se nevychází, pokud byl pojištěný uznan invalidním ve 3. stupni vylučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrné části úvěru, bude pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru s aktuální měsíční splátkou úvěru, nejvýše však splátka uveřejněná v Úvěrové smlouvě. V případě následného potvrzení trvalé invalidity vyplatí pojistitel jednorázové plnění ve výši celkové nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků), nejvýše však do výše sjednané pojistné částky, tím pojištění zaniká. Pro výplatu pojistného plnění v případě pojištění poměrné části úvěru, platí stejné podmínky jako u pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

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 schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozí 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 rekvilifikace 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 nimi souvisí.

Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne, 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.
- Pojištěnému byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění (neplatí pro úraz), kdy je pojištěný ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení uznan invalidním.
- Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.

Posouzení uplatňovaného nároku je na pojistiteli. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

Vzhledem k charakteru pojištění velmi vážných onemocnění a pojištění invalidity a odchylně od VPP čl. 10 pojistitel neposkytne pojistné plnění za událost, která vznikne:

- při službě v ozbrojených silách mimo území České republiky,
- při sebevraždě, pokusu o ni, při úmyslném sebepoškození,
- při létání, letectví, při veškerých leteckých sportech mimo cestovní

jako pasažér pravidelnou leteckou linkou nebo jako pilot v rámci svého povolání,

- d) při horolezectví,
- e) při potápění, skocích do vody, při raftingu,
- f) při provozování extrémních sportů (bungee jumping, BASE jumping), bojových sportů, boxu,
- g) při sportech vykonávaných profesionálně nebo za úplatu
- h) při motoristických sportech.

• doplňkové pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci

V tomto volitelném pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu nebo nemoci pojistné plnění ve smluveném stanoveném denním rozsahu následně od 29. dne trvání pracovní neschopnosti. Pokud je celková doba léčby v pracovní neschopnosti kratší než 29 dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevyplácí. Za každý měsíc léčby v pracovní neschopnosti, následně od 29. dne, bude poskytnuto pojistné plnění ve výši měsíční splátky úvěru resp. příslušného poměru měsíční splátky, při ukončení pracovní neschopnosti bude dle konečné délky léčby poměrně snížena i výše pojistného plnění. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrně části úvěru, bude pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru z aktuální měsíční splátky úvěru, nejvýše však splátka uvedená v Úvěrové smlouvě, maximálně bude vyplaceno pojistné plnění na 11 splátek úvěru. Za prvních 28 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění. Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčby pro uvedené onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře. Maximální doba léčby úrazu v pracovní neschopnosti je stanovena tabulkou „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu v pracovní neschopnosti“, která je k nahlédnutí na každé pobočce České spořitelny, a.s. a kterou pojistitel použije při likvidaci pojistné události. Pojistitel neplní v případě onemocnění a následků úrazů, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

- a) Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejíž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
- b) Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- c) Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá dva měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- d) Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu těhotenství nebo porodu a zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
- e) Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
- f) V případě vzniku nového úrazu nebo nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz nebo nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovaným úrazem nebo nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více úrazů nebo nemocí, vyplácí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčby, a to pouze jednou.

g) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. V případě hospitalizace i potvrzení doby hospitalizace.

h) Pojištění, které nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčby v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčby, pro které by byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.

i) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznávanou osobou; je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.

j) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.

k) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatně výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.

l) Nárok na pojistné plnění nevzniká u nemocí, které vznikly v důsledku úrazu.

m) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Výluky z pojistného plnění u dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci:

Pojistitel neplní, kromě podmínek uvedených ve VPP, i v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
- b) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- c) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození,
- d) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- e) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace z důvodu úrazu nebo nemoci,
- f) doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není OSVČ (např. osoby na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti) – s výjimkou pojistných plnění za dobu hospitalizace z důvodu úrazu nebo nemoci,
- g) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.

Vzhledem k charakteru pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu pojistitel neposkytne pojistné plnění za událost, která vznikne:

- a) při službě v ozbrojených silách mimo území České republiky,
- b) při létání, letectví, při veškerých leteckých sportech mimo cestování jako pasažér pravidelnou leteckou linkou nebo jako pilot v rámci svého povolání,
- c) při horolezectví,

- d) při potápění, skocích do vody, při raftingu,
- e) při provozování extrémních sportů (bungee jumping, BASE jumping), bojových sportů, boxu,
- f) při sportech vykonávaných profesionálně nebo za úplatu,
- g) při motoristických sportech.

V úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA sjednává pojistitel:

- HYS – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 69 let a do max. výstupního věku 70 let.
- HYSI – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti nebo invalidity může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 62 let věku, max. výstupní věk je 65 let.
- HYSV – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti nebo diagnózy velmi vážného onemocnění může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 64 let a do max. výstupního věku 65 let.
- HYSVI – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti, velmi vážného onemocnění nebo invalidity může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 62 let věku; max. výstupní věk je 65 let.
- HYN29 – doplňkové pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 69 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatně výdělečné činnosti. Maximální výstupní věk je 70 let. Pojištění zaniká nejpozději s koncem zvolené varianty základního pojištění.

ČLÁNEK 2

Zvláštní ustanovení

- a) V případě běžně placeného pojistného není vyplaceno odkupné. Odkupné se vyplácí pouze v případě jednorázově zaplaceného pojistného. Redukce se v Úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA neuskutečňuje. Podíl na přebytcích pojistného se nevytváří.
- b) Je-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku a bude-li úvěr splacen před sjednaným koncem pojištění, a tato skutečnost bude potvrzena vinkulačním partnerem, vrátí pojistitel v případě běžně placeného pojistného vzniklý přeplatek pojistného.
- c) Není-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku, může pojistník pojistnou smlouvu dle ustanovení VPP kdykoliv předčasně ukončit. V případě běžně placeného pojistného vrátí pojistitel vzniklý přeplatek pojistného.
- d) V Úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA lze provádět netechnické změny (změna adresy, jména) a doplnění resp. zrušení doplňkového pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci. V průběhu trvání pojištění nelze provádět technické změny (změna výše pojistné částky, doby trvání, rozsahu pojištění). Pojistnou smlouvu lze ukončit dohodou k danému dni a od následujícího dne je možné sjednat nové pojištění za podmínek stanovených pojistitelem.
- e) Odchylně od ustanovení VPP, Zvláštních ustanovení I. – životní pojištění, čl. 6 se na tento pojistný produkt, vzhledem k charakteru pojištění, nevztahuje právo pojistníka být v případě přiznání invalidity zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné.
- f) Není-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku, pojistník odpovídá za to, že uvedená výše úvěru odpovídá výši poskytnutého (projednávaného) úvěru resp. nesplaceného zůstatku úvěru a doba trvání pojištění odpovídá předpokládané době jeho splácení (zaokrouhlené na celé roky směrem nahoru). Pojistník bere na vědomí, že pokud tomu tak není, bude případné pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru, v jakém bylo sjednáno pojištění vzhledem ke správné výši a době splácení úvěru.
- g) Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA nelze sjednat k půjčkám mezi fyzickými osobami, pokud bude pojištění přesto sjednáno, pojistitel odmítne vyplatit pojistné plnění.