

ÚVOD

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí *pojistné smlouvy* o Pojištění pro případ úrazu mezi *pojistníkem* a *námi*, Colonnade Insurance S.A., jednajícím 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 de inici *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 *Vaši* smrt nebo zanechá *trvalé tělesné poškození*, jedná se o pojistnou událost a my *Vám* (resp. *obmyšlené* osobě v případě *Vaší* smrti následkem *úrazu*) vyplatíme *pojistné plnění* ve výši stanovené dle *pojistné smlouvy*.

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*.

Část

Část tabulky „Rozsah pojistného krytí“ uvedené v těchto pojistných podmínkách.

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.

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 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.

Noha

Spodní část *dolní končetiny* od kotníku níže.

Občanský zákoník

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

Obmyšlená osoba

Osoba, které bude vyplaceno *pojistné plnění* v případě smrti *pojištěné osoby* následkem *úrazu*.

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, jednajícím 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.

Ruka

Horní končetina od zápěstí níže.

Terorismus

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

Trvalé tělesné poškození

Fyzické poškození *pojištěné* osoby způsobené *úrazem*, které podle současného stavu lékařské vědy bude trvat do konce života.

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.

Vy (ve všech odvozených tvarech)

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

Ztráta

Fyzická Ztráta.

Ztráta funkce

Trvalá Ztráta funkce.

PODMÍNKY A OMEZENÍ PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

- a) V případě *trvalého tělesného poškození* Vám vyplatíme *pojistné plnění* ve výši stanovené *námi* dle zhodnocení stupně takového poškození a srovnání s *trvalými tělesnými poškozeními* uvedenými v tabulce „Rozsah pojistného krytí“ a „Oceňovací tabulka“.
- b) Jestliže *Vám úraz* způsobí více než jedno *trvalé tělesné poškození* týkající se různých částí těla, sečteme *pojistná plnění* odpovídající jednotlivým *trvalým tělesným poškozením*. Z důvodu jednoho *úrazu* však vyplatíme nejvýše částku uvedenou v tabulce ROZSAH POJISTNÉHO KRYTÍ v *části B*.
- c) V případě smrti následkem *úrazu* vzniká nárok pouze na plnění dle *části A*. Jestliže *Vám* již bylo v souvislosti s tímto *úrazem* vyplaceno plnění dle *části B*, doplatíme pouze rozdíl mezi danými částkami.
- d) V případě *Vašeho* zmizení za okolností, při kterých je pravděpodobné, že jste zahynuli následkem *úrazu*, vyplatíme *obmyšlené osobě pojistné plnění* pro případ smrti následkem *úrazu* za předpokladu, že bude vydáno rozhodnutí příslušného soudního nebo jiného orgánu o prohlášení *Vaší* osoby za mrtvou. Jestliže vyjde dodatečně najevo, že jste nezemřeli následkem *úrazu*, poskytnuté *pojistné plnění nám* musí být neprodleně vráceno.
- e) *Pojistné plnění* se v případě *děti* snižuje o 50 % částek uvedených v tabulce „Rozsah pojistného krytí“. V případě smrti dítěte následkem *úrazu* bude vyplaceno nejvýše 50 000 Kč.
- f) Nejedná se o pojištění se spořením, tj. z uhrazeného pojistného za toto pojištění nevzniká nárok na odbytné ani žádné úroky.
- g) Toto pojištění je nepřenosné na jiné osoby než uvedené v *pojistné smlouvě*.
- h) *Pojištěné osoby* musí trvale žít na území České republiky.
- i) Dle těchto pojistných podmínek lze pro každou *pojištěnou osobu* uzavřít nejvýše jednu *pojistnou smlouvu*;
- j) 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.
- k) 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 pokusu o ni, nebo nedodržování pokynů *lékaře*;
- c) jakékoliv nemoci, změn zdravotního stavu bez jakýchkoliv vnějších vlivů, degenerativních procesů nebo chirurgického zákroku a komplikacemi z něj vyplývajících;
- d) v souvislosti s letem *pojištěné osoby* letadlem jinak než jako platící cestující oficiálně registrované letecké společnosti;
- e) požití alkoholu nebo omamných látek *pojištěnou osobou*, užití léků nepředepsaných lékařem resp. jejich užití v rozporu s instrukcemi výrobce;
- f) páčání trestného činu *pojištěnou osobou* nebo *oprávněnou osobou*, resp. pokusu o spáchání takového činu;
- g) v souvislosti s nemocí, kterou již byla *pojištěná osoba* v době utrpění *úrazu* postižena, a dále posttraumatický šok, duševní, psychická nebo neurologická nemoc či porucha.

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 80. narozenin *pojištěné osoby*;
- e) vůči konkrétní *pojištěné osobě* pojištění zaniká v okamžiku *úrazu*, za který bylo poskytnuto *pojistné plnění* ve výši 100 % pojistné částky za smrt nebo *trvalé tělesné poškození*.
- f) zánikem pojistného zájmu, zánikem pojistného nebezpečí či dnem odmítnutí *pojistného plnění*;
- g) 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 akcep-

tovaný *pojistitelem* doručení *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*.

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. V případě úmrtí máme právo požadovat pitevní protokol. Jestliže se nepodrobíte lékařskému vyšetření, neposkytnete požadované informace, dokumenty nebo jinou nezbytnou součinnost, nebude možné zahájit šetření pojistné události a vyplatit *pojistné plnění*.

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.

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 odmítl 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 *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.

ROZSAH POJISTNÉHO KRYTÍ	Úroveň A	Úroveň B
Část A – Smrt následkem úrazu		
Smrt následkem úrazu	1 000 000 Kč	500 000 Kč
Část B – Trvalé tělesné poškození		
Trvalé tělesné poškození následkem úrazu	1 000 000 Kč	500 000 Kč

Zveřejněno dne 20. 8. 2018.