



Fenix

POJISTNÉ PODMÍNKY pojištění závažných onemocnění FÉNIX

1/20

s platností od 1. prosince 2020

1/20



Chráníme to nejčennější

Pojištění závažných onemocnění Fénix je určeno ke zmírnění dopadu na ekonomickou situaci pojištěného způsobenou vážným onemocněním.

Obsah:

STRANA 1

ODDÍL A SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

- Článek 1 – Úvodní ustanovení
- Článek 2 – Výklad pojmů
- Článek 3 – Účel a předmět pojištění
- Článek 4 – Pojistné nebezpečí. Čekací doba
- Článek 5 – Rozsah pojištění
- Článek 6 – Rozsah a splatnost pojistného plnění

STRANA 2

- Článek 7 – Výluky z pojištění
- Článek 8 – Pojistný zájem
- Článek 9 – Uzavření pojistné smlouvy
- Článek 10 – Vznik a trvání pojištění. Pojistná doba
- Článek 11 – Změny a ukončení pojistné smlouvy. Zánik pojištění
- Článek 12 – Skupinové pojištění

STRANA 3

- Článek 13 – Pojistné
- Článek 14 – Práva a povinnosti pojistitele
- Článek 15 – Povinnosti pojistníka
- Článek 16 – Povinnosti pojištěného
- Článek 17 – Další práva a povinnosti účastníků pojištění
- Článek 18 – Doručování písemností

STRANA 4

Článek 19 – Forma právních jednání

Článek 20 – Závěrečná ustanovení

ODDÍL B POJIŠTĚNÍ ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

- Článek 1 – Pojistná událost
- Článek 2 – Rozsah pojištění
- Článek 3 – Rozsah pojistného plnění
- Článek 4 – Výluky z pojištění
- Článek 5 – Zánik pojištění

STRANA 5

ODDÍL C POJIŠTĚNÍ DALŠÍCH ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

- Článek 1 – Pojistná událost
- Článek 2 – Rozsah pojištění
- Článek 3 – Rozsah pojistného plnění
- Článek 4 – Výluky z pojištění

STRANA 6

Článek 5 – Zánik pojištění

Tabulka č. 1

ODDÍL A

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků pojištění **Fénix** (dále jen "pojištění") se řídí právním řádem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákoník“), těmito pojistnými podmínkami, ustanoveními uvedenými v pojistné smlouvě a jejich přílohách a v dalších dokumentech, které jsou její součástí.
- Ujednání v pojistné smlouvě, která se odchylují od zákoníku nebo těchto pojistných podmínek, mají přednost.
- Rozdílná ustanovení v následujících oddílech B a C těchto pojistných podmínek mají přednost před ustanoveními tohoto oddílu A.
- Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé pojistitel.

Čl. 2

Výklad pojmů

Pro účely pojištění platí následující vymezení pojmů:

- Běžným pojistným** je pojistné stanovené za pojistné období.
- Čekací doba** je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba se počítá ode dne sjednaného počátku pojistné doby nebo od data účinnosti změny.
- Diagnóza** je pro účely tohoto pojištění stanovení onemocnění podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN–10 aktuálně doporučenými lékařskými postupy. Diagnózu musí stanovit lékař s příslušnou specializací a je nutné ji doložit výsledky vyšetření provedených objektivními vyšetřovacími metodami ve zdravotnickém zařízení v České republice, Slovenské republice, Polsku, Německu nebo Rakousku.
- Doba trvání pojištění** je skutečná doba v rámci sjednané pojistné doby, po kterou je pojištění v účinnosti.
- Chirurgický zákrok (operace)** je pro účely tohoto pojištění operační zákrok provedený lékařem s příslušnou specializací v daném oboru a musí být ze zdravotního hlediska nezbytný.
- Lhůtou** uvedenou ve dnech se rozumí vždy počet kalendářních dní.
- Nahodilá skutečnost** je skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.
- Navazující pojistná smlouva** je smlouva, která navazuje na předchozí pojistnou smlouvu, za podmínky, že časová prodleva mezi datem konce pojistné doby předchozí smlouvy a datem počátku pojistné doby nové smlouvy je nejvýše 30 kalendářních dní.
- Neinvazivní nádor (novotvar)** je lokální růst nádorových buněk, které se nerozšířily za bazální membránu epitelu, ze kterého vznikly a které nenapadly okolní tkáň.
- Nezhoubný nádor (novotvar)** je neorganizovaný růst buněk, které neprorůstají přes bazální membránu do okolí a nezakládají dceřiná nádorová ložiska (metastázy).
- Obnosové pojištění** je pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky, v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody.
- Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
- Pojistka** je písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, které pojistitel vydává pojistníkovi.
- Pojistná částka** je částka zvolená pojistníkem, která je podkladem pro výplatu pojistného plnění.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost vyvolaná pojistným nebezpečím, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události (dále jen „příčina“).
- Pojistné období** je časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné.
- Pojistné riziko** je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím.
- Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.
- Pojistitel** je právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona.
- Pojištěný** (nebo také pojištěná osoba) je osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.
- Pojištěné dítě** je pojištěný (pojištěná osoba) do 18 let věku.
- První stupeň závislosti** je závislost, kdy osoba není z důvodu dlouhodobě nepřiznivého zdravotního stavu schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby z deseti souvisejících oblastí každodenního života člověka. Při posuzování stupně závislosti hodnotí posudkový lékař tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.
- Škodní událost** je skutečnost, ze které vznikla újma, a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
- Účastníkem pojištění** je pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný, pojištěné dítě a každá další osoba, které ze soukromého pojištění vzniklo právo nebo povinnost.

- Zájemce** je osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem.
- Zhoubný nádor (novotvar)** je nekontrolovatelný růst a množení buněk, které rostou destruktivně do okolních tkání i orgánů a vytváří druhotná nádorová ložiska (metastázy) ve vzdálených orgánech.

Čl. 3

Účel a předmět pojištění

- V případě vzniku pojistné události poskytne pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění v ujednaném rozsahu.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Předmětem pojištění je zdraví pojištěného.
- Pojištění se sjednává jako obnosové.

Čl. 4

Pojistné nebezpečí. Čekací doba

- Pojistným nebezpečím je nemoc nebo úraz pojištěného.
- Čekací doba je 90 dní. Čekací doba se neuplatňuje v případě úrazu.
- Pokud v navazující pojistné smlouvě nedošlo k rozšíření rozsahu pojištění ani k navýšení pojistné částky oproti předchozí pojistné smlouvě, pak u navazující pojistné smlouvy se čekací doba neuplatňuje.

Čl. 5

Rozsah pojištění

- Rozsah sjednaného pojištění je určen pojistnými podmínkami a volitelnými parametry uvedenými v pojistné smlouvě. Tyto parametry pojištění volí pojistník při uzavření pojistné smlouvy na základě znalosti pojistného zájmu pojišťovaných osob.
- Pojistník na základě znalosti potřeb pojišťovaných osob zvolí druh pojištění a případně jeho typ, pojistnou částku a splátky pojistného.
- V rámci pojištění závažných onemocnění **Fénix** mohou být sjednány tyto druhy pojištění:
 - pojištění onkologických onemocnění (Oddíl B),
 - pojištění dalších závažných onemocnění (Oddíl C).
- Pojištění onkologických onemocnění musí být sjednáno vždy, pojištění dalších závažných onemocnění je volitelné.
- Pro pojištěné dítě je možno sjednat pouze pojištění onkologických onemocnění (Oddíl B).

Čl. 6

Rozsah a splatnost pojistného plnění

- Pojistitel poskytne pojistné plnění v rozsahu smluvně ujednaném ke dni, kdy nastala pojistná událost.
- Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel v souladu s pojistnými podmínkami.
- Pojistitel poskytne oprávněné osobě pro každé sjednané pojištění samostatně pojistné plnění až do 100 % pojistné částky.
- Pojistné plnění je omezeno pojistnou částkou uvedenou v pojistné smlouvě pro jednotlivá pojištění.
- Poskytnutí pojistného plnění je podmíněno vznikem pojistné události a splněním všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a jejich součástí vyplývají, zejména zaplacením pojistného.
- Pokud dojde ke vzniku škodní události v čekací době, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, ale vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné. Pokud dojde ke vzniku škodní události v čekací době, která běží z důvodu změny rozsahu pojištění nebo pojistné částky, pojistitel poskytne pojistné plnění podle podmínek platných před touto změnou a pojistníkovi vrátí část zaplaceného pojistného, které odpovídá pojistnému za provedenou změnu. Zániky jednotlivých pojištění při vzniku škodní události v čekací době jsou definovány v Oddílech B a C.
- Není-li smluvními stranami dohodnuto jinak, je pojistné plnění splatné v měně České republiky a na jejím území a pojistitel ho hradí osobě oprávněné přijmout pojistné plnění, a to formou převodu na její bankovní účet nebo poštovní poukázkou na její jméno a adresu.
- Pokud byl pojištěný oprávněn přijmout pojistné plnění, které za života neobdržel, stane se nevypáčené pojistné plnění předmětem dědického řízení.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření oznámené události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.
- Nelze-li ukončit šetření nutná ke zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo ke zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost na pojistné plnění přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
- Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet,
 - mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejich následků nebo na zjištění či určení výše pojistného

plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit,

- c) pokud vyplatil pojistné plnění v nesnížené výši a dodatečně mu vznikne nárok na snížení pojistného plnění. Pojistitel má právo uplatnit rozdíly mezi vyplaceným a sníženým pojistným plněním vůči osobě, v jejíž prospěch bylo plněno.
12. Pojistitel může pojistné plnění odmítnout, byla-li příčinou pojistné události skutečnost:
 - a) o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události,
 - b) kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinností stanovené v čl. 17 odst. 1. nebo 2.,
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.
13. Pojistitel může pojistné plnění odmítnout také tehdy, jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
14. Pojistitel má právo odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění, zejména dlužné pojistné.
15. Pojistitel po oznámení diagnózy vyžaduje pro účely vyplacení pojistného plnění kopie lékařských záznamů, které potvrzují diagnózu onemocnění a u onkologických onemocnění výsledek histologického vyšetření.
16. Pojistitel může vyžadovat i jiné dokumenty, které mohou být potřebné pro účely stanovení výplaty pojistného plnění, včetně předložení dokumentů, které prokazují způsob léčby.

Čl. 7

Výluky z pojištění

Pojistnou událostí nejsou události:

1. jejichž příčina nebo příznaky nastaly mimo dobu trvání pojištění nebo během čekací doby,
2. které vznikly v souvislosti s užíváním alkoholu nebo drog nebo léků, odlišných od léků, které se užívají v souvislosti s léčbou předepsanou kvalifikovaným lékařem, ledaže by se jednalo o léčbu závislosti na drogách,
3. které si pojištěný způsobil úmyslně (včetně sebevraždy nebo pokusu o ni) nebo které způsobil úmyslným jednáním pojistník, nebo které pojištěnému způsobila jiná osoba z podnětu pojištěného nebo pojistníka,
4. které vznikly nákazou virem lidského imunodeficitu (HIV) nebo stavy způsobené syndromem získané imunodeficiency (AIDS),
5. vrozené vady a nemoci.

Čl. 8

Pojistný zájem

1. Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.
2. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Má se za to, že pojistník má pojistný zájem i na životě a zdraví jiné osoby, osvědčí-li zájem podmíněný vztahem k této osobě, ať již vyplývá z příbuzenství nebo je podmíněn prospěchem či výhodou z pokračování jejího života nebo zachování jejího zdraví.
3. Dal-li pojištěný souhlas k pojištění, má se za to, že pojistný zájem pojistníka byl prokázán.
4. Neměl-li zájemce pojistný zájem a pojistitel o tom při uzavření smlouvy věděl nebo musel vědět, je smlouva neplatná.
5. Pojistil-li pojistník vědomě neexistující pojistný zájem, ale pojistitel o tom nevěděl ani nemohl vědět, je smlouva neplatná; pojistiteli však náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl.
6. Zánik pojistného zájmu je nutné pojistiteli vždy prokázat.

Čl. 9

Uzavření pojistné smlouvy

1. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou s ročním pojistným obdobím, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, a to písemně, jinak je neplatná.
2. Nabídka je přijata podpisem smluvních stran, není-li v nabídce výslovně uveden jiný způsob.
3. Přijal-li pojistník nabídku na uzavření pojistné smlouvy včasným zaplacením pojistného v plné výši nebo ujednané splátky pojistného v plné výši, považuje se písemná forma smlouvy za zachovanou.
4. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou kromě pojistných podmínek také všechny dohody, dodatky a přílohy k pojistné smlouvě, dále všechny doklady vymezující podmínky vzniku, trvání, změn a zániku pojištění (např. žádosti, dotazníky, protokoly, výpovědi, záznamy zprostředkovatele o průběhu sjednávání pojištění, informace pro klienta).

Čl. 10

Vznik a trvání pojištění. Pojistná doba.

1. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu určitou od data počátku pojistné doby do data konce pojistné doby. Datum konce pojistné doby je stanoveno jako datum konce pojistného období, ve kterém dosáhne pojištěný výstupního věku uvedeného v pojistné smlouvě.
2. Pojistná doba a pojistné období jsou sjednány v pojistné smlouvě.
3. Pojištění vzniká v 0:00 hod. dne sjednaného jako počátek pojistné doby.
4. Pojištění trvá od vzniku do skutečného zániku pojištění.
5. Pojištění se z důvodu nezaplacení pojistného nepřerušuje.

Čl. 11

Změny a ukončení pojistné smlouvy.

Zánik pojištění.

1. Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
2. Pojištění může být změněno na žádost pojistníka během trvání pojištění.
3. Při změně na vyšší rozsah pojištění má pojistitel právo požádat pojistníka o:
 - a) dodatečné informace o zdravotním stavu pojištěného,
 - b) provedení lékařského vyšetření v pojistitelem určeném zdravotnickém zařízení.
4. Není možné navýšit pojistnou částku po stanovení diagnózy, která je předmětem sjednaného pojištění.
5. Změna rozsahu pojištění je platná od 1. dne následujícího pojistného období po akceptaci žádosti o změnu, a to v případě, že neexistují žádná prodlení s platbami pojistného.
6. Změna rozsahu pojištění nebo změna pojistné částky jsou účinné pro události vzniklé až po uplynutí nové čekací doby. Počátek nové čekací doby je datum účinnosti změny. V těchto případech má pojistitel právo provést přezkoumání zdravotního stavu pojištěného.
7. Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby, a to ve 24.00 hod. dne sjednaného jako konec pojistné doby.
8. Pojištění dítěte zaniká koncem pojistného období, ve kterém dítě dosáhlo 18 let věku, nejde však do konce pojistné doby.
9. Pojištění zaniká písemnou výpovědí pojistitele nebo pojistníka doručenou druhé smluvní straně nejméně šest týdnů před uplynutím pojistného období. Je-li výpověď doručena druhé straně později než šest týdnů před dnem, ve kterém uplyne pojistné období, zaniká pojištění ke konci následujícího pojistného období.
10. Pojištění zaniká zánikem pojistného zájmu, dnem smrti pojištěné osoby nebo dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění.
11. Pokud škodní událost vznikne během čekací doby, pojištění zaniká od počátku a pojistitel vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné.
12. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění písemně vypovědět:
 - a) do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká,
 - b) do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká. Pojistník může pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou
13. Pojistník může pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou:
 - a) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko v rozporu se zásadou rovného zacházení,
 - b) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele,
 - c) do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.
14. Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost stanovenou v čl. 17 odst. 1. nebo 2., má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojištělý povinnost stanovenou v čl. 14 odst. 10. nebo 11. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinností stanovené v čl. 17 odst. 1. nebo 2. nebo v čl. 14 odst. 10. nebo 11.
15. Byla-li pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od smlouvy ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne jejího uzavření nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení poprvé dojde až na jeho žádost po uzavření smlouvy.
16. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit písemnou dohodou smluvních stran za dohodnutých podmínek.
17. Pojistnou smlouvu lze postoupit jen se souhlasem pojistitele.
18. Je-li sjednáno pojištění cizího pojistného nebezpečí, pak dnem pojistníkovy smrti, nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce vstupuje na místo pojistníka pojištěný; oznámí-li však pojistiteli v písemné formě do třiceti dnů ode dne pojistníkovy smrti, nebo ode dne jeho zániku, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka. Účinky prodlení vůči pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím patnácti dnů ode dne, kdy se pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl.
19. Upomene-li pojistitel pojistníka o zaplacení dlužného pojistného a poučí-li ho v upomínce, že pojištění zanikne, nebude-li pojistné zaplaceno ani v dodatečně lhůtě, zanikne pojištění marným uplynutím této lhůty.

Čl. 12

Skupinové pojištění

1. Skupinovým pojištěním je pojištění, které se vztahuje na skupinu pojištěných osob blíže vymezených v pojistné smlouvě, jejichž totožnost v době uzavření smlouvy nemusí být známa.
2. Vztahuje-li se pojištění na členy určité skupiny, nemusí pojistná smlouva obsahovat jména pojištěných, lze-li pojištěné osoby bez pochybností určit alespoň v době pojistné události.
3. Porušení povinností pravdivě a úplně zodpovědět dotazy pojistitele zasahuje při skupinovém pojištění jen pojištění těch osob, kterých se porušení této povinnosti týká.

Čl. 13 Pojistné

- Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel a je uvedeno na pojistné smlouvě. Jedná se o běžné pojistné.
- Pojistné je hrazeno jako běžné pojistné za pojistné období, kterým je jeden pojistný rok, pokud není ve smlouvě uvedeno jinak. V pojistné smlouvě je možné sjednat splátky pojistného. Bylo-li ujednáno placení pojistného ve splátkách a nesplní-li pojistník některou splátku pojistného, má pojistitel právo na celé pojistné.
- Výše pojistného závisí na věku pojistného, pojistné době, pojistné částce a zvoleném druhu, popř. typu pojištění.
- Pojistné je splatné prvního dne pojistného období v měně a výši uvedené v pojistné smlouvě.
- Pojistné je zapláceno, je-li v plné výši prokazatelně přijato zprostředkovatelem pojistitele nebo je připsáno na bankovní účet pojistitele.
- Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Toto právo pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
- Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.
- Je-li pojistná smlouva ukončena dohodou přede dnem vzniku pojištění, pojistitel vrátí pojistníkovi, přijaté pojistné.
- Pojistitel má právo na pojistné až do doby, kdy se dozvěděl o zániku pojistného zájmu.
- Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do třiceti dnů ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupí-li od smlouvy pojistitel, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojistné smlouvy, které činí 20 % z nepotřebovaného pojistného. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.
- Odstoupí-li pojistník od smlouvy podle čl. 11 odst. 15. (pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku), vrátí mu pojistitel bez zbytečného odkladu, nejpozději však do třiceti dnů ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné; přitom má právo odečíst si, co již z pojištění plnil. Bylo-li však pojistné plnění vyplaceno ve výši přesahující výši zaplaceného pojistného, vrátí pojistník, popřípadě pojištěný, pojistiteli částku zaplaceného pojistného plnění, která přesahuje zaplacené pojistné.
- Pohledávky pojistitele na pojistném bude pojistitel započítávat v pořadí, v jakém vznikly a nikoliv v pořadí, v jakém byly upomenuty.
- Sazby pojistného byly stanoveny na základě veřejně dostupných statistik o výskytu nemoci v populaci vydaných příslušnými státními orgány, soukromými nebo profesními organizacemi v České republice (např. Český statistický úřad, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Česká správa sociálního zabezpečení, zdravotní pojišťovny) a současného stavu medicíny a její schopnosti nemoci diagnostikovat a léčit.
- Dojde-li v průběhu trvání pojištění k nezanedbatelným změnám těchto statistik, anebo k pokroku v medicíně vedoucímu k nárůstu schopnosti nemoci diagnostikovat a léčit, pojišťovna je oprávněna přiměřeně zvýšit sazby pojistného na další pojistná období. Nové sazby pojistného zveřejní pojišťovna vydáním nového sazebníku.

Čl. 14 Práva a povinnosti pojistitele

- Pojistitel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodní události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími kompetentními subjekty, a to i v cizině.
- Pojistitel má právo prověřovat lékařskou dokumentaci pojištěného:
 - lékařské zprávy potvrzující diagnózu onemocnění,
 - lékařské zprávy o provedení chirurgického zákroku (operace),
 - další zdravotní dokumentaci podle druhu onemocnění.
- Pojistitel má právo, aby se pojištěný podrobil lékařskému vyšetření pro účel potvrzení diagnózy ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem a na jeho náklady.
- Po uzavření pojistné smlouvy a zaplacení prvního pojistného vydá pojistitel pojistníkovi pojistku.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení platné pojistky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost její druhopis; to platí obdobně o vydání kopie písemné uzavřené pojistné smlouvy.
- Před uzavřením pojistné smlouvy sděluje pojistitel zájemci o uzavření pojistné smlouvy informace o pojistiteli a o sjednávání pojištění.
- Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníka zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
- Pojistitel během trvání pojistné smlouvy oznamuje pojistníkovi informace na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo je oznamuje prostřednictvím svých webových stránek. Je-li adresa pro písemný styk odlišná od adresy sídla nebo pobytu, označuje se jako korespondenční. Adresou může být i kontakt určený pro elektronickou komunikaci.
- Musí-li si pojistitel být při uzavírání smlouvy vědom nesrovnalostí mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, upozorní ho na ně. Přitom se vezme v úvahu, za jakých okolností a jakým způsobem se smlouva uzavírá, jakož i to, je-li druhá strana při uzavírání smlouvy nápomocen zprostředkovatel nezávislý na pojistiteli.
- Dotáže-li se zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistník při jednání o změně smlouvy v písemné formě pojistitele na skutečnosti týkající se pojištění, zodpoví pojistitel tyto dotazy pravdivě a úplně.
- Požádá-li pojistník v písemné formě pojistitele o sdělení údajů významných pro plnění podle smlouvy, sdělí mu je pojistitel bez zbytečného odkladu v písemné formě.

Čl. 15 Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

- Platit pojistiteli pojistné.
- Včas seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy včetně jejích součástí a předat jim veškeré materiály a informace, které pro ně od pojistitele obdržel.
- Bez prodlení pojistiteli oznámit změnu korespondenční adresy.
- Je-li pojistník zároveň pojištěným, vztahují se na něj i všechny povinnosti pojištěného.

Čl. 16 Povinnosti pojištěného

Pojištěný je povinen:

- učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu jejich následků,
- písemně zprostit poskytovatele zdravotních služeb mlčenlivosti a dát pojistiteli písemné oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodné události,
- podstoupit potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel,
- vždy se řídit pokyny ošetřujícího lékaře,
- vždy se dostavit na lékařské ošetření nebo kontrolu v termínu určeném ošetřujícím lékařem,
- v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření.

Čl. 17 Další práva a povinnosti účastníků pojištění

- Dotáže-li se pojistitel v písemné formě zájemce o pojištění při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy na skutečnosti, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, zodpoví zájemce nebo pojistník tyto dotazy pravdivě a úplně. Povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného.
- Co je v odstavci 1. tohoto článku stanoveno o povinnosti pojistníka, platí obdobně i pro pojištěného.
- Nastane-li událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojistné plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu, podá mu pravdivé vysvětlení o příčině, vzniku a rozsahu následků takové události; současně předloží pojistiteli potřebné doklady (zdravotní dokumentaci pojištěného, poslední lékařskou zprávu, apod.) a postupuje způsobem ujednaným v pojistné smlouvě. Není-li současně pojistníkem nebo pojištěným, mají tyto povinnosti i pojistník a pojištěný.
- Stejně oznámení může učinit jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem.
- Oznámení podle odst. 3. a 4. tohoto článku se považuje za přijaté poté, kdy pojistiteli byla oznámena událost na řádně vyplněném formuláři pojistitele (Oznámení škodní události), a doručena pojistiteli.
- Pojistitel může vyžadovat i jiné dokumenty, které mohou být potřebné pro účely stanovení výplaty pojistného plnění. Předání dokladů pojistiteli se považuje za souhlas k přezkoumání zdravotního stavu pojištěného.
- Účastníci pojištění předkládají pojistiteli kopie dokumentů, originály na vyžádání pojistitele. Doklady musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení a je-li tak na dokladu předepsáno, tak i podpisem a otiskem razítka.
- Pojistitel originály dokladů nevrací. Nevznikla-li pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, vrátí originály dokladů na písemné vyžádání.
- Pojistitel zahájí bez zbytečného odkladu po přijetí oznámení podle odst. 5. tohoto článku šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; na žádost této osoby jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojistného plnění, popřípadě důvod jeho zamítnutí.
- Obsahuje-li oznámení vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamíl-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečnosti, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojistitel vynaložil náklady v prokázané výši účelně.
- Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje na pojistné plnění právo, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.
- Pojistník a pojištěný jsou povinni:
 - neprodleně po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu všech údajů, které byly v pojistné smlouvě uvedeny,
 - umožnit pojistiteli provedení šetření o příčinách vzniku škodní události a rozsahu jejích následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost.
- Účastníci pojištění nesmí bez souhlasu pojistitele podstoupit pohledávku na pojistné plnění z pojištění.

Čl. 18 Doručování písemností

- Písemnosti pojistitele určené účastníkům pojištění (dále jen "adresát") se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen "pošta"), a to obyčejnou nebo doporučenou zásilkou na adresu bydliště nebo sídla uvedeného v pojistné smlouvě. Uvede-li adresát jinou adresu než adresu svého bydliště nebo sídla (dále jen "korespondenční adresa"), bude pojistitel doručovat na tuto adresu s tím, že adresát poté nemůže namítat, že má své skutečné bydliště nebo sídlo v jiném místě. Písemnosti pojistitele mohou být doručovány i zasláním na elektronickou adresu či datovou schránku účastníka pojištění, která je uvedena v pojistné smlouvě nebo kterou účastník pojistiteli prokazatelně sdělil.

2. Písemnosti mohou být též doručovány osobním předáním mezi pojistitelem (či zástupcem pojistitele) a účastníkem pojištění. Písemnost se považuje za doručenu dnem předání.
3. Má se za to, že písemnost odeslaná poštou byla doručena třetí pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státu, pak patnáctý pracovní den po odeslání. Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí uvedeným na dodejce. Písemnost doručovaná na elektronickou adresu (či do datové schránky) je doručena dnem, kdy byla doručena do e-mailové schránky či datové schránky adresáta, v pochýbnostech se má za to, že je doručena dnem jejího odeslání odesílatelem.
4. Účastníci pojištění jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změny veškerých skutečností významných pro doručování a oznámit si navzájem svou novou poštovní adresu, elektronickou adresu či datovou schránku nebo telefonní číslo. Zmaří-li vědomě adresát doručení písemnosti, má se za to, že právní jednání či oznámení bylo řádně doručeno patnáctý den po odeslání.
5. O vědomé zmaření se jedná zejména v případech, kdy adresát:
 - a) neoznámí včas změnu skutečností významných pro doručování (zejména změnu příjmení, změnu poštovní nebo elektronické adresy, datové schránky apod.),
 - b) nepřevezme v úložní době písemnost,
 - c) neoznačí dostatečně poštovní schránku,
 - d) odmítne písemnost převzít.
6. Písemnosti k doručení pojistiteli musí být zaslány na adresy pojistitele (sídlu, e-mail popř. datová schránka) uvedené v pojistné smlouvě nebo na webové stránce pojistitele či osobně předány zástupci pojistitele.

Čl. 19

Forma právních jednání

1. Písemnou formu s vlastnoručným podpisem musí mít právní jednání týkající se:
 - a) trvání a zániku pojištění,
 - b) změny rozsahu pojištění,
 - c) oznámení pojistitele o výsledku šetření pojistné události.
2. Ostatní právní jednání, oznámení či žádosti mohou být učiněny telefonicky, e-mailem nebo prostřednictvím internetové aplikace pojistitele. Vyžádá-li si to pojistitel, musí být tyto právní jednání dodatečně doplněny písemnou formou.
3. V ostatních záležitostech týkající se pojistné smlouvy, zejména v souvislosti se správou pojištění a řešením škodních událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění prostředky elektronické komunikace (např. telefon, email, SMS, datová schránka, fax), pokud není dohodnuto jinak. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy a charakteru sdělovaných informací. Písemná forma je zachována také v případě, kdy vlastnoruční podpis jednatelů je nahrazen zaručeným elektronickým podpisem, podle zvláštního zákona nebo je-li právní jednání učiněno prostřednictvím datové schránky.
4. Písemná forma se považuje za zachovanou, je-li právní jednání obsaženo v příloze elektronické zprávy. Právní jednání musí být vlastnoručně podepsáno jednatelci osobou a uloženo ve formátu, který dostatečně zabezpečuje jeho obsah proti změně (naskenovaný, vlastnoručně podepsaný dokument ve formátu PDF či obdobném formátu) a zároveň musí být v předmětu elektronické zprávy uvedeno číslo pojistné smlouvy, které se právní jednání týká. Písemná forma je zachována také v případě, kdy vlastnoruční podpis jednatelů je nahrazen zaručeným elektronickým podpisem, podle zvláštního zákona nebo je-li právní jednání učiněno prostřednictvím datové schránky.
5. V případě právního jednání týkající se zániku pojištění se za písemnou formu považuje pouze právní jednání doručené elektronickými prostředky podepsané zaručeným elektronickým podpisem, podle zvláštního zákona, právní jednání učiněné prostřednictvím datové schránky nebo vlastnoručně podepsaný dokument v listinné podobě.
6. Právní jednání, oznámení a žádosti jsou účinné vůči druhé smluvní straně, jakmile jí byly doručeny.

Čl. 20

Závěrečná ustanovení

1. Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
2. Komunikačním jazykem je čeština.
3. Za osoby omezené ve svéprávnosti jedná jejich opatrovník. Má se za to, že osoby, které nenabývaly plné svéprávnosti, jedná se souhlasem zákonného zástupce nebo za ně jedná zákonný zástupce.
4. Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den složení částky v plné výši ve prospěch příjemce. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání částky v plné výši na účet příjemce.
5. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k jiné dohodě, popř. k mimosoudnímu vypořádání, u příslušného soudu v České republice podle českého práva.

ODDÍL B

POJIŠTĚNÍ ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Pojištění onkologických onemocnění (dále v tomto oddíle jen „pojištění“) se řídí kromě společných ustanovení v oddílu A i ustanoveními tohoto oddílu.

Čl. 1

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je, s výjimkou sjednaných výluk, stanovení diagnózy onkologického onemocnění pojištěného v době trvání pojištění a po uplynutí čekací doby, a to za předpokladu, že tato diagnóza je obsažena ve sjednaném typu pojištění uvedeném v pojistné smlouvě. Diagnóza zhoubného nádoru musí být prokázána histologickou zprávou.
2. O pojistnou událost se nejedná, pokud byl u pojištěného jakýkoliv zhoubný nádor diagnostikován v době před uzavřením pojistné smlouvy.
3. Za den vzniku pojistné události se pro účely tohoto pojištění považuje den, kdy příslušné odborné pracoviště zdravotnického zařízení poprvé stanovilo diagnózu onkologického onemocnění.

Čl. 2

Rozsah pojištění

1. Rozsah pojištění je určen sjednaným typem pojištění dle Tabulky č. 1 těchto pojistných podmínek a je uveden v pojistné smlouvě. Typy pojištění jsou Classic a Premium.
2. Pojištění onkologických onemocnění pro pojištěné dítě se sjednává se samostatnou pojistnou částkou.

Čl. 3

Rozsah pojistného plnění

1. V případě diagnostikování zhoubného nádoru uvedeného v Tabulce č. 1 těchto pojistných podmínek, pojistitel vyplatí oprávněné osobě jednorázově 100% sjednané pojistné částky pro pojištění onkologických onemocnění.
2. V případě diagnostikování nezhoubného nebo neinvazivního nádoru uvedeného v Tabulce č. 1 a zároveň za podmínky, že je sjednan typ pojištění Premium, pojistitel vyplatí oprávněné osobě jednorázově pojistné plnění způsobem stanoveným v Tabulce č. 1.
3. Vyplatí-li pojistitel pojištěnému pojistné plnění za nezhoubné nebo neinvazivní onkologické onemocnění a pojištěnému je diagnostikováno další onkologické onemocnění nebo je mu současně diagnostikováno více diagnóz onkologických onemocnění podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění až do výše 100% sjednané pojistné částky za všechny pojistné události za dobu trvání pojištění.

Čl. 4

Výluky z pojištění

1. Pojistnou událostí, kromě výluk uvedených v Oddílu A Společná ustanovení, nejsou události:
 - a) byl-li u pojištěného diagnostikován jakýkoliv zhoubný nádor již v době před uzavřením pojistné smlouvy nebo během čekací doby,
 - b) bylo-li u pojištěného v době před uzavřením pojistné smlouvy diagnostikováno jakékoliv z vyjmenovaných onemocnění: polycystické ledvinové onemocnění, polypóza tlustého střeva, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, chronická hepatitida a jaterní cirhóza, Barrettův jícen, transplantace důležitého orgánu – specifikace Oddíl C, čl. 2, odst. 2, písm. I), roztroušená skleróza, Systémový lupus erythematoses, Bazaliom,
 - c) bylo-li stanovení diagnózy onkologického onemocnění provedeno jiným lékařem, než specialistou v daném oboru,
 - d) bylo-li stanovení diagnózy onkologického onemocnění provedeno ve zdravotnickém zařízení mimo Českou republiku, Slovenskou republiku, Polsko, Německo nebo Rakousko.
2. Pojištění se nevztahuje na:
 - a) první stadium Hodgkinovy choroby,
 - b) zhoubný nádor mužských pohlavních orgánů do stádia T2N0M0 a nižšího podle mezinárodní klasifikace zhoubných nádorů (TNM),
 - c) papilární nebo folikulární nádor štítné žlázy do stádia T2N0M0 a nižšího podle mezinárodní klasifikace zhoubných nádorů (TNM),
 - d) zhoubný melanom kůže ve stadiu IA,
 Tyto výluky pojistitel uplatňuje pouze při sjednání typu pojištění Classic, při sjednání typu Premium je pojistitel neuplatňuje.
3. Pojištění se nevztahuje na nezhoubné a neinvazivní novotvary (in situ), s výjimkou vybraných nezhoubných a neinvazivních nádorů uvedených v Tabulce č. 1 za podmínky sjednání typu pojištění Premium.

Čl. 5

Zánik pojištění

1. Vedle zániků pojištění uvedených v Oddílu A Společná ustanovení toto pojištění dále zaniká dnem vyplacení pojistného plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky za všechna onkologická onemocnění během trvání pojištění nebo dnem, kdy bylo onkologické onemocnění podle tohoto Oddílu diagnostikováno u pojištěného během čekací doby. K tomuto datu je ukončena i celá pojistná smlouva.

2. Zánikem pojištění dospělé pojištěné osoby zaniká automaticky i pojištění pojištěného dítěte.
3. Zánikem pojištění dítěte nezaniká pojištění dospělé pojištěné osoby.

ODDÍL C

POJIŠTĚNÍ DALŠÍCH ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Je-li v pojistné smlouvě sjednáno Pojištění dalších závažných onemocnění (dále v tomto oddíle jen „pojištění“) řídí se kromě společných ustanovení v oddílu A i ustanoveními tohoto oddílu.

Čl. 1

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je, s výjimkou sjednaných výluk, stanovení diagnózy závažného onemocnění nebo provedení chirurgického zákroku (v tomto oddíle dále jen „závažné onemocnění“) u pojištěného v době trvání pojištění a po uplynutí čekací doby, a to za předpokladu, že tato diagnóza je uvedena v čl. 2 tohoto oddílu.
2. Za den vzniku pojistné události se pro účely tohoto pojištění považuje den, kdy příslušné odborné pracoviště zdravotnického zařízení poprvé stanovilo diagnózu závažného onemocnění.

Čl. 2

Rozsah pojištění

1. Toto pojištění se vztahuje na závažná onemocnění vyjmenovaná v odstavci 2 tohoto článku, který zároveň definuje jejich diagnózy, tj. definuje podmínky, za nichž je závažné onemocnění pojistnou událostí.
2. Toto pojištění se vztahuje na následující závažná onemocnění:
 - a) **Akutní infarkt myokardu**
Stanovení diagnózy akutního infarktu myokardu, pokud je prokázán vzestup/pokles srdečních biomarkerů a zároveň jsou prokázány nové změny na EKG nebo je prokázána přítomnost krevní sraženiny v koronární tepně. Pojistnou událostí není nestabilní angina pectoris.
V případě, že pojištěný zemře v důsledku akutního infarktu myokardu a nebyla provedena vyšetření pro stanovení diagnózy, bude stanovení diagnózy nahrazeno lékařskou zprávou o příčině smrti nebo jiným dokladem, kde je jako příčina smrti uveden infarkt myokardu.
 - b) **Alzheimerova choroba nebo demence před dovršením 60 let**
Stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby, pokud onemocnění vede k trvalému neurologickému poškození, pro které je pojištěnému stanoven alespoň I. stupeň závislosti.
Pojistnou událostí nejsou onemocnění způsobené alkoholem, užíváním drog nebo virem HIV.
 - c) **Amyotrofická laterální skleróza (ALS)**
Stanovení diagnózy ALS, pokud onemocnění vede k neurologickému poškození, pro které je pojištěnému stanoven alespoň I. stupeň závislosti.
 - d) **Cévní mozková příhoda (CMP)**
Stanovení diagnózy CMP, pokud onemocnění vede k neurologickému poškození trvajícím alespoň 3 měsíce a je zobrazovacími metodami, kterou jsou v těchto případech obvykle používány (např. CT nebo MRI), prokázáno poškození mozku.
Pojistnou událostí nejsou:
 - přechodné ischemické mozkové příhody (TIA),
 - úrazové poranění mozku,
 - mozkové léze, které vznikly již v době před škodní událostí (staré léze),
 - sekundární krvácení do existující mozkové léze,
 - neurologické projevy vyvolané migrénou.
 - e) **Encefalitida (zánět mozkové tkáně)**
Stanovení diagnózy zánětu mozkové tkáně, pokud onemocnění vede k neurologickému poškození trvajícím alespoň 3 měsíce.
Pojistnou událostí není encefalitida způsobená virem HIV.
 - f) **Hluchota**
Stanovení diagnózy trvalé úplné ztráty sluchu obou uší prokázané komplexním ORL vyšetřením, bez možnosti zlepšení léčbou nebo operací.
 - g) **Chirurgický zákrok – operace věnčících (koronárních) tepen (bypass)**
Provedení alespoň dvojnásobného koronárního bypassu operačně přes otevřený hrudník z důvodu ischemické choroby srdeční.
Pojistnou událostí nejsou perkutánní koronární intervence, jako je angioplastika a všechny další intra-arteriální výkony a výkony na bázi katetru nebo laserové postupy.
 - h) **Ochrnutí**
Stanovení diagnózy úplné a trvalé ztráty funkce dvou nebo více končetin po ochrnutí, která je potvrzena lékařem specialistou v oboru neurologie nejdříve za tři měsíce po jejím vzniku.
 - i) **Parkinsonova choroba před dosažením věku 60 let**
Stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci, pokud onemocnění vede k trvalému neurologickému poškození, pro které je pojištěnému stanoven alespoň I. stupeň závislosti.
Pojistnou událostí nejsou onemocnění způsobené alkoholem, užíváním drog nebo virem HIV.

j) Roztroušená skleróza

Stanovení diagnózy roztroušené sklerózy, pokud zobrazovacími metodami, které jsou v těchto případech obvykle používány, je prokázáno poškození mozku a míchy a stav je hodnocen alespoň stupněm 6 podle mezinárodně uznávané klasifikace postižení roztroušenou sklerózou EDSS. Diagnózu musí potvrdit neurolog.

Pojistnou událostí nejsou události, kdy se nejedná přímo o diagnózu, ale pouze o náznaky izolovaných neurologických syndromů.

k) Slepota

Stanovení diagnózy trvalé úplné ztráty zraku obou očí prokázané komplexním očním vyšetřením, bez možnosti zlepšení léčbou nebo operací.

l) Transplantace důležitého orgánu

Provedení transplantace jednoho z níže uvedených kompletních lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledvina nebo slinivka břišní. Za závažné onemocnění se považuje také zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci některého z výše uvedených orgánů.

Transplantace musí být nezbytná ze zdravotního hlediska a musí být provedena na základě objektivně prokázанého orgánového selhání.

Pojistnou událostí nejsou jiné, než uvedené transplantace, např. transplantace jakéhokoliv jiného orgánu, pouze částí orgánů, tkání nebo kmenových buněk.

Čl. 3

Rozsah pojistného plnění

1. V případě diagnostikování závažného onemocnění podle čl. 2 tohoto oddílu, vyplatí pojistitel jednorázově pojistné plnění ve výši 100% pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.
2. Je-li diagnostikováno pojištěnému současně více diagnóz závažných onemocnění definovaných čl. 2 tohoto oddílu, vyplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše jedné pojistné částky za všechna tato závažná onemocnění, tj. pojistitel poskytne pojistné plnění pouze za jedno závažné onemocnění.

Čl. 4

Výluky z pojištění

1. Pojistnou událostí, kromě výluk uvedených v Oddílu A Společná ustanovení, nejsou události:
 - a) bylo-li u pojištěného diagnostikováno závažné onemocnění uvedené v čl. 2 tohoto oddílu v době před uzavřením pojistné smlouvy nebo během čekací doby,
 - b) bylo-li stanovení diagnózy závažného onemocnění provedeno jiným lékařem, než lékařem - specialistou v daném oboru,
 - c) bylo-li stanovení diagnózy závažného onemocnění provedeno ve zdravotnickém zařízení mimo Českou republiku, Slovenskou republiku, Polsko, Německo nebo Rakousko.
2. Pojistnou událostí není závažné onemocnění, které bylo přímo či nepřímo způsobeno:
 - následkem úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění,
 - hrubou nedbalostí, hrubým porušením povinností nebo porušením právních předpisů pojištěným (např. ochmutí),
 - duševní poruchou nebo poruchou chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní klasifikace nemocí),
 - opakovaným a déletrvajícím působením azbestu při práci s azbestem,
 - aktivní účasti ve válce, válečných a teroristických aktivitách; při aktivní účasti na nelegální činnosti, trestném činu, občanských nepokojích nebo výtržnostech nebo porušením právních předpisů,
 - leteckou dopravou s výjimkou letů pravidelných leteckých společností nebo známých provozovatelů charterových letů,
 - při provozování vyjmenovaných rizikových sportů a činností prováděných i při výkonu povolání:
 - akrobacie (letecká, na lyžích),
 - bojové sporty,
 - extrémní a adrenalinové sporty (bungee jumping, base jumping, swingjumping, canyoning, cliffdiving, kiting a snowkiting, speleologie),
 - horolezectví, alpinismu, skialpinismu, lezení po ledopádech a ledových stěnách, vysokohorská turistika nad 3000 m. n. m.,
 - jízda nebo sjezd mimo běžně užívané, upravené a vyznačené terény, označované jako „freeride“ (na lyžích, snowboardu, apod.),
 - kaskadérská a artistická činnost,
 - létání v motorových i bezmotorových letadlech (s výjimkou licencovaných dopravců), rogalech, kluzácích, větroních, balónech a vzducholodích,
 - městský parkour,
 - parašutismus, paragliding, parasailing,
 - potápění s dýchacím přístrojem,
 - rafting a snowrafting, kayaking,
 - sjezd na horských kolech (downhill),
 - skoky a lety na lyžích,
 - střelba ostrými náboji,
 - závody automobilové a motocyklové,
 - závody letadel a plavidel, závody v ledovém korytě.

Čl. 5
Zánik pojištění

Vedle zániků pojištění uvedených v Oddílu A Společná ustanovení toto pojištění dále zaniká dnem vyplacení pojistného plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky za pojištění dalších závažných onemocnění nebo dnem, kdy bylo další závažné onemocnění podle tohoto Oddílu diagnostikováno u pojištěného během čekací doby. Pojistná smlouva je dále platná. Pojištění onkologických onemocnění zůstávají dále v účinnosti.

Tabulka č. 1 k pojistným podmínkám FENIX 2/19

ODDÍL B Pojištění onkologických onemocnění:

(rozdělení podle MKN 10 – mezinárodní klasifikace nemocí)

DIAGNÓZA ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ	Typ pojištění		Pojistné plnění za diagnózu **) (v % z pojistné částky)
	CLASSIC	PREMIUM	
A) Zhoubné novotvary			
C00–C14 Zhoubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu	✓	✓	100 %
C15–C26 Zhoubné novotvary trávicího ústrojí	✓	✓	100 %
C30–C39 Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohručních orgánů	✓	✓	100 %
C40–C41 Zhoubné novotvary kosti a kloubní chrupavky	✓	✓	100 %
C43–C44 Melanom a jiné zhoubné novotvary kůže (u C43 od vyššího stádia než IA)	✓	✓	100 %
C43 Zhoubný melanom kůže ve stadiu IA	X	✓	10 %
C45–C49 Zhoubné novotvary mezotelové a měkké tkáně	✓	✓	100 %
C50 Zhoubný novotvar prsu	✓	✓	100 %
C51–C58 Zhoubné novotvary ženských pohlavních orgánů	✓	✓	100 %
C60–C63 Zhoubné novotvary mužských pohlavních orgánů (u C61 od vyššího stádia než T2N0M0 podle klasifikace TNM*)	✓	✓	100 %
C61 Zhoubný novotvar předstojné žlázy – prostaty (stádium T2N0M0 a nížší podle klasifikace TNM*)	X	✓	10 %
C64–C68 Zhoubné novotvary močového ústrojí	✓	✓	100 %
C69–C72 Zhoubné novotvary oka, mozku a jiných částí centrální nervové soustavy	✓	✓	100 %
C73–C75 Zhoubné novotvary štítné žlázy a jiných žláz s vnitřní sekrecí (u C73 od vyššího stádia než T2N0M0 podle klasifikace TNM*)	✓	✓	100 %
C73 Zhoubné novotvary štítné žlázy (stádium T2N0M0 a nížší podle klasifikace TNM*)	X	✓	10 %
C76–C80 Zhoubné novotvary nepřesně určených, sekundárních a neurčených lokalizací	✓	✓	100 %
C81–C96 Zhoubné novotvary mizní, krvetvorné a příbuzné tkáně	✓	✓	100 %
C97 Zhoubné novotvary mnohočetných samostatných (primárních) lokalizací	✓	✓	100 %
B) Vybrané nezhoubné a neinvazivní novotvary			
D33 Nezhoubný novotvar mozku a jiných částí centrální nervové soustavy	X	✓	40 %
D05 Neinvazivní novotvar prsu	X	✓	10 %
D06, D07.0, D07.3 Neinvazivní novotvar dělohy	X	✓	10 %
D07.3 Neinvazivní novotvar vaječníku	X	✓	10 %
D07.3 Neinvazivní novotvar vejcovodu	X	✓	10 %
D07.6 Neinvazivní novotvar varlat	X	✓	10 %
D27 Nezhoubný novotvar vaječníku	X	✓	10 %
D29.2 Nezhoubný novotvar varlat	X	✓	10 %
D34 Nezhoubný novotvar štítné žlázy	X	✓	10 %

*) TNM - mezinárodní klasifikace zhoubných novotvarů

**) Pojistitel vyplácí pojistné plnění až do výše 100 % sjednané pojistné částky za všechny pojistné události za dobu trvání pojištění.

Legenda:

- ✓ Diagnóza onkologického onemocnění **zahrnuta** v rozsahu pojištění
- X Diagnóza onkologického onemocnění **nezahrnuta** v rozsahu pojištění (je ve výluce)