

ÚVOD

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí *pojistné smlouvy* o Pojištění *pravidelných plateb* mezi *Vámi*, coby *pojistníkem a námi*, společností Colonnade Insurance S.A., jednající prostřednictvím Colonnade Insurance S.A., organizační složky pro Českou republiku, jako *pojistitelem*. 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 příslušné *pojistné smlouvy*. Tímto se Vám zavazujeme poskytnout pojistné krytí v rozsahu těchto pojistných podmínek a *pojistné smlouvy*. Toto pojištění se vztahuje pouze na osoby uvedené v uzavřené *pojistné smlouvě*.

OBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO VŠECHNY DRUHY POJIŠTĚNÍ

DEFINICE

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

DATUM POČÁTKU POJIŠTĚNÍ

Datum uvedené v *pojistné smlouvě*, od kterého jste pojištěn/a.

OBČANSKÝ ZÁKONÍK

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

MANŽEL(KA)

Váš manžel nebo *manželka*, starší 18 a zároveň mladší 70 let, žijící s *Vámi* ve společné domácnosti a uveden(a) v *pojistné smlouvě*.

PARTNER(KA)

Osoba starší 18 a zároveň mladší 70 let, žijící s *Vámi* ve společné domácnosti a uvedená v *pojistné smlouvě*.

POJISTITEL NEBO MY (VE VŠECH ODVOZENÝCH TVARECH)

Colonnade Insurance S.A., se sídlem L-2350 Lucemburk, rue Jean Piret 1, Lucemburské velkovévodství, 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. Naším hlavním předmětem podnikání je pojišťovací činnost v rozsahu pojistných odvětví 1 až 9, 10 písm. b), 11 až 18 neživotních pojištění uvedených v části B přílohy 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.

POJISTNÁ SMLOUVA

Pojistná smlouva uzavřená mezi *námi* a *Vámi* ohledně Pojištění *pravidelných plateb*, kterou tvoří *pojistná smlouva*, tyto pojistné podmínky a všechna příslušná smluvní ujednání.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Částka, kterou Vám vyplatíme za podmínek uvedených v *pojistné smlouvě* a v těchto pojistných podmínkách.

POJISTNÍK

Jste Vy, tedy osoba starší 18 let a mladší 70 let, která sjednala toto pojištění a která je uvedena v *pojistné smlouvě*. Pojistník je zároveň i pojištěným, tedy osobou, na kterou se vztahuje uzavřené pojištění.

POJIŠTĚNÉ OSOBY

Osoby, na které se vztahuje toto pojištění a které jsou určeny volbou příslušné *varianty pojištění* a uvedeny v *pojistné smlouvě*:

- **Pojištění jednotlivce - „individuální varianta“** - v případě, že je zvolena tato varianta pojištění, jste pojištěnou osobou pouze Vy, jako *pojistník*;
- **Pojištění dvojice - „partnerská varianta“** - v případě, že je zvolena tato varianta pojištění, jsou pojištěnými osobami Vy, jako *pojistník* a *Váš manžel(ka)* nebo *partner(ka)*, kteří žijí ve společné domácnosti, za podmínky, že takové osoby trvale žijí v České republice.

Pojištěné osoby jsou oprávněnými osobami, tj. osobami, kterým poskytneme *pojistné plnění*. V případě *Pojištění partnerů* bude *pojistné plnění* vypláceno osobě dotčené pojistnou událostí.

TERORISMUS

Jakékoliv jednání za použití síly nebo násilí nebo hrozba jejich použití, ze strany jakékoliv osoby nebo skupiny osob bez ohledu na to, zda jedná sama nebo za jiného nebo ve spojení s jinou organizací, vládou nebo jinou státní mocí, spáchané z politických, náboženských, ideologických nebo etnických důvodů, včetně záměru zastrážit vládu nebo jinou státní moc či veřejnost nebo její část.

ÚSEK LIKVIDACE ŠKOD

Oddělení *pojistitele*, které sídlí na adrese Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, e-mail: skody@colonnade.cz, telefonní spojení: 234 108 311.

VÁLKA

Jakákoliv činnost vyplývající z užití armádních sil mezi státy, občanské války, revoluce nebo invaze, vzpoury, uchvácení státní nebo vojenské moci, a dále vyplývající z cíleného užití vojenských sil k zabránění, prevenci nebo snížení jakýchkoliv známých nebo podezříváných teroristických aktivit, anebo pokus o účast na takovýchto událostech.

VY (VE VŠECH ODVOZENÝCH TVARECH)

V textu Vás jako Pojistníka a v případě sjednání *partnerské varianty* pojištění také *Vašeho manžela(ku)* nebo *partnera(ku)*, jak jsou definováni v *pojistné smlouvě*, označujeme souhrnně jako *Vy*.

VYŠŠÍ MOC

Nevyhnutelná, nepředvídatelná vnější událost, včetně událostí způsobených ohněm, kouřem, bleskem, větrem, vodou, záplavou, zemětřesením, sopečnou erupcí, přívalovou vlnou, sesuvem půdy, krupobitím a hmyzem.

OBECNÉ PODMÍNKY

- a) Nejedná se o pojištění se spořením, tj. z uhrazeného pojistného za toto pojištění Vám nevzniká nárok na odbytné ani žádné úroky.
- b) Toto pojištění je nepřenosné na jinou osobu.
- c) Dle těchto pojistných podmínek lze pro Vás uzavřít nejvýše jednu *pojistnou smlouvu*.
- d) Pojištění se sjednává jako obnosové pojištění, zavazujeme se Vám tak za splnění podmínek v případě pojistné události poskytnout jednorázově či opakovaně *pojistné plnění* v ujednaném rozsahu.
- e) V okamžiku vzniku pojištění musíte splňovat tyto podmínky:
 - jste zdrav,
 - jste zaměstnán v pracovním nebo služebním poměru na dobu určitou či neurčitou,
 - trvale žijete na území České republiky,
 - nejste ve starobním důchodu a nejste invalidní (invalidita I. – III. stupně),
 - souhlasíte s tím, že v případě, kdy škodní událost bude pokračováním nebo recidivou (opakováním) *nemocí* nebo následkem *nemocí* nebo *úrazů*, ke kterým došlo před *datem počátku pojištění*, a byly diagnostikovány před *datem počátku pojištění*, můžeme uplatnit vyluku z pojištění a plnění z takové události neposkytnout,
 - nejste v *pracovní neschopnosti*, a
 - souhlasíte s *pojistnou smlouvou* včetně těchto pojistných podmínek.

Vaše prohlášení uvedená shora v odst. e) tohoto článku se považují za pravdivé a úplné odpovědi na naše dotazy (dle ust. § 2788 *Občanského zákoníku*). V případě, že tato *Vaše* prohlášení budou nepravdivá nebo neúplná, můžeme od pojištění, kterého se takové porušení týká, odstoupit nebo odmítnout poskytnout *pojistné plnění* z takového pojištění (v souladu s ust. § 2808 nebo 2809 *Občanského zákoníku*).

POČÁTEK A KONEC POJIŠTĚNÍ

Pojištění vzniká v den uvedený v *pojistné smlouvě*. Je-li tento den shodný se dnem telefonického rozhovoru o sjednání pojištění, vzniká *Vaše* pojištění v okamžiku skončení tohoto telefonického hovoru; v ostatních případech vzniká pojištění v 00:00 hodin následujícího 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 jejího 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*.

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

- a) v případě neuhrazení pojistného ve lhůtě uvedené ve 3. upomínce k jeho zaplacení,
- b) 180. dnem *Vašeho* pobytu mimo území České republiky,

- c) dnem *Vašeho* úmrtí,
- d) dnem *Vašeho* dožití 70. narozenin,
- e) zánikem *pojistného zájmu*, zánikem *pojistného nebezpečí* či dnem odmítnutí *pojistného plnění*,
- f) naším odmítnutím *pojistného plnění* v případě, že byly při uplatňování práva na *pojistné plnění* uvedeny nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se *Vaší* pojistné události, či takové údaje zamlčeny; pojištění zaniká k datu, kdy Vám doručíme rozhodnutí o odmítnutí *pojistného plnění*,
- g) posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém začnete pobírat starobní důchod, zaniká pojištění v původně sjednaném rozsahu, a to pro *pracovní neschopnost*, popř. pro ztrátu zaměstnání, nadále však trvá *Vaše* pojištění pro případ *hospitalizace*,
- h) dalšími způsoby stanovenými *pojistnou smlouvou*, včetně těchto pojistných podmínek, zvláštních pojistných podmínek nebo obecně závaznými právními předpisy.

Pojištění partnerů přechází na pojištění jednotlivce:

- a) doručením písemného oznámení, kterým nás žádáte o ukončení pojištění *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)*;
- b) úmrtím *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)* *pojistníka*;
- c) dnem dožití 70. narozenin *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)* *pojistníka*.
- d) nesplněním podmínky soužití pojištěných osob, tj. *Vás*, jako *pojistníka* a *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)*, ve společné domácnosti nebo podmínky, že tyto osoby trvale žijí v České republice.

Jednotlivými pojistnými událostmi předpokládanými těmito pojistnými podmínkami sjednaná pojištění nezanikají.

V případě, že se pojištění ruší od počátku, jsme (*Vy i my*) povinni navrátit si vzájemná plnění. V případě, že Vám bylo poskytnuto *pojistné plnění*, jste povinen/povinna nám jej vrátit. V případě, že se pojištění ruší v průběhu trvání pojistné doby, máme nárok na pojistné do doby zániku pojištění a *Vy* máte ve stejném rozsahu nárok na poplatek za pojištění vůči nám.

Jste povinen/povinna nás bez zbytečného odkladu písemně informovat o všech změnách, které nastanou v průběhu trvání tohoto pojištění a které by mohly ovlivnit *variantu pojištění*. Změna týkající se *varianty pojištění* se stává účinnou dnem splatnosti pojistného za pojistné období následující po oznámení takové změny. Dále jste povinen/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 pojištění nebo *pojistné smlouvy* náleží v plné výši.

ČAS NA ROZMYŠLENÍ

Máte právo od *pojistné smlouvy* odstoupit zasláním písemného oznámení o odstoupení na naši kontaktní adresu během 14 dní od jejího uzavření (tj. od zaplacení první platby pojistného). V takovém případě se *pojistná smlouva* od počátku ruší.

JAK UKONČIT TOTO POJIŠTĚNÍ

My i Vy můžeme ukončit *pojistnou smlouvu* kdykoliv zasláním písemné výpovědi na adresu druhé strany. Výpovědní doba je v tomto případě 6 týdnů a začíná běžet od data doručení výpovědi druhé straně.

Vaše pojištění můžete dále vypovědět:

- a) do 2 měsíců ode dne uzavření *pojistné smlouvy*; *Vaše* pojištění v takovém případě skončí uplynutím osmidenní výpovědní doby, nebo
- b) do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události; *Vaše* pojištění v takovém případě skončí uplynutím jednoměsíční výpovědní doby.

Vaše pojištění můžete rovněž ukončit odstoupením od pojistné smlouvy v případech stanovených *Občanským zákoníkem*, zejména:

- a) z důvodu poskytnutí klamavého údaje do 3 měsíců, kdy jste se o klamavosti dozvěděl/a nebo měl/a a mohl/a dozvědět,
- b) pokud jsme porušili povinnost upozornit Vás na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a Vašimi požadavky, o nichž jsme věděli nebo museli vědět anebo z důvodu neúplného nebo nepravdivého zodpovězení Vašich písemných dotazů týkajících se pojištění.

Můžete rovněž kdykoliv v průběhu trvání pojištění navrhnout ukončení *pojistné smlouvy* dohodou. Tento návrh musí být zaslán písemně na naši kontaktní adresu uvedenou v *pojistné smlouvě*. Po doručení *Vašeho* návrhu a naší akceptaci zaniká pojištění zpravidla k následujícímu datu splatnosti pojistného.

ÚHRADA POJISTNÉHO

Pokud pojistné za druhé a další pojistná období nebude uhrazeno v den splatnosti pojistného, zašleme Vám nejprve 1. upomínku ve formě textové zprávy na Vámi sdělené telefonní číslo, poté 2. upomínku v písemné formě a nakonec 3. upomínku v písemné formě, a to vždy na Vámi poslední sdělenou kontaktní 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 dále trvá, jako by bylo pojistné uhrazeno v den splatnosti pojistného. V případě prodlení s úhradou pojistného se pojištění nepřerušuje.

POJISTNÝ ZÁJEM

Pojistným zájmem je potřeba ochrany před následky pojištných událostí, které jsou blíže uvedeny ve zvláštních pojištných podmínkách pro jednotlivé druhy pojištění. Pojištění je možné sjednat, jen pokud existuje a trvá *Váš pojištný zájem*, tj. pokud máte oprávněnou potřebu ochrany před následky pojištné události.

Pojistíte-li vědomě neexistující *pojištný zájem*, ale my jsme o tom nevěděli ani nemohli vědět, je *pojištná smlouva* neplatná; náleží nám však odměna odpovídající pojištnému až do doby, kdy jsme se o neplatnosti dozvěděli.

Taktéž jste povinni nám bez zbytečného odkladu písemně oznámit zánik *pojištného zájmu*. V okamžiku zániku *pojištného zájmu* dochází rovněž k zániku pojištění; máme však právo na úhradu pojištného až do doby, kdy jsme se o zániku *Vašeho pojištného zájmu* dozvěděli.

POJIŠTNÉ RIZIKO

Bez našeho souhlasu nesmíte učinit nic, co zvyšuje *pojištné riziko*, ani to dovolit třetí osobě. Jste povinni nám bez zbytečného odkladu písemně oznámit změnu *pojištného rizika*.

V případě zvýšení *pojištného rizika* máme v souladu s příslušnými ustanoveními *Občanského zákoníku* právo navrhnout zvýšení pojištného nebo pojištění vypovědět, případně uplatnit další práva související s porušením povinnosti oznámit změnu *pojištného rizika* stanovená *Občanským zákoníkem*.

PODVODNÉ JEDNÁNÍ

Pokud je nám před uzavřením *pojištné smlouvy* poskytnuta nepravdivá, neúplná nebo zavádějící informace nebo je některá podstatná informace zatajena, jsme oprávněni od *pojištné smlouvy* odstoupit. V takovém případě od Vás může být požadováno vrácení veškerého námi dříve poskytnutého *pojištného plnění*. Pojištné Vám však vráceno nebude. Je-li nám poskytnuta nepravdivá, neúplná nebo zavádějící informace, nebo je-li nám některá podstatná informace zatajena v souvislosti s *uplatněním nároku na pojištné plnění*, jsme oprávněni *pojištné plnění* snížit či zcela odepřít.

ROZHODNÉ PRÁVO

Pojištná smlouva včetně těchto pojištných podmínek se řídí českým právem.

DOLOŽKA O HOSPODÁŘSKÝCH A OBCHODNÍCH SANKCÍCH

Neposkytneme pojištění a neponeseme povinnost plnění jakéhokoliv nároku, ani neposkytneme žádné *pojištné plnění* podle *pojištné smlouvy* v rozsahu, v jakém by nás poskytnutí takového pojištění, plnění takového nároku nebo poskytnutí takového *pojištného plnění* vystavilo riziku jakéhokoliv sankce, zákazu či omezení podle rezolucí Organizace spojených národů nebo riziku obchodních či hospodářských sankcí, zákonů či předpisů Evropské unie nebo Spojených států amerických.

Tato doložka má v tomto pojištění přednost před všemi ostatními ustanoveními *pojištné smlouvy*, včetně těchto pojištných podmínek a jejich příloh.

DORUČOVÁNÍ

Oznámení nebo sdělení podle *pojištné smlouvy* včetně těchto pojištných podmínek se doručují na adresu uvedenou v *pojištné smlouvě* nebo na *Vámi* posledně sdělenou kontaktní adresu.

Zavazujete se nás bez zbytečného odkladu písemně informovat o jakýchkoliv změnách v údajích uvedených v *pojištné smlouvě* (zejména o změnách v kontaktních údajích a doručovací adrese). Neoznámení změny kontaktních údajů a doručovací adresy se pro účely doručování považuje za zmaření řádného doručení a bude vykládáno k *Vaší* tíži.

DALŠÍ INFORMACE PRO VÁS

Daňové aspekty soukromého pojištění jsou podrobně upraveny v zákoně č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. 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 pojištného účtovat žádné jiné poplatky. Případné poplatky za telekomunikační nebo poštovní služby si však budete hradit přímo 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: <https://www.colonnade.cz/ochrana-osobnich-udaju/>.

SERVIS ZÁKAZNÍKŮM

Naší snahou je zajistit Vám co nejvyšší možnou kvalitu poskytovaných služeb.

Informace k pojištění můžete získat na informační lince 844 111 153, e-mailu 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 našeho ředitele divize pojištění osob. Pro rychlejší vyřízení *Vaší* žádosti udejte prosím *Vaše* jméno, číslo *Vaší pojištné smlouvy* a případně číslo pojištné události. *Váš* problém se vždy vynasnažíme vyřešit. Pokud Vám nebudeme schopni vyhovět k *Vaší* plné spokojenosti, můžete se obrátit na Českou národní banku, Na Příkopě 28, 115 03, Praha 1, která je orgánem státního dozoru nad

výkonem činnosti *pojistitele* a která posoudí Vaši 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, web: adr.coi.cz. Obrátit se můžete rovněž na ombudsmana České asociace pojišťoven (www.ombudsmancap.cz).

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO JEDNOTLIVÉ DRUHY POJIŠTĚNÍ

Pojištění pravidelných plateb

DEFINICE VZTAHUJÍCÍ SE K TÉTO ČÁSTI

V této zvláštní části pojistných podmínek jsou použity výrazy se specifickým významem. Tento význam mají všude, kdekoliv se nachází v těchto pojistných podmínkách.

ČEKACÍ DOBA

Doba od *data počátku pojištění*, během které nemáte právo na *pojistné plnění* z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. *Čekací doba* činí 30 dnů u pojištění ztráty zaměstnání (*Nezaměstnanosti*) a 60 dnů u pojištění *hospitalizace* následkem *nemoci* a u pojištění *pracovní neschopnosti*.

HOSPITALIZACE

Vaše přijetí na lůžkové oddělení *nemocnice* na souvislou dobu nejméně 24 hodin, které je za účelem *Vašeho* léčení nezbytné.

LÉKAŘ

Příslušně kvalifikovaný a řádně registrovaný *lékař*, který není *Vámi* nebo *Vaší* osobou blízkou (ve smyslu *Občanského zákoníku*).

NEMOC

Náhodné zhoršení *Vašeho* fyzického zdraví (zdravotního stavu), ke kterému došlo po datu *počátku pojištění*.

NEMOCNICE

Zdravotnické zařízení s lůžkovou částí, které oprávněně poskytuje *lékařskou* praxi a které má vybavení pro diagnostiku, chirurgii a léčbu a které je pro druh a rozsah jím poskytované péče personálně, věcně a technicky vybavené a splňuje požadavky kladené na jeho provoz obecně závaznými právními předpisy. *Nemocnicí* nejsou ambulantní, ošetrovatelská, rehabilitační či geriatrická zařízení, psychiatrické léčebny, ústavy pro léčbu závislostí nebo rekonvalescentní zdravotnická zařízení.

NEZAMĚŠTNANÁ OSOBA NEBO NEZAMĚŠTNANOST

Každá osoba, která není v pracovním nebo služebním poměru, ani nevykonává samostatně výdělečnou činnost jako činnost hlavní a která je současně v České republice registrována na příslušné pobočce Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání.

POJISTNÉ NEBEZPEČÍ

Úraz, *nemoc*, nedobrovolná ztráta zaměstnání nebo jiná nahodilá skutečnost související se změnou *Vašeho* osobního stavu, která může být příčinou vzniku pojistné události a je blíže specifikována v těchto pojistných podmínkách.

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Celková *lékařem* konstatovaná neschopnost vykonávat jakoukoliv profesní činnost zajišťující *Vám* mzdu nebo plat v důsledku *úrazu* nebo *nemoci* za podmínky, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti jste skutečně vykonával profesní činnost zajišťující *Vám* mzdu nebo plat na základě pracovního poměru nebo služebního poměru. Pro účely těchto zvláštních pojistných podmínek se má za to, že *pracovní neschopnost* u *Vás* nastala ode dne uvedeného v potvrzení o trvání *Vaší* dočasné *pracovní neschopnosti*, bude-li nám předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveného *lékařem* nebo zdravotnickým zařízením, v jehož *lékařské* péči jste byl nebo jste v souvislosti s pojistnou událostí, a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti jste skutečně vykonával/a profesní činnost zajišťující *Vaši* mzdu nebo plat na základě pracovního poměru nebo služebního poměru.

ROZHODNÝ DEN

Den předcházející dni, ve kterém (i) obdržíte nebo podáte výpověď z pracovního poměru, nebo (ii) zrušíte okamžitě pracovní poměr nebo se dozvíte o okamžitém zrušení poměru ze strany zaměstnavatele, (iii) obdržíte nebo podáte návrh na skončení pracovního poměru dohodou, nebo (iv) zanikne *Váš* pracovní poměr z jiného důvodu.

ÚRAZ

Tělesné poškození způsobené náhodně, nezávisle na *Vaší* vůli a na jiných okolnostech, které Vám během trvání pojištění způsobilo poškození zdraví, pokud takové poškození zdraví bylo potvrzeno přítomností objektivních znaků zjištěných při *lékařském* vyšetření. Za *úraz* se považuje také tělesné poškození vzniklé působením extrémních povětrnostních podmínek nebo jedovatých látek uniklých nahodile. *Úrazem* je rovněž neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na *Vaší* vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým Vám bylo způsobeno poškození zdraví.

ZÁKONÍK PRÁCE

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

ZDRAVÍ

Zdravotní stav, který nebrání výkonu povolání.

CO JE POJIŠTĚNO

Tento pojistný produkt zahrnuje tato pojištění:

- A. Pojištění pro případ *pracovní neschopnosti*,
- B. Pojištění pro případ ztráty zaměstnání,
- C. Pojištění pro případ *hospitalizace*.

PODROBNOSTI K OBSAHU JEDNOTLIVÝCH POJIŠTĚNÍ

A. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Pojistnou událostí je *Vaše pracovní neschopnost*, která nastala po uplynutí čekací doby, přičemž *Vaše pracovní neschopnost* trvá nepřetržitě alespoň 30 dnů. Pokud v průběhu pojištění přestanete splňovat podmínku zaměstnání v pracovním nebo služebním poměru, jste automaticky nadále pojištěn/a pro případ *hospitalizace* a nejste pojištěn/a pro případ ztráty zaměstnání (*Nezaměstnanosti*) ani pro případ *pracovní neschopnosti*. Pokud následně opět začnete splňovat podmínku zaměstnání v pracovním nebo služebním poměru, pak jste automaticky od takového okamžiku pojištěn/a pro případ *pracovní neschopnosti* a *hospitalizace*.

Za každý kalendářní měsíc trvání *Vaší pracovní neschopnosti* Vám, jako oprávněné osobě, uhradíme *pojistné plnění* ve výši sjednané měsíční pojistné částky.

První sjednanou měsíční pojistnou částku uhradíme za měsíc, ve kterém jste 30. den (třicátý den) v *pracovní neschopnosti*. Pokud poslední měsíc *Vaší pracovní neschopnosti* nebude úplný, bude měsíční pojistná částka poměrně upravena (částka bude vydělena počtem dní příslušného měsíce a vynásobena počtem dní trvání *Vaší pracovní neschopnosti* v daném měsíci). Nastane-li u Vás nová *pracovní neschopnost*, která je způsobena recidivou anebo následkem *nemoci* či *úrazu*, který byl příčinou původní *pracovní neschopnosti*, za níž jsme již plnili, a první den této nové *pracovní neschopnosti* nastane do 6 měsíců ode dne ukončení původní *pracovní neschopnosti*, považuje se tato nová *pracovní neschopnost* za pokračování původní *pracovní neschopnosti*, tj. pokračování původní pojistné události.

Plnění z jedné pojistné události z důvodu *Vaší pracovní neschopnosti* může činit maximálně 6 měsíčních částek. V případě *Vašeho* pracovního poměru sjednaného na dobu určitou bude *pojistné plnění* hrazeno nejdéle do posledního dne sjednané doby trvání pracovního poměru na dobu určitou.

V případě, že pojistnou událost oznámíte po více než 3 měsících od jejího vzniku, můžeme *pojistné plnění* přiměřeně snížit až na výši odpovídající průměrné délce léčby pro příslušný *úraz* nebo *nemoc*, protože již nemůžeme *Vaše onemocnění* či poškození *Vašeho* zdraví přezkoumat.

B. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZTRÁTY ZAMĚSTNÁNÍ

Pojistnou událostí je *Vaše nezaměstnanost* v důsledku ztráty zaměstnání, která nastala nezávisle na *Vaší* vůli nebo zavinění a zároveň po uplynutí čekací doby, přičemž *Vaše nezaměstnanost* musí trvat nepřetržitě alespoň 30 dní. Pro vznik pojistné události ztráty zaměstnání je nezbytné, aby k němu došlo v době trvání pojištění a současně jste k rozhodnému dni byl/a zaměstnán/a v pracovním nebo služebním poměru sjednaném na dobu určitou či neurčitou a byl/a jste zaměstnán/a u daného zaměstnavatele v pracovním nebo služebním poměru nepřetržitě též v předcházejících 12 měsících.

Pojištění se nevztahuje na případy, kdy jste dal/a výpověď sám, zrušil/a jste se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr nebo Vám byl zrušen ze strany zaměstnavatele, obdržel jste výpověď z důvodu *Vašich* neuspokojivých pracovních výsledků, výpověď pro porušení povinnosti vyplývajících z právních předpisů nebo pro porušení *Vaší* jiné pracovní povinnosti, obdržel/a jste od zaměstnavatele nebo učinil/a jste zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou, nebo jste takovou dohodu uzavřel/a.

Za každý kalendářní měsíc trvání *Vaší nezaměstnanosti* Vám, jako oprávněné osobě, uhradíme *pojistné plnění* ve výši sjednané měsíční pojistné částky.

První sjednanou měsíční pojistnou částku Vám uhradíme za měsíc, ve kterém trvá 30. den (třicátý den) *Vaše nezaměstnanost*. Pokud poslední měsíc *Vaší nezaměstnanosti* nebude úplný, bude měsíční pojistná částka poměrně upravena (částka bude vydělena počtem dní příslušného měsíce a vynásobena počtem dní trvání *Vaší pracovní neschopnosti* v daném měsíci).

Plnění z jedné pojistné události z důvodu Vaší ztráty zaměstnání (*nezaměstnanosti*) může činit maximálně 6 měsíčních částek. V případě Vašeho pracovního poměru sjednaného na dobu určitou bude *pojistné plnění* hrazeno nejdéle do posledního dne původně sjednané doby trvání pracovního poměru na dobu určitou.

C. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD HOSPITALIZACE

Pojistnou událostí je *Vaše hospitalizace* v důsledku *úrazu*, která trvá nepřetržitě alespoň 24 hodin, nebo *Vaše hospitalizace* následkem *nemoci*, která trvá nepřetržitě alespoň 72 hodin, přičemž *Vaše hospitalizace* následkem *nemoci* nastala po uplynutí čekací doby. Vznik pojistné události pojištění pro případ *hospitalizace* je možný pouze v případě, kdy nejsou splněny podmínky pro vznik pojistné události pojištění pro případ ztráty zaměstnání (*nezaměstnanosti*). Pokud splňujete všechny podmínky pro vznik pojištění, jste platně pojištěn/a pro případ ztráty zaměstnání (*nezaměstnanosti*) a nejste pojištěn/a pro případ *hospitalizace* (vyjma případu, kdy čerpáte rodičovskou dovolenou, v takovém případě jste pojištěn/a jen pro případ *hospitalizace*). Pokud následně dojde ke změně Vašeho osobního stavu tak, že přestanete splňovat jednu nebo více podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání, pak jste den po rozhodném dni automaticky nadále pojištěn/a pro případ *hospitalizace* a nejste pojištěn/a pro případ ztráty zaměstnání.

Za každý den Vašeho pobytu v *nemocnici* Vám, jako oprávněné osobě, uhradíme *pojistné plnění* ve výši sjednané denní dávky ve formě denního odškodného, a to od prvního dne Vaší *hospitalizace*.

Pojistné plnění v případě *hospitalizace* následkem *úrazu* nebo *nemoci* Vám poskytneme maximálně za 180 dnů (v případě více hospitalizací následkem jednoho *úrazu* nebo jedné *nemoci* se dny sčítají) maximálně však v průběhu 365 dnů od data první *hospitalizace*.

SOUBĚH POJISTNÝCH UDÁLOSTÍ

V případě *souběhu pojistných událostí* v podobě ztráty zaměstnání (*nezaměstnanosti*), *pracovní neschopnosti* či *hospitalizace* Vám budeme plnit *pojistné plnění* pouze z titulu té pojistné události, která nastala první v pořadí. Pojistné plnění z titulu pojistné události, která nastala jako druhá v pořadí, Vám poskytneme za podmínky, že k datu ukončení první pojistné události v pořadí jsou splněny podmínky pro poskytnutí *pojistného plnění* z titulu této pojistné události nastalé jako druhé v pořadí.

V případě *souběhu pojistných událostí hospitalizace a pracovní neschopnosti* Vám vyplatíme *pojistné plnění* vždy pouze z jedné z pojistných událostí. V případě, že v průběhu trvání pojistné události *pracovní neschopnosti* nastane pojistná událost související s Vaší hospitalizací, budeme Vám plnit pouze z titulu *pracovní neschopnosti*, vyjma případu, kdy nárok na *pojistné plnění z hospitalizace* vznikne v průběhu čekací doby pojištění pro případ *pracovní neschopnosti* (po uplynutí čekací doby budeme plnit pouze z titulu Vaší *pracovní neschopnosti*).

VÝLUKY

Pojistné plnění nebude vyplaceno za újmy způsobené přímo nebo nepřímo následkem:

- a) války nebo terorismu,
- b) úmyslného sebepoškození, sebevraždy nebo pokusem o ni, nebo nedodržováním pokynů lékaře,
- c) manipulace se zbraněmi, výbušninami, hořlavinami a toxickými látkami,
- d) v souvislosti s Vaším letem letadlem jinak než jako platící cestující oficiálně registrované letecké společnosti,
- e) požití alkoholu, drog nebo léků, které nebyly předepsány lékařem, nebo v případě, že léky nejsou užity dle doporučení výrobce nebo v případě, že léky jsou užívány jako návykové látky, či léčby alkoholové nebo drogové závislosti,
- f) Vámi spáchaného trestného činu resp. pokusu o spáchání takového činu, či přestupku,
- g) posttraumatického šoku, duševních, psychických nebo neurologických *nemocí* a poruch a jejich léčením,
- h) *nemoci*, kterou jste již byl/a v době utrpení *úrazu* postižen/a,
- i) všech profesionálně provozovaných sportů, pokusů o rekordy,
- j) jakékoliv lékařské péče či lékařského ošetření provedeného osobou bez platného oprávnění poskytovat lékařskou péči či ošetření,
- k) únavového syndromu,
- l) degenerativního *onemocnění* páteře a jejich přímých a nepřímých důsledků, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl *úraz* (tato výlučka se však nevztahuje na případy jasně prokazaného *úrazového* mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními),
- m) astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz,
- n) přechodu z *nemocniční* péče do léčby či ošetřování v domácnosti, byla-li *nemocniční* péče ukončena na vlastní žádost (revers),
- o) škodné události nastalé v důsledku mateřství, která nastane po dobu, kdy pobíráte peněžitou pomoc v mateřství, a
- p) při řízení dopravního prostředku nebo obsluze stroje, ke kterým je vyžadováno platné příslušné oprávnění a Vy jej nemáte.

Pojistné plnění nebude vyplaceno za újmy související s:

- a) zdravotními komplikacemi, které existovaly před *datem počátku pojištění*,
- b) se stavem či poruchou zdraví, v jejichž souvislosti Vám před *datem počátku pojištění* nebo uplynutím čekací doby byla poskytnuta nebo doporučena zdravotní péče nebo kvůli kterým jste před *datem počátku pojištění* nebo před uplynutím čekací doby vyhledal/a lékařskou pomoc nebo jste ji při rozumné míře opatrnosti vyhledat měl/a,
- c) výzkumy, pokusy, zákroky, operacemi nebo jinými činnostmi v souvislosti s kosmetickými úpravami, očkovaním, obezitou, impotencí, neplodností, umělým oplodněním, kontrolou počětí,
- d) jakýmkoliv *Vaším* léčebným pobytem nebo pobytem v zařízení dlouhodobé léčebné péče (v domově pro seniory, ozdravně, pečovatelském domě, v odvykacím centru apod.),
- e) AIDS nebo HIV.

Pojistné plnění rovněž nebude vyplaceno v případě *hospitalizace* či *pracovní neschopnosti* související s těhotenstvím či porodem.

V případě pojištění pro případ ztráty zaměstnání nebude pojistné plnění vyplaceno za následujících okolností nebo v jejich důsledku:

- a) ztráty zaměstnání, která je Vám zaměstnavatelem předběžně oznámena již před sjednaným *datem počátku pojištění*, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před sjednaným *datem počátku pojištění*,
- b) ztráty zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinnosti vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k *Vámi* jako zaměstnancem vykonávané práci, nebo proto, že nesplňujete předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce, nebo proto, že nesplňujete požadavky pro výkon sjednané práce bez zavinění zaměstnavatele, vše dle *Zákoníku práce*,
- c) ztráty zaměstnání, k níž dojde z *Vaší* vlastní vůle, vyjma případu, kdy dojde ke zrušení pracovního poměru z *Vaší* strany jako zaměstnancem pro nevyplacení mzdy či náhrady mzdy či jakékoliv jejich části dle *Zákoníku práce* za podmínky, že Vám jako zaměstnanci nebyla vyplacena mzda či náhrada mzdy do 15 dnů po uplynutí termínu splatnosti, kdy jste povinen doložit tuto skutečnost předložením zrušení pracovního poměru s prokázaným doručením zaměstnavateli s výslovným uvedením daného důvodu, a dále vyjma případu, kdy byl pracovní poměr ukončen dohodou nebo výpovědí ze strany zaměstnance z důvodu vydání rozhodnutí v insolvenčním řízení potvrzujícího úpadek zaměstnavatele, příp. zamítající insolvenční návrh pro nedostatek majetku anebo z důvodu zrušení zaměstnavatele a jeho vstupu do likvidace,
- d) ztráty zaměstnání, k níž dojde během nebo na konci zkušební lhůty po nástupu do zaměstnání,
- e) ztráty zaměstnání v důsledku skončení pracovního poměru sjednaného na dobu určitou uplynutím sjednané doby,
- f) ztráty zaměstnání, která je zapříčiněná *Vaším* svobodným rozhodnutím (například ukončení zaměstnání dohodou).

UPLATNĚNÍ NÁROKU NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pokud chcete uplatnit nárok z tohoto pojištění, kontaktujte nás na telefonním čísle 234 108 311. Požádáme Vás o vyplnění formuláře o oznámení *Vaší* újmy. Podmínkou poskytnutí *pojistného plnění* bude *Váš* souhlas s tím, abychom mohli nahlížet do všech *lékařských* zpráv a záznamů, poskytnutí všech námi vyžádaných dokumentů a poskytnutí další nezbytné součinnosti k zjišťování a přezkoumávání skutečností důležitých pro posouzení vzniku pojistné události a stanovení výše *pojistného plnění*. Můžeme Vás rovněž požádat o návštěvu námi určeného *lékaře*.

Jsmo také oprávněni zjišťovat a přezkoumávat skutečnosti týkající se ztráty zaměstnání pojištěného a následně *nezaměstnanosti*. *Vaší* povinností je v případě ztráty zaměstnání registrovat se na příslušné pobočce Úřadu práce ČR jako uchazeč o zaměstnání a podnikat kroky k znovuzískání zaměstnání.

Dále je nutné, abyste nám pro posouzení nároku na pojistné plnění předal následující doklady:

v případě *Vaší* pracovní neschopnosti:

- kopii potvrzení *pracovní neschopnosti* s uvedeným datem počátku *pracovní neschopnosti*, se stanovením příslušného čísla diagnózy a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou *lékaře*),
- pokud není na potvrzení o *pracovní neschopnosti* uvedeno příslušné číslo diagnózy, jste povinen/povinna nám doložit samostatné *lékařské* potvrzení s příslušným číselným označením diagnózy již při oznámení *pracovní neschopnosti* a následně při pokračování *pracovní neschopnosti*,
- došlo-li k *hospitalizaci*, propouštěcí zprávu z *nemocničního* zařízení (kopie s čitelnou adresou *lékaře*),
- kopie všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně podepsaných dodatků k pracovním smlouvám.

v případě *Vaší* nezaměstnanosti:

- kopii ukončované pracovní smlouvy, včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě,
- kopii dokladu o rozvázání pracovního poměru (výpověď z pracovního poměru apod.),
- kopii potvrzení, že jste veden/a v evidenci u příslušného úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání (toto potvrzení vystaví úřad práce na žádost pojištěného),

- kopie všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně podepsaných dodatků k pracovním smlouvám, ze kterých vyplývá, že jste byl/a zaměstnán/a nejméně 12 měsíců před pojistnou událostí, resp. před rozhodným dnem.
- je-li k dispozici, potvrzení zaměstnavatele nebo zápočtový list.

V případě Vaší hospitalizace následkem úrazu nebo nemoci:

- propouštěcí zprávu z *nemocnice* (kopie s čitelnou adresou *lékaře*),
- potvrzení o poskytnutí *nemocniční lůžkové péče*,
- lékařskou zprávu s uvedením diagnózy, pro kterou jste byl/a hospitalizován a v *pracovní neschopnosti*,
- kopii potvrzení *pracovní neschopnosti* s uvedeným datem počátku *pracovní neschopnosti*, se stanovením příslušného čísla diagnózy, pro kterou jste v *pracovní neschopnosti* a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou *lékaře*).

Další potřebné šetření jsme povinni a zároveň oprávněni provádět přímo s *Vámi* nebo s *Vaším* zástupcem.

V případě hlášení pojistné události *hospitalizace* následkem *úrazu* nebo *nemoci* nebo v případě hlášení pojistné události ze ztráty zaměstnání jste povinen/povinna prokázat a doložit, zda splňujete či nespĺňujete nebo jste k rozhodnému dni splňoval/a podmínky pro pojištění ztráty zaměstnání.

Každé trvání *Vaší pracovní neschopnosti* a *nezaměstnanosti* nám musíte dokládat nejméně jednou za kalendářní měsíc, nejpozději však do 10. dne následujícího kalendářního měsíce za měsíc, ve kterém jste byl/a práce neschopný/á nebo nezaměstnaný/á, a to zasláním:

a) V případě pracovní neschopnosti:

kopie písemného potvrzení *Vašeho* ošetřujícího *lékaře* nebo kopie potvrzení o trvání dočasné *pracovní neschopnosti* s vyznačením pravidelných uskutečněných i navrhovaných kontrol u lékaře. V případě nedoložení těchto dokladů Vás považujeme za práce schopného a naši povinnost plnit za ukončenou, ledaže dodatečně prokážete, že tato *pracovní neschopnost* trvá nebo trvala.

b) V případě nezaměstnanosti:

kopie písemného potvrzení, že jste veden v evidenci uchazečů o zaměstnání. V případě nedoložení tohoto dokladu považujeme naši povinnost plnit za ukončenou, ledaže dodatečně prokážete, že tato *nezaměstnanost* trvá nebo trvala.

Jste také povinen/povinna nás neprodleně informovat o ukončení *pracovní neschopnosti* předložením kopie *lékařského* potvrzení o ukončení *pracovní neschopnosti* a neprodleně nás informovat o ukončení *nezaměstnanosti* předložením dokladu prokazujícího ukončení *Vaší nezaměstnanosti*.

Doklady a zprávy je nutné nám doručit v českém jazyce, případně v cizím jazyce s překladem dokladu do českého jazyka. Jsme rovněž oprávněni po Vás v tomto případě vyžádat i úředně ověřený překlad do českého jazyka.

Všechna osvědčení, informace a ostatní doklady o *Vaší* pojistné události jste povinen/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 B
<i>Pracovní neschopnost</i> (měsíční odškodné)	5 000 Kč
Ztráta zaměstnání (měsíční odškodné)	5 000 Kč
Hospitalizace následkem <i>úrazu</i> nebo <i>nemoci</i> (denní odškodné)	500 Kč