

## ÚVOD

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí *pojistné smlouvy* o Pojištění pro případ ženské rakoviny mezi *pojistníkem a námi* Colonnade Insurance S.A., organizační složka. Tímto se *Vám* zavazujeme poskytnout pojistné krytí v rozsahu těchto pojistných podmínek a *pojistné smlouvy*. Tyto pojistné podmínky mají přednost před ustanoveními právních předpisů, od kterých se lze odchýlit. V případě rozporu mezi těmito pojistnými podmínkami a *pojistnou smlouvou* mají přednost ustanovení *pojistné smlouvy*. Tímto se *Vám* zavazujeme poskytnout pojistné krytí v rozsahu těchto pojistných podmínek a *pojistné smlouvy*.

## POJISTITEL

Colonnade Insurance S.A., se sídlem L-2350 Lucemburk, rue Jean Piret 1, Lucemburské velkovodství, zapsaná v lucemburském Registre de Commerce et des Sociétés, registrační číslo B61605, jednající prostřednictvím Colonnade Insurance S.A., organizační složka, se sídlem Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, Česká republika, identifikační číslo 044 85 297, zapsané v obchodním rejstříku vedené Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 77229.

## PODMÍNKY POSKYTNUTÍ POJIŠTĚNÍ

Toto pojištění si může sjednat jen žena a vztahuje se pouze na ženy, kterým je v době uzavření *pojistné smlouvy* více než 18 let a méně než 60 let. Při sjednávání pojištění od *Vás* můžeme požadovat údaje o *Vášem* zdravotním stavu, které mohou mít vliv na přijetí *Vaší* osoby do pojištění.

## POJISTNÁ NEBEZPEČÍ

### *Pojištění pro případ ženské rakoviny*

Toto pojištění se v rozsahu uvedeném v *pojistné smlouvě* a v těchto pojistných podmínkách vztahuje na případy, kdy *Vám* bude v průběhu trvání tohoto pojištění diagnostikována *rakovina ženských orgánů*, nebo podstoupíte v důsledku *rakoviny ženských orgánů* chirurgický zákrok. Toto pojištění se sjednává jako obnosové.

## OBECNÉ PODMÍNKY PRO VŠECHNY DRUHY POJIŠTĚNÍ

### DEFINICE

V těchto pojistných podmínkách jsou použity výrazy se specifickým významem. Tento význam mají všude, kdekoli se nachází v těchto pojistných podmínkách a jsou-li napsány *kurzívou*.

#### **Biologická látka**

Jákýkoli patogenní (choroboplodný) mikroorganismus (mikroorganismy) a/nebo biologicky produkováný toxin(y) (včetně geneticky modifikovaných organismů a chemických syntetických toxin(ů)), který je způsobilý přivodit poškození zdraví nebo smrt lidem či zvířatům.

#### **Biopsie**

Odběr živé tkáně z těla pro účely mikroskopické analýzy nebo diagnózy (tj. pro stanovení onemocnění *pojištěné osoby*).

#### **Čekací lhůta**

Doba od počátku pojištění, během které nemáte nárok na *pojistné plnění* z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.

#### **Datum počátku pojištění**

Datum uvedené v *pojistné smlouvě*, od kterého jste pojištěna.

#### **Chemická látka**

Jákákoli *chemická látka* nebo sloučenina v pevném, kapalném či plynném skupenství, která je v určitém poměru způsobila přivodit poškození zdraví nebo smrt lidem či zvířatům.

#### **Jaderné látky**

Prvky, částice, atomy nebo látky, které jsou vyzařovány, rozptýlovány, vypouštěny nebo unikají z jakéhokoliv radioaktivního materiálu, který vyzařuje úroveň radiace prostřednictvím ionizace, štěpení, sloučení, rozkladu nebo ustálením předmětných prvků, částic nebo látek.

#### **Jehlová biopsie/Aspirace**

Odběr nebo pokus o odběr tekutiny, plynu či tkáně z těla pro účely mikroskopické analýzy nebo diagnózy (tj. pro určení onemocnění *pojištěné osoby*).

#### **Lékař**

Příslušně kvalifikovaný a řádně registrovaný *lékař*, který není *pojištěnou osobou* nebo její *osobou blízkou*.

#### **My (ve všech odvozených tvarech)**

Colonnade Insurance S.A., organizační složka, se sídlem Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, Česká republika, identifikační číslo 044 85 297, zapsané v obchodním rejstříku vedené Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 77229.

#### **Nákaza**

*Nákaza* či otrava osob *jadernými a/nebo chemickými a/nebo biologickými látkami* vyvolávajícími nemoc, smrt nebo trvalé postižení.

### **Osoba blízká**

Příbuzný *pojištěné osoby* v řadě přímé, sourozenec a manžel *pojištěné osoby*. Dále jiné osoby v poměru rodinném či obdobném k *pojištěné osobě*, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní.

### **Pojistné plnění**

Částka, kterou Vám vyplatíme za podmínek uvedených v *pojistné smlouvě*.

### **Pojistník**

Osoba starší 18 let a mladší 65 let, která sjednala toto pojištění a je uvedena v *pojistné smlouvě*.

### **Pojistná smlouva**

*Pojistná smlouva* uzavřená mezi námi a *pojistníkem*, kterou tvoří tato *pojistná smlouva*, tyto *pojistné podmínky* a všechna příslušná smluvní ujednání.

### **Pojištěná osoba**

Žena, na jejíž zdraví a majetek se vztahuje toto pojištění a je uvedena v *pojistné smlouvě* jako *pojistník*.

### **Pravidla o ochraně osobních údajů**

Zásady a pravidla, které používáme při zpracování osobních údajů v rámci administrace *pojistné smlouvy* a které jsou dostupné na našich internetových stránkách.

### **Přednáadorové změny buněk**

Změny buněk rozpoznatelné pod mikroskopem, které jsou charakteristické pro *rakovinu*.

### **Rakovina**

Onemocnění projevující se výskytem zhoubných (maligních) nádorů, které se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a šířením zhoubných (maligních) buněk a jejich pronikáním do zdravé tkáně.

### **Rakovina ženských orgánů**

*Rakovina* s primárním nádorovým ložiskem v *ženském orgánu*.

### **Úsek likvidace škod**

Sídlí na adrese Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, telefonní spojení: 800 700 025, e-mail: skody@colonnade.cz.

### **Vy (ve všech odvozených tvarech)**

Pojistník pojištěný některou z variant uvedenou v *pojistné smlouvě*.

### **Ženský orgán:**

- jeden či oba prsy
- jeden či oba vaječníky
- jeden či oba vejcovody
- děloha
- děložní čípek
- pochva
- vulva

## **PODMÍNKY**

- a) Nejedná se o pojištění se spořením, tj. z uhrazeného pojistného za toto pojištění nevzniká nárok na odbytné ani žádné úroky.
- b) Toto pojištění je nepřenosné na jiné osoby než uvedené v *pojistné smlouvě*.
- c) *Pojištěná osoba* musí trvale žít na území České republiky.
- d) Dle těchto pojistných podmínek lze pro každou *pojištěnou osobu* uzavřít nejvýše jednu platnou *pojistnou smlouvu*.

## **POČÁTEK A KONEC POJIŠTĚNÍ**

Pojištění vzniká dnem uvedeným v *pojistné smlouvě*. Je-li tento den shodný se dnem telefonického rozhovoru, při němž došlo k přijetí nabídky, vzniká Vaše pojištění v okamžiku skončení tohoto telefonického hovoru; v ostatních případech vzniká v 00:00 hodin daného dne. Vaše pojištění trvá 24 hodin denně a platí na celém světě.

*Pojistná smlouva* je uzavřena na dobu neurčitou s pojistným obdobím v délce 1 měsíce, a to až do ukončení podle těchto pojistných podmínek. *Pojistná smlouva* je uzavřena okamžikem, kdy obdržíme pojistné za první pojistné období, a to ve výši a v termínu uvedeném ve *Vaší pojistné smlouvě*.

Jste povinna *nás* bez zbytečného odkladu písemně informovat o všech změnách, které nastanou v průběhu trvání pojištění. Změna týkající se varianty pojištění se stává účinnou dnem splatnosti pojistného za pojistné období následující po oznámení takové změny. Dále jste povinna *nás* bez odkladu písemně informovat o jakýchkoliv změnách v údajích uvedených v *pojistné smlouvě* (zejména o změnách v kontaktních údajích). Pojistné *nám* do okamžiku účinnosti změny náleží celé.

Vaše pojištění skončí v jednom z následujících případů, a to v tom, který nastane nejdříve:

- a) v případě nezaplacení pojistného ve lhůtě 30 dnů od doručení 3. upomínky;
- b) dnem úmrtí *pojistníka*;
- c) dnem uvedeným v *naší* výpovědi *pojistné smlouvy* doručené *pojistníkovi* na jeho poslední známou adresu s nejméně 30 denním předstihem;
- d) 180. dnem pobytu *pojištěné osoby* mimo území České republiky;
- e) v den *Vašich* 65. narozenin;
- f) poskytnutím *pojistného plnění* v maximálním rozsahu dle Rozsahu pojistného krytí.

Jakékoliv oznámení nebo sdělení, které *Vám* zašleme podle tohoto článku, bude považováno za doručené pátý pracovní den po dni, kdy jsme ho odevzdali k poštovní přepravě.

## ČAS NA ROZMYŠLENOU

*Pojistník* může od *pojistné smlouvy* odstoupit zasláním písemného oznámení o odstoupení na adresu pojistitele během 14 dní od jejího uzavření (tj. od zaplacení první platby pojistného). V takovém případě se *pojistná smlouva* od počátku ruší a platba pojistného za první pojistné období bude použita na uhrazení nákladů pojistitele se vznikem a správou pojištění.

## JAK UKONČIT TOTO POJIŠTĚNÍ

*Pojistník* i pojistitel mohou ukončit *pojistnou smlouvu* kdykoliv zasláním písemné výpovědi na adresu druhé smluvní strany. Výpovědní lhůta je v tomto případě 6 týdnů a začíná běžet od data doručení výpovědi.

*Pojistník* je oprávněn kdykoliv v průběhu trvání pojištění navrhnout ukončení *pojistné smlouvy* dohodou. Tento návrh musí být zaslán písemně na korespondenční adresu pojistitele Colonnade Insurance S.A., Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, Česká republika. Návrh se považuje za akceptovaný pojistitelem doručením pojistiteli na uvedenou adresu a pojištění zaniká k následujícímu datu splatnosti pojistného.

## PODVODNÉ JEDNÁNÍ

Pokud je před uzavřením *pojistné smlouvy* nebo v souvislosti s uplatněním nároku na *pojistné plnění* pojistiteli poskytnuta nepravdivá, neúplná nebo zavádějící informace nebo je některá podstatná informace zatajena, je pojistitel oprávněn odstoupit od *pojistné smlouvy* nebo snížit *pojistné plnění*. V takovém případě od *Vás* může být požadováno vrácení veškerého dříve poskytnutého *pojistného plnění*. Pojistné *Vám* však vráceno nebude.

## SEZNÁMENÍ POJIŠTĚNÝCH OSOB S PRAVIDLY OCHRANY OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V případě zvolení varianty *Pojištění rodiny – „rodinná varianta“* je *pojistník* povinen seznámit veškeré *pojištěné osoby*, jejichž osobní údaje *nám* poskytnete, s *pravidly ochrany osobních údajů*, a to nejpozději do jednoho měsíce od okamžiku, kdy k tomuto poskytnutí osobních údajů dojde.

## ROZHODNÉ PRÁVO

Tato *pojistná smlouva* a pojistné podmínky se řídí českým právem.

## ÚHRADA POJISTNÉHO

Pokud pojistné za druhé a další pojistná období nebude uhrazeno v den splatnosti pojistného, zašleme *pojistníkovi* nejprve 1. upomínku ve formě textové zprávy na telefonní číslo pojistníka, poté 2. upomínku v písemné formě na jeho poslední známou adresu a nakonec 3. upomínku v písemné formě na jeho poslední známou adresu. Pokud pojistné nebude uhrazeno ani ve lhůtě uvedené ve 3. upomínce k zaplacení, pojištění k tomuto dni zanikne. Pokud pojistné do data uvedeného v této 3. upomínce bude uhrazeno, pojištění trvá, jako by bylo pojistné uhrazeno v den splatnosti pojistného. V případě prodlení s úhradou pojistného se pojištění nepřerušuje.

## DALŠÍ INFORMACE PRO VÁS

Daňové aspekty soukromého pojištění jsou podrobně upraveny v zákoně č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Osvobození plnění z pojištění od daně z příjmů je možné pouze za podmínek uvedených v § 4 tohoto zákona. Pokud je při uzavírání pojištění používáno prostředků komunikace na dálku, nebudeme vedle pojistného účtovat žádné jiné poplatky. Případné poplatky za telekomunikační nebo poštovní služby si budete hradit Vy.

## INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Bližší informace o tom, jakým způsobem budou zpracovávány *Vaše* osobní údaje, včetně rozsahu, účelu a době takového zpracování a veškerých práv, které můžete v této souvislosti uplatnit, naleznete na našich internetových stránkách pod následujícím odkazem: <https://www.colonnade.cz/ochrana-osobnich-udaju/>.

## SERVIS ZÁKAZNÍKŮM

*Naší* snahou je zajistit *Vám* co nejvyšší možnou kvalitu poskytovaných služeb. Informace k *Vašemu* pojištění můžete získat na informační lince 800 700 025, e-mailu [klient@colonnade.cz](mailto:klient@colonnade.cz) nebo na adrese Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4. Pokud byste nebyli s *našimi* službami plně spokojeni, kontaktujte ředitele divize pojištění osob Colonnade Insurance S.A., organizační složka. Pro rychlejší vyřízení *Vaší* žádosti udejte prosím *Vaše* jméno, číslo *Vaší pojistné smlouvy* a případně číslo pojistné události.

*Váš* problém se vždy vynasnažíme vyřešit. Pokud *Vám* nebudeme schopni vyhovět k *Vaší* plné spokojenosti, můžete se obrátit na Českou národní banku, Senovážná 3, 110 00 Praha 1, která je orgánem státního dozoru nad výkonem činnosti pojistitele, a která posoudí *Vaší* případnou stížnost. V případě, že mezi *námi* a *Vámi* dojde ke vzniku spotřebitelského sporu z *pojistné smlouvy*, který se nepodaří vyřešit vzájemnou dohodou, můžete podat návrh na mimosoudní řešení takového sporu určenému subjektu mimosoudního řešení spotřebitelských sporů, kterým je: Česká obchodní inspekce, e-mail: [adr@coi.cz](mailto:adr@coi.cz), web: [www.adr.coi.cz](http://www.adr.coi.cz).

## ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO JEDNOTLIVÉ DRUHY POJIŠTĚNÍ

### CO JE POJIŠTĚNO

#### Diagnóza rakoviny ženských orgánů

Pokud Vám bude v době trvání tohoto pojištění stanovena lékařem první diagnóza *rakoviny ženských orgánů*, poskytneme Vám *pojistné plnění* ve výši stanovené dle těchto pojistných podmínek a této *pojistné smlouvy*. Toto plnění Vám poskytneme vedle jakýchkoli jiných příjmů, dávek důchodového nebo nemocenského pojištění a jiných pojistných plnění.

#### Chirurgický zákrok po diagnóze rakoviny ženských orgánů

Pokud máte nárok na *pojistné plnění* podle předchozího odstavce („Diagnóza *rakoviny ženských orgánů*“) a v průběhu 2 let od této diagnózy podstoupíte chirurgický zákrok, který přímo souvisí s *rakovinou ženských orgánů*, poskytneme Vám *jednorázové pojistné plnění* ve výši příslušné pojistné částky uvedené v pojistných podmínkách a *pojistné smlouvě*. Pojištění podle tohoto odstavce se nevztahuje na diagnostický chirurgický zákrok včetně *biopsie* a *jehlové biopsie* a *aspirace*.

### PODMÍNKY A OMEZENÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Po dobu trvání tohoto pojištění má *pojištěná osoba* nárok pouze na jednu platbu *pojistného plnění* bez ohledu na počet výskytů onemocnění *rakovinou ženského orgánu*, které jí byly za tuto dobu diagnostikovány, nebo počet chirurgických zákroků, které v souvislosti s *rakovinou ženského orgánu* podstoupila. Podmínkou výplaty *pojistného plnění* je, že se *pojištěná osoba* trpící *rakovinou ženského orgánu* dožije alespoň 30. dne následujícího po stanovení příslušné diagnózy.

### VÝLUKY

#### Toto pojištění se nevztahuje na jakékoliv případy, kdy:

- byla *rakovina* nebo *přednádorové změny buněk* kterékoliv části těla diagnostikovány přede dnem počátku pojištění nebo v průběhu *čekací lhůty* 90 dnů ode dne počátku pojištění;
- se *pojištěná osoba* podrobila testům, prohlídkám či podnikla jiné odpovídající kroky, na jejichž základě jí byla diagnostikována *rakovina*, přede dnem počátku pojištění;
- pojištěná osoba* trpí nebo trpěla hyperkeratózou nebo se u ní vyskytly bazocelulární a squamozní kožní novotvary a melanomy.

#### Toto pojištění se dále nevztahuje na jakékoliv případy, kdy:

- je nádor z histologického hlediska klasifikován/diagnostikován jako nemaligní, lokální, neinvazivní nebo jako karcinom in situ (karcinom in situ formou dysplazie, která se nešíří po těle);
- je *rakovina* diagnostikována po smrti *pojištěné osoby* nebo v době, kdy je *pojištěná osoba* nositelem viru HIV nebo jiné virové infekce, která vede k onemocnění AIDS;
- k onemocnění *rakovinou* došlo přímo či nepřímo v důsledku používání, vypouštění nebo úniku *jaderných látek*, které přímo či nepřímo způsobují jadernou reakci, radiaci či kontaminaci; nebo v důsledku rozptylování či aplikace choroboplodných nebo jedovatých *biologických látek* nebo *chemických látek*;
- rakovina* nemá původ v *ženském orgánu*, ale rozšířila se na *ženský orgán* z jiného orgánu, na který se toto pojištění nevztahuje.

### UPLATNĚNÍ NÁROKU NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pokud chcete uplatnit nárok na *pojistné plnění*, kontaktujte nás prosím na telefonním čísle 800 700 025. Požádáme Vás o vyplnění formuláře o oznámení škody, jehož součástí je i potvrzení *lékaře* o diagnóze. Nezbytným předpokladem pro vyřizování pojistné události bude *Váš* souhlas s tím, abychom mohli nahlížet do všech lékařských zpráv a záznamů vztahujících se k *Vaší* nemoci. Dále Vás můžeme požádat, abyste se podrobila lékařskému vyšetření. Náklady takového vyšetření nese *pojistitel*.

Všechna osvědčení, informace a ostatní doklady o *Vaší* pojistné události jste povinna *nám* doručit na vlastní náklady, kromě lékařských zpráv a záznamů, které si sami vyžádáme. Jestliže se nepodrobíte lékařskému vyšetření, neposkytnete požadované informace, dokumenty nebo jinou nezbytnou součinnost, nebude možné zahájit šetření pojistné události a vyplatit *pojistné plnění*.

ROZSAH POJISTNÉHO KRYTÍ	Úroveň A	Úroveň B
<b>Pojištění pro případ onemocnění <i>rakovinou ženských orgánů</i></b>		
Diagnóza <i>rakoviny ženských orgánů</i>	400 000 Kč	200 000 Kč
Chirurgický zákrok související s <i>rakovinou ženských orgánů</i>	40 000 Kč	20 000 Kč