

ÚVOD

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí *pojistné smlouvy* o Pojištění při *hospitalizaci* a při *domácím léčení* následkem úrazu mezi *pojistníkem* a *námi*, Colonnade Insurance S.A., jednající prostřednictvím Colonnade Insurance S.A., organizační složka. 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*. Toto pojištění se vztahuje pouze na osoby uvedené v definici *Vámi* zvolené varianty pojištění.

OBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO VŠECHNY DRUHY POJIŠTĚNÍ

DEFINICE

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

Datum počátku pojištění

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

Dítě (děti)

Dítě nebo děti (rovněž osvojené nebo nevlastní) *pojistníka* nebo jeho *manžela(ky)* či *partnera(ky)* od 6 měsíců do 18 let věku, které žijí s *pojistníkem* ve společné domácnosti.

Manžel(ka)

Manžel nebo manželka *pojistníka*, starší 18 a zároveň mladší 80 let, žijící s *pojistníkem* ve společné domácnosti a uveden(a) v *pojistné smlouvě*.

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.

Občanský zákoník

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

Partner(ka)

Osoba starší 18 a zároveň mladší 80 let, žijící s *pojistníkem* ve společné domácnosti a uvedena v *pojistné smlouvě*.

Pojistitel

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. Hlavním předmětem podnikání pojistitele je pojišťovací činnost v rozsahu pojistných odvětví 1 až 18 neživotních pojištění uvedených v části B přílohy 1 zákona číslo 277/2009 Sb., o pojišťovnictví.

Pojistná smlouva

Pojistná smlouva uzavřená mezi *námi* a *pojistníkem*, 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. *Pojistné plnění* se v případě *děti* snižuje o 50 %.

Pojistník

Osoba starší 18 let a mladší 80 let, která sjednala toto pojištění, je uvedena v *pojistné smlouvě*. *Pojistník* je zároveň jednou z *pojištěných osob*.

Pojistný rok

Časové období v rozsahu 12 měsíců plynoucí od uzavření *pojistné smlouvy* nebo jejího výročí.

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, je *pojištěnou osobou* pouze *pojistník*;
- **Pojištění rodiny - „rodinná varianta“** - v případě, že je zvolena tato varianta pojištění, jsou *pojištěnými osobami* *pojistník*, *manžel(ka)* nebo *partner(ka) pojistníka* a *děti*, které s nimi žijí ve společné domácnosti, za podmínky, že takové osoby trvale žijí v České republice.

Děti jsou automaticky pojištěny pouze v rámci *rodinné varianty*. Pokud je *pojistník* zároveň svobodným rodičem (tj. má *dítě* nebo *děti* a je svobodný, rozvedený nebo nežije se svým *manželem(kou)* nebo *partnerem(kou)* ve společné domácnosti), toto pojištění se vztahuje na jeho *děti* pouze, pokud si zvolí *rodinnou variantu*.

Pojištěné osoby jsou oprávněnými osobami, tj. osobami, kterým *pojistitel* poskytuje *pojistné plnění*.

Pravidla o ochraně osobních údajů

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

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 zastrašit vládu nebo jinou státní moc či veřejnost nebo její část.

Úsek likvidace škod

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

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)

Pojistník, jeho *manžel(ka)* nebo *partner(ka)* pojištění podle příslušné varianty pojištění uvedené v *pojistné smlouvě*.

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.

PODMÍNKY

- Nejedná se o pojištění se spořením, tj. z uhrazeného pojistného za toto pojištění nevzniká nárok na odbytné ani žádné úroky.
- Toto pojištění je neprenosné na jiné osoby než uvedené v *pojistné smlouvě*.
- Pojištěné osoby* musí trvale žít na území České republiky.
- Dle těchto pojistných podmínek lze pro každou *pojištěnou osobu* uzavřít nejvýše jednu *pojistnou smlouvu*.
- Má-li být *pojistné plnění* poskytnuto *pojistníkovi* namísto *pojištěné osoby*, musí *pojistník* prokázat *pojistiteli* souhlas *pojištěné osoby* s touto skutečností nejpozději do dne, kdy nastala pojistná událost; pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojištění nezaniká uplynutím tří měsíců ode dne uzavření *pojistné smlouvy* v případě, že tento souhlas nebude *pojistiteli* prokázán.

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 okamžik skončení tohoto telefonického hovoru; v ostatních případech vzniká 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 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 v 3. upomínce k zaplacení;
- b) dnem úmrtí *pojistníka* v případě *pojištění jednotlivce*;
- c) 180. dnem pobytu *pojištěné osoby* mimo území České republiky, pojištění v takovém případě zaniká pouze ve vztahu k této *pojištěné osobě*;
- d) dnem dožití 80. narozenin *pojištěné osoby*;
- e) zánikem pojistného zájmu, zánikem pojistného nebezpečí či dnem odmítnutí *pojistného plnění*;
- f) v dalších případech uvedených v *občanském zákoníku*.

Pojištění rodiny přechází na *pojištění jednotlivce*:

- a) doručením písemného oznámení *pojistníka pojistiteli*, kterým žádá o ukončení pojištění *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)*;
- b) úmrtím *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)*, pokud nejsou pojištěny žádné *děti*;
- c) dnem dožití 80. narozenin *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)*, pokud nejsou pojištěny žádné *děti*.

Pojištění *dítěte (dětí)* končí:

- a) dovršením 18 let věku *dítěte*;
- b) doručením písemného oznámení *pojistníka pojistiteli*, kterým žádá ukončení pojištění *dítěte (dětí)*.

Jste povinen(a) *nás* bez zbytečného odkladu v písemné formě 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(a) *nás* bez odkladu v písemné formě 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 ROZMYŠLENOU

Pojistník může od *pojistné smlouvy* odstoupit zasláním oznámení o odstoupení v písemné formě na adresu *pojistitele* 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

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

Vaše pojištění můžete dále vypovědět:

- a) do dvou měsíců ode dne uzavření *pojistné smlouvy*; Vaše pojištění v takovém případě skončí uplynutím osmidenní výpovědní doby;
- nebo
- b) do tří 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 se *pojistník* o klamavosti dozvěděl nebo měl a mohl dozvědět;
- b) pokud *pojistitel* porušil povinnost upozornit *pojistníka* na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a jeho požadavky, o nichž věděl nebo musel vědět anebo z důvodu neúplného nebo nepravdivého zodpovězení písemných dotazů *pojistníka* týkajících se pojištění.

Pojistník je oprávněn kdykoliv v průběhu trvání pojištění navrhnout ukončení *pojistné smlouvy* dohodou. Tento návrh musí být zaslán v písemné formě 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.

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.

POJISTNÝ ZÁJEM

Pojištění je možné sjednat, jen pokud existuje a trvá pojistný zájem *pojistníka*, tj. pokud má *pojistník* oprávněnou potřebu ochrany před následky pojistné události.

Pojistil-li *pojistník* vědomě neexistující pojistný zájem, ale *pojistitel* o tom nevěděl ani nemohl vědět, je *pojistná smlouva* neplatná; *pojistiteli* však náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl.

Jste povinni bez zbytečného odkladu oznámit v písemné formě *pojistiteli* zánik pojistného zájmu. V okamžiku zániku pojistného zájmu dochází rovněž k zániku pojištění; *pojistitel* má však právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.

POJISTNÉ RIZIKO

Bez souhlasu *pojistitele* nesmíte učinit nic, co zvyšuje pojistné riziko, ani to třetí osobě dovolit. *Pojistník* je povinen *pojistiteli* bez zbytečného odkladu oznámit v písemné formě změnu pojistného rizika.

V případě zvýšení pojistného rizika má *pojistitel* v souladu s příslušnými ustanoveními *občanského zákoníku* právo navrhnout zvýšení pojistného nebo pojištění vypovědět, případně další práva související s porušením povinnosti oznámit změnu pojistného rizika stanovená *občanským zákoníkem*.

PODVODNÉ JEDNÁNÍ

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

Je-li taková informace *pojistiteli* sdělena nebo zatajena v souvislosti s uplatněním nároku na *pojistné plnění*, je *pojistitel* oprávněn *pojistné plnění* snížit.

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* poskytne, s *pravidly ochrany osobních údajů*, a to nejpozději do jednoho měsíce od okamžiku, kdy k tomuto poskytnutí osobních údajů dojde.

ROZHODNÉ PRÁVO

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

DOLOŽKA O HOSPODÁŘSKÝCH A OBCHODNÍCH SANKCÍCH

Tato doložka má v tomto pojištění přednost před všemi ostatními ustanoveními podmínek a *pojistné smlouvy* a jejich příloh.

Pojistitel neposkytne pojištění a neponese povinnost plnění jakéhokoliv nároku, ani neposkytne žádné *pojistné plnění* podle této smlouvy v rozsahu, v jakém by poskytnutí takového pojištění, plnění takového nároku nebo poskytnutí takového *pojistného plnění* vystavilo *pojistitele* riziku jakékoliv sankce, zákazu či omezení podle rezoluce Organizace spojených národů nebo riziku obchodních či hospodářských sankcí, zákonů či předpisů Evropské unie nebo Spojených států amerických.

DORUČOVÁNÍ

Oznámení nebo sdělení podle *pojistné smlouvy* se doručují na adresu uvedenou v *pojistné smlouvě*. Jakékoliv oznámení nebo sdělení, které má být doručeno podle *pojistné smlouvy* *pojistníkovi*, *pojištěné* nebo oprávněné osobě, se bude považovat za doručené okamžikem, kdy adresát toto oznámení nebo sdělení skutečně převzal nebo okamžikem, kdy jeho přijetí odmítnul nebo jinak znemožnil.

Pojistník je povinen *nás* bez zbytečného odkladu informovat v písemné formě o jakýchkoliv změnách v údajích uvedených v *pojistné smlouvě* (zejména o změnách v kontaktních údajích). Neoznámení této změny se pro účely doručování považuje za zmaření dojití a příslušná zásilka bude považována za řádně doručenu třetím dnem po jejím odeslání (resp. patnáctý den v případě doručovací adresy mimo území České republiky).

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 veškerá práva, která 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 pojištění můžete získat na informační lince 800 700 025, 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 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, Na Příkopě 28, 115 03 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, web: adr.coi.cz. Obrátit se můžete rovněž na ombudsmana České asociace pojišťoven.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO JEDNOTLIVÉ DRUHY POJIŠTĚNÍ

POJIŠTĚNÍ PŘI HOSPITALIZACI A DOMÁCÍM LÉČENÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU

CO JE POJIŠTĚNO

Pokud v době trvání tohoto pojištění utrpíte *úraz*, který v průběhu následujících 365 dnů nezávisle na jiných okolnostech zapříčiní *Vaši* hospitalizaci nebo který bude vyžadovat *Vaše* domácí léčení, jedná se o pojistnou událost a *my* *Vám* formou denního odškodného vyplatíme *pojistné plnění* ve výši stanovené dle těchto pojistných podmínek a *pojistné smlouvy*.

DEFINICE VZTAHUJÍCÍ SE K TÉTO ČÁSTI

ARO

Anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Domácí léčení

Doba rekonvalescence určená *lékařem* v rozsahu nejméně 24 hodin během níž se budete léčit v souvislosti s *úrazem*, jejíž rozsah je přiměřený a obvyklý povaze *úrazu*.

Hospitalizace

Přijetí *pojištěné* osoby na lůžkové oddělení *nemocnice* na souvislou dobu nejméně 24 hodin za účelem jejího léčení.

JIP

Jednotka intenzivní péče.

Lékař

Příslušně kvalifikovaný a řádně registrovaný lékař, který není *pojištěnou osobou* nebo jejím rodinným příslušníkem.

Nemocnice

Zdravotnické zařízení s lůžkovým oddělením, které má oprávnění k poskytování lékařských služeb a které je vybaveno k provádění vyšetření, operací a k poskytování léčby. Za *nemocnici* se nepovažují ambulantní, ošetrovatelská, rehabilitační, geriatrická nebo rekonvalescentní zdravotnická zařízení.

Souběžná hospitalizace

Souběžná *hospitalizace* obou dospělých *pojištěných osob* (tj. *pojistníka* a jeho *manžela(ky)* či *partnera(ky)*) v případě sjednání *pojištění rodiny*.

Úraz

Tělesné poškození způsobené náhodně a nezávisle na vůli *pojištěné osoby* a na jiných okolnostech. Za *úraz* se považuje také tělesné poškození vzniklé působením extrémních povětrnostních podmínek nebo jedovatých látek uniklých nahodile.

PODMÍNKY

- a) Výše denního odškodného v případě *Vaší hospitalizace, hospitalizace na ARO či JIP, souběžné hospitalizace a/nebo domácího léčení* se vypočte jako násobek počtu dnů *hospitalizace a/nebo domácího léčení* a odpovídajícího denního odškodného uvedeného v *pojistné smlouvě*.
- b) *Pojistné plnění* bude v případě *hospitalizace a/nebo domácího léčení* následkem *úrazu* vypláceno formou denního odškodného od prvního dne (*hospitalizace* nebo *domácí léčení* musí trvat alespoň 24 hodin).
- c) *Pojistné plnění* v případě *hospitalizace* následkem *úrazu* Vám poskytneme maximálně za 180 dnů (v případě více *hospitalizací* následkem jednoho *úrazu* se dny sčítají) maximálně však v průběhu 365 dnů od data první *hospitalizace*.
- d) *Pojistné plnění* v případě *domácího léčení* následkem *úrazu* Vám poskytneme maximálně za 21 dnů za *pojistný rok*, což je kumulativní limit pro všechny *úrazy* utrpěné v daném časové období.
- e) *Pojistné plnění* se v případě *děti* snižuje o 50 %.
- f) *Pojistění* při *hospitalizaci* a při *domácím léčení* následkem *úrazu* se sjednává jako obnosové pojištění.

VÝLUKY

Pojistné plnění nebude vypláceno za *úraz* a jiné újmy způsobené přímo nebo nepřímo následkem:

- a) *války* nebo *terorismu*;
- b) úmyslného sebepoškození, sebevraždy nebo pokusem o ni, nebo nedodržováním pokynů *lékaře*;
- c) v souvislosti s letem *pojištěné osoby* letadlem jinak než jako platící cestující oficiálně registrované letecké společnosti;
- d) 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;
- e) páčání trestného činu *pojištěnou osobou*, resp. pokusu o spáchání takového činu;
- f) posttraumatického šoku, duševních, psychických nebo neurologických nemocí a poruch a jejich léčením;
- g) nemoci, kterou již byla *pojištěná osoba* v době utrpění *úrazu* postižena.

Pojistné plnění nebude vypláceno za *úraz* a jiné újmy související s:

- a) zdravotními komplikacemi, které existovaly před *datem počátku pojištění*;
- b) výzkumy, pokusy, zákroky, operacemi nebo jinými činnostmi v souvislosti s kosmetickými úpravami, očkováním, obezitou, impotencí, neplodností, umělým oplodněním, kontrolou počětí;
- c) jakýmkoliv léčebným pobytem nebo pobytem v zařízení dlouhodobé léčebné péče (v domově pro seniory, ozdravovně, pečovatelském domě, v odvykacím centru apod.);
- d) AIDS nebo HIV.

Pojistné plnění nebude vypláceno v případě *hospitalizace* nebo *domácího léčení* souvisejícího s těhotenstvím či porodem.

UPLATNĚNÍ NÁROKU NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pokud chcete uplatnit nárok z tohoto pojištění, kontaktujte *nás* na telefonním čísle 800 700 025. Požádáme Vás o vyplnění formuláře o oznámení újmy, jehož součástí je i potvrzení *lékaře* o *úrazu*. Podmínkou poskytnutí *pojistného plnění* bude *Váš* souhlas s tím, abychom mohli nahlížet do všech lékařských zpráv a záznamů vztahujících se k *Vašemu úrazu*, poskytnutí všech *námi* vyžádaných dokumentů a poskytnutí další nezbytné součinnosti k zjištění *Vašeho* zdravotního stavu. Můžeme Vás rovněž požádat o návštěvu *námi* určeného *lékaře*, jehož stanovisko je rozhodující v případném sporu ohledně *Vašeho* zdravotního stavu. Pokud *námi* určeného *lékaře* navštívit odmítnete, jsme oprávněni *pojistné plnění* zčásti nebo zcela zkrátit.

Všechna osvědčení, informace a ostatní doklady o *Vaší* pojistné události jste povinen(a) *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

<i>Hospitalizace následkem úrazu (denní odškodné)</i>	500 Kč
<i>Hospitalizace následkem úrazu na ARO a JIP (denní odškodné)</i>	1 000 Kč
<i>Souběžná hospitalizace následkem úrazu (denní odškodné)</i>	1 000 Kč
<i>Souběžná hospitalizace následkem úrazu na ARO a JIP (denní odškodné)</i>	2 000 Kč
<i>Domácí léčení následkem úrazu (denní odškodné)</i>	500 Kč

V případě domácího léčení bude pojistné plnění poskytnuto v jednom pojistném roce maximálně do výše 21násobku denního odškodného.