

## ÚVOD

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí *pojistné smlouvy* o Pojištění při hospitalizaci následkem úrazu nebo nemoci mezi *pojistníkem* a *námi*, Colonnade Insurance S.A., jednající prostřednictvím Colonnade Insurance S.A., organizační složka pro Českou republiku. 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 (dětí)**

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*.

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

#### **Terorismus**

Jakákoliv 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: 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.

#### **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 nepřenosné 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 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:

- v případě neuhrazení pojistného ve lhůtě uvedené v 3. upomínce k zaplacení;
- dnem úmrtí *pojistníka* v případě *pojištění jednotlivce*;
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 *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 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 prodloužení 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 jejích 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 rezolucí 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 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.

## ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO JEDNOTLIVÉ DRUHY POJIŠTĚNÍ

### POJIŠTĚNÍ PŘI HOSPITALIZACI NÁSLEDKEM ÚRAZU NEBO NEMOCI

#### CO JE POJIŠTĚNO

Pokud v době trvání tohoto pojištění utrpíte *úraz* nebo *nemoc*, který v průběhu následujících 365 dnů nezávisle na jiných okolnostech zapříčiní *Vaši hospitalizaci*, jed-ná 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.

##### **Čekací doba**

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

##### **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.

##### **Nemoc**

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

##### **Nemocnice**

Zdravotnické zařízení s lůžkovou částí, které má licenci provozovat lékařskou praxi a které má vybavení pro diagnostiku, chirurgii a léčbu. *Nemocnicí* nejsou 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, 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

- Výše denního odškodného v případě *Vaší hospitalizace*, *hospitalizace* na *ARO* či *JIP* nebo *souběžné hospitalizace* se vypočte jako násobek počtu dnů *hospitalizace* a odpovídajícího denního odškodného uvedeného v *pojistné smlouvě*.
- Pojistné plnění* bude v případě *hospitalizace* následkem *úrazu* vypláceno formou denního odškodného od prvního dne (*hospitalizace* musí trvat alespoň 24 hodin).
- Pojistné plnění* bude v případě *hospitalizace* následkem *nemoci* vypláceno formou denního odškodného pouze, pokud doba *hospitalizace* přesáhne 3 dny. Denní odškodné se vyplácí od prvního dne.
- Pojistné plnění* v případě *hospitalizace* následkem *nemoci* bude vypláceno pouze v případě nemoci vzniklé až po uplynutí 60 denní *čekací doby*

(tj. po uplynutí 60 dnů od počátku pojištění, během kterých nemáte nárok na *pojistné plnění*). V případě *hospitalizace* následkem *úrazu* se *čekací doba* neuplatňuje

- e) *Pojistné plnění* v případě *hospitalizace* následkem *úrazu* nebo *nemoci* Vám poskytneme maximálně za 180 dnů (v případě více *hospitalizací* následkem jednoho *úrazu* nebo jedné *nemoci* se dny sčítají) maximálně však v průběhu 365 dnů od data první *hospitalizace*.
- f) *Pojistné plnění* se v případě *děti* snižuje o 50 %.
- g) *Pojištění* při *hospitalizaci* následkem *úrazu* nebo *nemoci* 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 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) páchání 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 vyplaceno za *úraz* a jiné újmy související s:

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

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

## 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 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*.

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	Úroveň B
<i>Hospitalizace</i> následkem <i>úrazu</i> nebo <i>nemoci</i> (denní odškodné)	1 500 Kč	750 Kč
<i>Hospitalizace</i> následkem <i>úrazu</i> nebo <i>nemoci</i> na ARO a JIP (denní odškodné)	3 000 Kč	1 500 Kč
<i>Souběžná hospitalizace</i> následkem <i>úrazu</i> nebo <i>nemoci</i> (denní odškodné)	3 000 Kč	1 500 Kč
<i>Souběžná hospitalizace</i> následkem <i>úrazu</i> nebo <i>nemoci</i> na ARO a JIP (denní odškodné)	6 000 Kč	3 000 Kč