

## ÚVOD

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí *pojistné smlouvy* o Pojištění *zlomenin a poranění* 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.

## CO JE POJIŠTĚNO

Pokud v době trvání tohoto pojištění utrpíte úraz, který v průběhu následujících 365 dnů nezávisle na jiných okolnostech zapříčiní *zlomeninu, popálení, vymknutí* nebo *vnitřní poranění*, vyplatíme *Vám pojistné plnění* ve výši stanovené dle těchto pojistných podmínek a této *pojistné smlouvy*.

## DEFINICE

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

### **Datum počátku pojištění**

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

### **Dolní končetiny**

Dolní končetiny počínaje kyčelním kloubem.

### **Horní končetiny**

Horní končetiny počínaje ramenním kloubem.

### **Lékař**

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

### **Manžel(ka)**

Manžel nebo manželka *pojistníka*, starší 18 a zároveň mladší 85 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.

### **Noha**

Spodní část *dolní končetiny* od kotníku níže.

### **Občanský zákoník**

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

### **Osteoporóza**

Oslabení (prořídnutí) kosti nepřiměřené věku.

### **Otevřená zlomenina**

*Zlomenina* kosti v celé její síle, při níž kost pronikla kůží.

### **Pánev**

Pánevní kosti jsou pro účely pojištění považovány za jednu kost. Kost křížová není součástí *pánve*.

### **Partner(ka)**

Osoba starší 18 let a mladší 85 let, která žije s *pojistníkem* ve společné domácnosti a je uvedena v *pojistné smlouvě*.

### **Patologická zlomenina**

*Zlomenina* vzniklá v místě, ve kterém předchozí nemoc způsobila oslabení (prořídnutí kosti).

### **Pojistitel**

Colonnade Insurance S.A., se sídlem L-2350 Lucemburk, rue Jean Piret 1, Lucemburské velkovévodství, zapsaná v lucemburském Registru 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 pojištných 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 pojiistná smlouva, tyto pojistné podmínky a všechna příslušná smluvní ujednání.*

### **Pojistné plnění**

Částka, kterou Vám vyplatíme za podmínek uvedených v těchto pojištných podmínkách a *pojištné smlouvě*.

### **Pojistník**

Osoba starší 18 let a mladší 65 let, která sjednala toto pojištění, je uvedena v *pojištné smlouvě* (*pojistník* je zároveň jednou z *pojištěných osob*).

### **Pojištěné osoby**

Osoby, na které se vztahuje toto pojištění, a které jsou určeny volbou příslušné varianty pojištění a uvedeny v *pojištné 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.

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

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

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

### **Popáleniny**

Popálenina 2. nebo 3. stupně.

### **Ruka**

*Horní končetina* od zápěstí níže.

### **Tělo**

Trup včetně hlavy, *horních a dolních končetin*.

### **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.

### **Úraz**

Tělesné poškození způsobené náhodně, 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.

### **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: 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 podezřívavých teroristických aktivit, anebo pokus o účast na takovýchto událostech.

### Vnitřní poranění

Vnitřní poranění vyžadující otevřený chirurgický zákrok v oblasti hrudní nebo dutině břišní (s výjimkou kýly).

### Vy (ve všech odvozených tvarech)

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

### Vymknutí (luxace)

Kloubní zranění, při němž se kloubní plochy vychýlí ze svého obvyklého postavení a nedotýkají se. Za vymknutí se výslovně nepovažuje podvrtnutí (distorze) a obdobná poranění, kdy dojde k poškození měkkých tkání a/nebo svalů v okolí určitého kloubu.

### Zlomenina

Porušení celistvosti kosti vzniklé následkem *úrazu*.

## PODMÍNKY

- a) Pojištění se vztahuje pouze na poranění uvedená v tabulce „Rozsah pojistného krytí“.
- b) Jestliže Vám úraz způsobí více než jedno poranění týkající se různých částí těla, sečteme *pojistná plnění* odpovídající jednotlivým poraněním. Z důvodu jednoho *úrazu* však vyplatíme nejvýše částku uvedenou pod položkou „Maximální pojistné plnění“ v tabulce „Rozsah pojistného krytí“. Toto ustanovení se nevztahuje na popáleniny. *Pojistné plnění za popáleniny* bude vyplaceno navíc k případnému plnění za jiná pojištěná poranění.
- c) V případě opakovaného vymknutí stejného kloubu vyplatíme *pojistné plnění* maximálně dvakrát za dobu trvání pojištění.
- d) Nejedná se o pojištění se spořením, tj. z uhrazeného pojistného za toto pojištění nevzniká nárok na odbytné ani žádné úroky.
- e) Toto pojištění je nepřenosné na jiné osoby než uvedené v *pojistné smlouvě*.
- f) *Pojištěné osoby* musí trvale žít na území České republiky.
- g) Dle těchto pojistných podmínek lze pro každou *pojištěnou osobu* uzavřít nejvýše jednu *pojistnou smlouvu*.
- h) Má-li být *pojistné plnění* poskytnuto *pojištníkovi* namísto *pojištěné osoby*, musí *pojištník* 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.
- i) Toto pojištění se sjednává jako obnosové pojištění.

## VÝLUKY

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

- a) *války* nebo *terorismu*;
- b) úmyslného sebepoškozování, 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) jakékoliv nemoci; změn zdravotního stavu bez jakýchkoliv vnějších vlivů; degenerativních procesů nebo chirurgického zákroku a komplikacemi z něj vyplývajících;
- h) *patologické zlomeniny* a *zlomeniny* způsobené v důsledku *osteoporózy*, pokud byla diagnostikována již před vznikem pojištění.

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

- a) zdravotními komplikacemi, které existovaly před datem počátku pojištění;
- b) nemocí, kterou již byla pojištěná osoba v době utrpění *úrazu* postižena;
- c) AIDS nebo HIV.

## POČÁTEK A KONEC POJIŠTĚNÍ

Pojištění vzniká v den uvedený 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 85. narozenin *pojištěné osoby*;
- e) zánikem pojistného zájmu, zánikem pojistného nebezpečí či dnem odmítnutí *pojistného plnění*;
- f) v dalších případech uvedených v *občanském zákoníku*.

*Pojištění dvojice* 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 85. narozenin *manžela(ky)* nebo *partnera(ky)*

Vůči konkrétní *pojištěné osobě* pojištění zaniká v okamžiku úrazu v důsledku *osteoporózy* za předpokladu, že byla tato skutečnost poprvé diagnostikována během *úrazu*. V takovém případě vyplatíme *pojistné plnění* a *pojistná smlouva* zanikne.

Jste povinen *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 *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 náleží celé.

## 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 pojištění.

### 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 újmy, jehož součástí je i potvrzení *lékaře* o úrazu. Podmínkou poskytnutí *pojištění 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*.

Všechna osvědčení, informace a ostatní doklady o *Vaší* pojištné 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 pojištné události a vyplatit *pojištné plnění*.

### ÚHRADA POJISTNÉHO

Pokud pojištné za druhé a další pojištná období nebude uhrazeno v den splatnosti pojištného, 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 pojištné nebude uhrazeno ani ve lhůtě uvedené ve 3. upomínce k zaplacení, pojištění k tomuto dni zanikne. Pokud pojištné do data uvedeného v této 3. upomínce bude uhrazeno, pojištění trvá, jako by bylo pojištné uhrazeno v den splatnosti pojištného. V případě prodloužení s úhradou pojištného se pojištění nepřerušuje.

### POJISTNÝ ZÁJEM

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

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

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

### POJISTNÉ RIZIKO

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

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

### PODVODNÉ JEDNÁNÍ

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

Je-li taková informace *pojistiteli* sdělena nebo zatajena v souvislosti s uplatněním nároku na *pojištné plnění*, je *pojistitel* oprávněn *pojištné 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 pojištné podmínky a *pojištná smlouva* se řídí českým právem.

### DORUČOVÁNÍ

Oznámení nebo sdělení podle *pojištné smlouvy* se doručují na adresu uvedenou v *pojištné smlouvě*. Jakékoliv oznámení nebo sdělení, které má být doručeno podle *pojištné 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 odmítl nebo jinak znemožnil.

*Pojistník* je povinen *nás* bez zbytečného odkladu informovat v písemné formě o jakýchkoliv změnách v údajích uvedených v *pojištné 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 veškerých práv, které můžete v této souvislosti uplatnit, naleznete na našich internetových stránkách pod následujícím odkazem: <https://www.colonnade.cz/ochrana-osobnich-udaju/>.

### SERVIS ZÁKAZNÍKŮM

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

Informace k 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 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 *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.

Rozsah pojistného krytí	Úroveň A	Úroveň B
<b>Část A – Popáleniny</b>		
Popáleniny kůže 3. stupně pokrývající:		
27 % a více tělesného povrchu	300 000 Kč	150 000 Kč
18 % a více, ale méně než 27 % tělesného povrchu	240 000 Kč	120 000 Kč
9 % a více, ale méně než 18 % tělesného povrchu	180 000 Kč	90 000 Kč
4,5 % a více, ale méně než 9 % tělesného povrchu	90 000 Kč	45 000 Kč
1 % a více, ale méně než 4,5 % tělesného povrchu	18 000 Kč	9 000 Kč
Popáleniny kůže 2. stupně:	20 % z výše uvedených pojistných částek	
<b>Část B – Zlomeniny</b>		
Zlomenina kyčelního kloubu nebo pánve	18 000 Kč	9 000 Kč
Zlomenina kosti dolní končetiny (stehenní kost, česka, holenní kost, lýtková kost, kotník a pata)	9 000 Kč	4 500 Kč
Zlomenina kosti horní končetiny (ramenní kloub, klíční kosti, pažní kost, vřetení kost, loketní kost a zápěstí)	6 000 Kč	3 000 Kč
Zlomenina kostí nohy nebo ruky, zlomenina hrudní kosti, obratle, dolní čelisti, lebky	3 000 Kč	1 500 Kč
Zlomenina žebra, kostrče, prstů, lícní kosti, nosu, horní čelisti	1 800 Kč	900 Kč
V případě otevřených zlomenin nebo zlomenin vyžadujících otevřený chirurgický zákrok budou pojistné částky pro zlomeninu zvýšeny na dvojnásobek výše uvedených částek v části B.		
<b>Část C – Vymknutí</b>		
Vymknutí kyčle, vymknutí páteře prokázané rentgenem (s výjimkou vyhřeznuté ploténky)	12 000 Kč	6 000 Kč
Vymknutí kolena, kotníku, lopatky, ramene, klíční kosti, lokte nebo zápěstí	6 000 Kč	3 000 Kč
Vymknutí prstu nebo prstů na ruce nebo noze, vymknutí spodní čelisti	1 200 Kč	600 Kč
<b>Část D – Vnitřní poranění</b>		
Vnitřní poranění vyžadující otevřený chirurgický zákrok v oblasti hrudní nebo dutině břišní (s výjimkou kýly)	12 000 Kč	6 000 Kč
<b>Maximální pojistné plnění</b>		
Maximální pojistné plnění dle části A následkem jednoho úrazu	300 000 Kč	150 000 Kč
Maximální pojistné plnění dle částí B, C a D následkem jednoho úrazu	60 000 Kč	30 000 Kč

Zveřejněno dne 26. 7. 2018.