

Pojištění chrání Vás a Vaše blízké a zachová Váš životní standard v případě nenadálé životní události

Správce Vaší smlouvy vám pomůže: změnit údaje na smlouvě rozšířit nebo změnit pojištění s hlášením pojistné události s ostatními produkty

 Kontakt na asistenční službu:
 Telefon: +420 841 114 114
 Fax: +420 241 040 399
 E-mail: asistence@cpasistence.cz

PRAKTICKÉ RADY

CO SE VÁM STALO?	Co Vám smlouva může přinést? *	Jak postupovat?
STAL SE VÁM ÚRAZ?	Dostanete peníze za každý den léčení a tím se Vám dorovná propad příjmu	Co nejdříve nám nahlaste, že se Vám stal úraz a doložte nám: > Lékařskou zprávu a ostatní dokumenty, které k úrazu máte
ZANECHAL VÁM ÚRAZ TRVALÉ NÁSLEDKY (např.: máte jizvu, špatně se pohybujete)	Vyplatíme Vám peníze, které Vám pomůžou usnadnit život a pokrýt náklady léčby	Doložte nám nejpozději do 3 let ode dne úrazu vyplněný formulář s lékařskou zprávou
JSTE INVALIDNÍ?	Nebudete muset platit pojistku, i přesto budete dále chráněn/a. Vyplatíme Vám peníze, díky kterým si budete moci udělat stavební úpravy ve svém bytě, nebo si pořídit potřebné pomůcky	Co nejdříve nám doložte: > písemnou žádost obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojištěného, číslo pojistné smlouvy, číslo občanského průkazu a vlastnoruční podpis pojištěného > kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání plného invalidního důchodu, resp. invalidního důchodu III. stupně
JSTE V PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI? (na nemocenské)	Vyplatíme Vám sjednanou částku od smluvně dohodnutého dne pracovní neschopnosti jako kompenzaci ušlého příjmu	> Nejpozději do smluvně dohodnutého počátku plnění zašlete kopii druhého dílu neschopenky do ČP ZDRAVÍ, nebo ji odevzdejte na obchodním místě > V případě pracovní neschopnosti následkem úrazu zašlete navíc vyplněný formulář Oznámení úrazu
BYL/A JSTE HOSPITALIZOVÁN/A?	Vyplatíme Vám sjednanou částku za každý den strávený v nemocnici a tím Vám pomůžeme pokrýt náklady spojené s léčbou	Nejpozději do 30 dnů od ukončení hospitalizace zašlete kopii propouštěcí zprávy do ČP ZDRAVÍ
BYLA VÁM STANOVENA DIAGNÓZA ZÁVAŽNÉHO NEBO KRITICKÉHO ONEMOCNĚNÍ?	Vyplatíme Vám sjednanou částku a Vy budete mít peníze na léčení a zdravotní péči	Seznam dokumentů naleznete na www.ceskapojistovna.cz nebo nás neváhejte kontaktovat na číslech uvedených v levé části těchto desek
DOŠLO U VÁS KE ZTRÁTĚ PŘÍJMŮ? (dostali jste výpověď dle § 52 písm. a), b), c), e) nebo jste výpověď podali dle § 56, písm. a), b), ukončili jste samostatnou výdělečnou činnost ze zdravotních důvodů nebo insolvence)	Pomůžeme Vám se splácením dlouhodobých závazků do sjednané výše a tím Vám usnadníme tuto nepříjemnou životní situaci	Nejpozději ke splatnosti první splátky úvěru po uplynutí 30 dnů od zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání zašlete níže uvedené dokumenty do ČP ZDRAVÍ > Kopii smlouvy o úvěru a kopii platebního dokladu > Kopii rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení nebo potvrzení o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání > Kopii dokladů, ze kterých je zřejmé, že výdělečná činnost trvala nejméně 12 měsíců > Kopii dokladu prokazující zánik pracovního poměru nebo ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti
DOŠLO K ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO, KTERÝ MĚL SJEDNANOU TUTO SMLOUVU?	Vyplatíme Vám částku, kterou pro Vás sjednal pojištěný a nahradíme tak finanční ztrátu, která vznikla jeho úmrtím.	Předložte nám níže uvedené doklady: > Kopii úmrtního listu > Číslo pojistné smlouvy, jméno a příjmení pojištěného, rodné číslo pojištěného, číslo občanského průkazu a vlastnoruční podpis žadatele o výplatu plnění včetně způsobu vyplacení pojistného plnění Potvrzení o příčině smrti, v případě, že k úmrtí došlo do 3 let od uzavření pojistky
BLÍŽÍ SE ŘÁDNÝ TERMÍN KONCE VAŠÍ SMLOUVY?		Sami Vás budeme kontaktovat před termínem konce smlouvy

5 částých úrazů a výše pojistného plnění v případě sjednání doporučené pojistné částky ve variantě DNL MAX

Čistý příjem	Nemocenská 1 měsíc	Doporučená pojistná částka = částka za každý den léčení	Podvrtnutí kotníku léčení 35 dnů	Zlomené zápěstí léčení 70 dnů	Chirurgicky ošetřená rána léčení 28 dnů	Ztráta zubu léčení 42 dnů	Otřes mozku těžký léčení 112 dnů
10 000 Kč	5 100 Kč	150 Kč	5 250 Kč	10 500 Kč	4 200 Kč	6 300 Kč	16 800 Kč
15 000 Kč	8 100 Kč	250 Kč	8 750 Kč	17 500 Kč	7 000 Kč	10 500 Kč	28 000 Kč
20 000 Kč	11 100 Kč	300 Kč	10 500 Kč	21 000 Kč	8 400 Kč	12 600 Kč	33 600 Kč
25 000 Kč	13 000 Kč	400 Kč	14 000 Kč	28 000 Kč	11 200 Kč	16 800 Kč	44 800 Kč
30 000 Kč	14 600 Kč	500 Kč	17 500 Kč	35 000 Kč	14 000 Kč	21 000 Kč	56 000 Kč
40 000 Kč	16 800 Kč	650 Kč	22 750 Kč	45 500 Kč	18 200 Kč	27 300 Kč	72 800 Kč
50 000 Kč	18 900 Kč	1 000 Kč	35 000 Kč	70 000 Kč	28 000 Kč	42 000 Kč	112 000 Kč

*výplata a výše plnění závisí na nastavení konkrétní pojistné smlouvy

Kdo je politicky exponovanou osobou?

§ 4 odst. 5 zák. č. 253/2008 Sb.

Politicky exponovanou osobou se pro účely tohoto zákona rozumí

- fyzická osoba, která je ve významné veřejné funkci s celostátní působností, jako je například hlava státu nebo předseda vlády, ministr, náměstek nebo asistent ministra, člen parlamentu, člen nejvyššího soudu, ústavního soudu nebo jiného vyššího soudního orgánu, proti jehož rozhodnutí obecně až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen účetního dvora, člen vrcholného orgánu centrální banky, vysoký důstojník v ozbrojených silách nebo sborech, člen správního, řídicího nebo kontrolního orgánu podniku ve vlastnictví státu, velvyslanec nebo chargé d'affaires, nebo fyzická osoba, která obdobně funkce vykonává v orgánech Evropské unie nebo ji-

ných mezinárodních organizací, a to po dobu výkonu této funkce a dále po dobu jednoho roku po ukončení výkonu této funkce, a která

- má bydliště mimo Českou republiku, nebo
 - takovou významnou veřejnou funkci vykonává mimo Českou republiku
- fyzická osoba, která
 - je k osobě uvedené v písmenu a) ve vztahu manželském, partnerském anebo v jiném obdobném vztahu nebo ve vztahu rodičovském,
 - je k osobě uvedené v písmenu a) ve vztahu syna nebo dcery nebo je k synovi nebo dceři osoby uvedené v písmenu a) osobou ve vztahu manželském (zeťové, snachy), partner-

- ském nebo v jiném obdobném vztahu,
- je společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu jako osoba uvedená v písmenu a), nebo je o ní povinně osobě známo, že je v jakémkoli jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v písmenu a), nebo
- je skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, o kterém je známo, že bylo vytvořeno ve prospěch osoby uvedené v písmenu a)

Zvláštní ujednání pro Program Zdravý život a program Návrat do života (dále též „ujednání“) k Rizikovému životnímu pojištění MULTIRISK Zdravý život, resp. MULTIRISK Plus Zdravý život

I. Vymezení platnosti a podmínky zvláštních ujednání

Tato zvláštní ujednání platí pro pojistné smlouvy, které splňují dále uvedené podmínky.

Podmínkou poskytnutí plnění dle těchto zvláštních ujednání je uzavření pojistné smlouvy Rizikového pojištění MULTIRISK Zdravý život, resp. MULTIRISK Plus Zdravý život a zároveň jednoznačné splnění dále uvedených požadovaných parametrů.

V případě, že dojde k zániku pojištění nebo porušení parametrů uvedených v těchto zvláštních ujednáních, zanikají k tomuto datu veškeré nároky vyplývající z těchto zvláštních ujednání uvedených v bodě II. Pro účely těchto zvláštních ujednání se pojistné smlouvy Rizikového životního pojištění MULTIRISK Zdravý život, resp. MULTIRISK Plus Zdravý život zařazují při splnění dále uvedených parametrů do varianty plnění STANDARD nebo varianty EXCLUSIVE. Na pojistné smlouvy, které požadované parametry nespĺňují, tedy buď nedosahují minimálních uvedených hodnot, nebo překračují maximální uvedené hodnoty, se tato zvláštní ujednání nevztahují.

Parametry pojistné smlouvy pro variantu plnění STANDARD

Podmínky uvedené v bodech 1. a 2. musí být splněny zároveň a po celou dobu trvání pojištění:

- Sjednaná pojištění**
Pojistnou smlouvou jsou sjednána následující pojištění:
 - pojištění 1. pojištěného** pro případ smrti, příp. pojištění pro případ závažných onemocnění
- přičemž součet sjednané pojistné částky pro případ smrti, pro účely těchto Zvláštních ujednání se rozumí touto pojistnou částkou vždy pouze pevná pojistná částka, a pojistné částky pro případ závažných onemocnění činí minimálně **400 000 Kč**
- a zároveň maximální výše sjednané pojistné částky pro případ smrti činí 1 500 000 Kč, maximální výše sjednané pojistné částky pro případ závažných onemocnění činí 1 500 000 Kč
 - úrazové pojištění 1. pojištěného**, kde je sjednáno plnění:
 - za smrt následkem úrazu
 - minimálně na pojistnou částku **500 000 Kč**
 - a zároveň maximální výše sjednané pojistné částky za smrt následkem úrazu činí 2 000 000 Kč
 - za trvalé následky úrazu minimálně na pojistnou částku **500 000 Kč**
 - za dobu nezbytného léčení tělesných poškození způsobených úrazem (denní plnění) minimálně na částku **250 Kč**
- Sjednaná pojistná doba a konec pojištění**
Sjednaná pojistná doba je minimálně **15 let** a zároveň konec pojištění je sjednán nejdříve v roce, kdy 1. pojištěný dosáhne věku **65 let**.

Parametry pojistné smlouvy pro variantu plnění EXCLUSIVE

Podmínky uvedené v bodech 1. a 2. musí být splněny zároveň a po celou dobu trvání pojištění:

- Sjednaná pojištění**
Pojistnou smlouvou jsou sjednána následující pojištění:
 - pojištění 1. pojištěného** pro případ smrti, příp. pojištění pro případ závažných onemocnění,
- přičemž součet sjednané pojistné částky pro případ smrti a pojistné částky pro případ závažných onemocnění činí minimálně **600 000 Kč**
- a zároveň maximální výše sjednané pojistné částky pro případ smrti činí 1 500 000 Kč, maximální výše sjednané pojistné částky pro případ závažných onemocnění činí 1 500 000 Kč
 - úrazové pojištění 1. pojištěného**, kde je sjednáno plnění:
 - za smrt následkem úrazu
 - minimálně na pojistnou částku **500 000 Kč**
 - a zároveň maximální výše sjednané pojistné částky za smrt následkem úrazu činí 2 000 000 Kč
 - za trvalé následky úrazu minimálně na pojistnou částku **500 000 Kč**
 - za dobu nezbytného léčení tělesných poškození způsobených úrazem (denní plnění) minimálně na částku **250 Kč**
- Sjednaná pojistná doba a konec pojištění**
Sjednaná pojistná doba je minimálně **15 let** a zároveň konec pojištění je sjednán nejdříve v roce, kdy 1. pojištěný dosáhne věku **65 let**.

II. Vymezení rozsahu programů

varianta plnění	název programu	popis programu	varianta plnění
STANDARD	Program Zdravý život	1. Objednání k lékařům Pojistitel zajistí prostřednictvím asistenční služby jednou ročně kontaktování klienta s cílem informovat o možnosti zajištění všech preventivních prohlídek, a to telefonicky na telefonní číslo uvedené v pojistné smlouvě. Cílem telefonátu bude nabídka zajištění těch preventivních prohlídek, na které má klient (1. pojištěný) v daném roce nárok dle podmínek své zdravotní pojišťovny. Informace k preventivním prohlídkám jsou uvedeny na www.ceskapojistovna.cz . Preventivní prohlídky bude asistenční služba zajišťovat u spádového lékaře nebo specialisty praktikujícího nejbližší bydliště 1. pojištěného (klienta) nebo ošetřujícího lékaře klienta. Výše uvedená služba je poskytována jedenkrát za pojistný rok po dobu 5 let od data počátku pojištění. Asistenční službou se rozumí společnost ČP ASISTENCE s.r.o., se sídlem Na Pankráci 1658/121, 140 21 Praha 4, Česká republika, IČ: 24184985, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, vložka C 186601.	EXCLUSIVE
		2. Poukázka „Vital pass“ Pojistitel poskytne 1. pojištěnému (klientovi) jedenkrát za pojistný rok poukázky v hodnotě 500 Kč, a to nejdéle po dobu 5 let od data počátku pojištění.	
STANDARD	Program Zdravý život	3. Navýšení pojistného plnění za pojistnou událost závažného onemocnění 1. pojištěného z pojištění závažných onemocnění, jde-li o definované závažné onemocnění Je-li 1. pojištěným žena a jedná-li se o závažné onemocnění definované jako rakovina děložního čípku nebo rakovina prsu, poskytne pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši dvojnásobku sjednané pojistné částky při splnění těchto podmínek: pojištění závažných onemocnění bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy a zároveň k pojistné události došlo nejpozději v roce, v němž 1. pojištěný dosáhne věku 65 let a zároveň byly splněny podmínky pro poskytnutí pojistného plnění za takové definované závažné onemocnění uvedené v pojistné smlouvě. Je-li 1. pojištěným muž a jedná-li se o závažné onemocnění definované jako rakovina prostaty nebo rakovina konečnicku, poskytne pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši dvojnásobku sjednané pojistné částky při splnění těchto podmínek: pojištění závažných onemocnění bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy a zároveň k pojistné události došlo nejpozději v roce, v němž 1. pojištěný dosáhne věku 65 let a zároveň byly splněny podmínky pro poskytnutí pojistného plnění za takové definované závažné onemocnění uvedené v pojistné smlouvě.	EXCLUSIVE
		4. Podpora oprávněných osob - navýšení pojistného plnění za pojistnou událost smrt 1. pojištěného z pojištění pro případ smrti Je-li 1. pojištěným žena a příčinou smrti pojištěného je rakovina děložního čípku nebo rakovina prsu, poskytne pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši dvojnásobku sjednané pojistné částky při splnění těchto podmínek: pojištění pro případ smrti bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy a zároveň k pojistné události došlo nejpozději v roce, v němž 1. pojištěný dosáhne věku 65 let a zároveň byly splněny podmínky pro poskytnutí pojistného plnění za smrt pojištěného dle pojistné smlouvy. Je-li 1. pojištěným muž a příčinou smrti pojištěného je rakovina prostaty nebo rakovina konečnicku, poskytne pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši dvojnásobku sjednané pojistné částky při splnění těchto podmínek: pojištění pro případ smrti bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy a zároveň k pojistné události došlo nejpozději v roce, v němž 1. pojištěný dosáhne věku 65 let a zároveň byly splněny podmínky pro poskytnutí pojistného plnění za smrt pojištěného dle pojistné smlouvy.	
STANDARD	Program Návrat do života	1. Podpora oprávněných osob - navýšení pojistného plnění z pojištění pro případ smrti v případě smrti 1. pojištěného následkem úrazu Země-li 1. pojištěný v době trvání pojištění následkem úrazu (dle definice všeobecných a doplňkových pojistných podmínek), vyplátí pojistitel oprávněné osobě plnění z pojištění pro případ smrti navýšené o jednonásobek sjednané pojistné částky pro případ smrti tohoto pojištění, maximálně však o částku 1 000 000 Kč. Tímto ustanovením není dotčen nárok na pojistné plnění z úrazového pojištění.	EXCLUSIVE
		2. Vyplacení pojistného plnění za trvalou invaliditu 1. pojištěného následkem úrazu Pojistitel poskytne 1. pojištěnému pojistné plnění ve výši 500 000,- Kč za trvalou invaliditu následkem úrazu 1. pojištěného, jsou-li splněny podmínky tohoto nároku uvedené v Doplňkových pojistných podmínkách. Tímto ustanovením není dotčen nárok na pojistné plnění z úrazového pojištění, bylo-li sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu.	

I. Informace o pojistiteli

Pojistitelem je Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464.

II. Informace o pojištění osob

Pro pojištění osob platí příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), obecně závazné právní předpisy a příslušné pojistné podmínky. Uzavíraná pojistná smlouva se řídí českým právním řádem. V rámci pojištění osob lze sjednat životní pojištění, dále úrazové pojištění nebo pojištění pro případ nemoci.

1. Definice pojištění a opci

Životní pojištění

Životní pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové. Podrobnější informace k životnímu pojištění a smluvní nároky jsou uvedeny v Doplňkových pojistných podmínkách (zejména článek Pojištění pro případ smrti) a Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění.

V rámci životního pojištění lze sjednat :

1.1. pojištění pro případ smrti: Zemře-li pojištěný během trvání pojištění, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané pro případ smrti. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, pojištění zanikne bez výplaty pojistného plnění.

1.2. pojištění pro případ závažných onemocnění: U tohoto pojištění pojistitel vyplátí oprávněné osobě v případě, že dojde k závažnému onemocnění za podmínek uvedených v pojistné smlouvě, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Je-li zároveň s tímto pojištěním sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné, pak v případě, že dojde k pojistné události, zaniká povinnost pojistníka platit běžné pojistné. Podrobnější informace k pojištění závažných onemocnění jsou uvedeny v takto označeném článku Doplňkových pojistných podmínek.

1.3. pojištění pro případ kritických onemocnění: U tohoto pojištění pojistitel vyplátí oprávněné osobě v případě, že dojde ke kritickému onemocnění za podmínek uvedených v pojistné smlouvě, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Je-li zároveň s tímto pojištěním sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné, pak v případě, že dojde k pojistné události, zaniká povinnost pojistníka platit běžné pojistné. Podrobnější informace k pojištění kritických onemocnění jsou uvedeny v takto označeném článku Doplňkových pojistných podmínek.

1.4. pojištění pro případ invalidity může mít formu zproštění od placení běžného pojistného nebo invalidní renty. Podrobnější informace k pojištění invalidity jsou uvedeny v takto označeném článku Doplňkových pojistných podmínek.

a) je-li sjednána invalidní renta, pak v případě přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně pojištěnému; pojistitel začne vyplácet pojistné plnění ve výši sjednané invalidní renty

b) je-li sjednáno zproštění od placení běžného pojistného, pak v případě přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně pojištěnému; pojistitel začne hradit za pojistníka běžné pojistné po dobu, po kterou má pojištěný potvrzen nárok na invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně;

Úrazové pojištění

V rámci úrazového pojištění lze sjednat:

1.5. plnění pro případ smrti následkem úrazu: pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě, a to ve výši sjednané pojistné částky; navíc lze sjednat plnění pro případ smrti následkem úrazu v motorovém vozidle, kdy je pojistné plnění ve výši pojistné částky vyplaceno za úraz při provozu motorového vozidla,

1.6. plnění za trvalé následky úrazu nebo trvalých následků úrazu s progresivním plněním: pojistitel poskytne pojistné plnění ve výši stanoveného procenta ze sjednané pojistné částky. Je-li sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním, zvyšuje se pojistné plnění podle stupně hodnocení trvalých následků až na pětinásobek sjednané pojistné částky při maximálním rozsahu trvalých následků,

1.7. plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu: pojistitel poskytne pojistné plnění, je-li rozsah trvalých následků, které zanechal úraz vyšší než 65% k datu 1 roku po úrazu, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku,

1.8. plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem: dojde-li k úrazu pojištěného, pojistitel poskytne pojistné plnění stanovené jako součin počtu dní léčení úrazu dle příslušného tělesného poškození uvedeného v oceňovací tabulce (maximálně však do výše zde uvedené) a výše sjednané pojistné částky (denního plnění), zároveň v závislosti na délce léčení bude pojistné plnění navýšeno koeficientem dle pojistných podmínek, při maximální době léčení 365 dní,

1.9. plnění za hospitalizaci následkem úrazu: dojde-li k úrazu pojištěného, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši součinu sjednané pojistné částky pro jeden den pobytu v nemocnici a počtu dnů pobytu v nemocnici; maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události.

Úrazové pojištění se sjednává jako pojištění obnosové. Podrobnější informace k úrazovému pojištění a smluvní nároky jsou uvedeny v Doplňkových pojistných podmínkách (zejména článek Úrazové pojištění dospělého pojištěného a článek Úrazové pojištění pojištěného dítěte) a Všeobecných pojistných podmínkách pro úrazové pojištění.

Pojištění pro případ nemoci

1.10. plnění z pojištění pro případ nemoci lze sjednat ve variantě

a) Zdravotní a úrazová asistence MEDIK- pojistné plnění je poskytnuto formou služby

-Lékař na telefonu

-Lékařské informace poskytované operátorem.

b) Zdravotní a úrazová asistence MEDIK Plus je poskytnuta formou služby

-Lékař na telefonu

-Lékařské informace poskytované operátorem.

-Objevení lékaři

-Konzultant pro právní oblast zdraví na telefonu

-Doprava do/z nemocnice

-Osobní asistent

Toto pojištění se sjednává jako pojištění škodové. Podrobnější informace k pojištění pro případ nemoci jsou uvedeny zejména ve Zvláštních pojistných podmínkách pojištění pro případ nemoci (Asistence).

2. Uzavření pojistné smlouvy a doba její platnosti

Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy.

Významným závazkem pojistníka je povinnost platit pojistné. Je třeba, aby pojistník zvažil délku pojistné doby, tedy dobu, po kterou bude povinnost platit pojistné trvat. Vliv na stanovení výše pojistného má nejen sjednaný rozsah pojištění, tj. pojistné ochrany, rovněž jsou zohledněny náklady pojistitele, a to jak spojené s uzavřením pojistné smlouvy, tak i správou pojištění po celou dobu jeho trvání. Součástí nákladů spojených s uzavřením pojistné smlouvy je i provize vyplácená pojistitelem pojišťovacím zprostředkovateli za uzavření pojistné smlouvy.

Doba platnosti pojistné smlouvy (pojistná doba) je vždy uvedena v pojistné smlouvě. Pojištění se sjednává na dobu určitou nebo na dobu neurčitou. Je-li pojištění sjednáno na dobu určitou, bývá stanovena počtem let nebo určením konkrétního data. Je-li pojištění sjednáno na dobu neurčitou, platí pojistná smlouva do zániku pojištění.

3. Způsoby zániku pojistné smlouvy

Pojištění zanikne

a) uplynutím pojistné doby,

b) nezaplacením pojistného, a to dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části, doručení pojistníkoví,

c) dohodou pojistníka a pojistitele; která musí obsahovat okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků,

d) vypovědi pojistitele nebo pojistníka do 2 měsíců ode dne doručení výpovědi smlouvy s osmidenní výpovědní lhůtou ode dne doručení výpovědi,

e) výpovědi pojistitele nebo pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události s výpovědní lhůtou 1 měsíc, která běží ode dne doručení výpovědi; pojistitel nemůže takto vypovědět životní pojištění,

f) výpovědi pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období (týká se pouze pojištění s běžným pojistným); pojistitel nemůže takto vypovědět životní pojištění,

g) výpovědi pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojistitele; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta,

h) odstoupením od pojistné smlouvy (je uvedeno podrobněji v bodě 10 těchto informací),

i) odmítnutí plnění; toto právo má podle zákona pojistitel, porušili-li pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba své povinnosti týkající se pojištění; pojištění zaniká dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění,

j) smrtí pojištěné fyzické osoby

k) dalšími způsoby uvedenými v zákoně, příslušných doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.

4. Způsoby a doba placení pojistného

Pojistné lze uhradit buď najednou (jednorázové pojistné), nebo hradit v pravidelných časových obdobích (pojistná období)-měsíčně, čtvrtletně, pololetně nebo ročně (běžné pojistné). Jednorázové pojistné je splatné při uzavření pojistné smlouvy, nejpozději v den počátku pojištění.

Běžné pojistné se platí po celou dobu platnosti pojistné smlouvy nebo po dobu kratší, je-li tak dohodnuto v pojistné smlouvě. Pojistné lze platit bezhotovostně, převodem z bankovního účtu (příkazem k úhradě, trvalým příkazem nebo souhlasem k inkasu), poštovní poukázkou, prostřednictvím SIPO nebo platební kartou.

5. Způsoby výpočtu a rozdělení bonusů, pokud jsou obsahem pojistné smlouvy

U rizikového životního pojištění nejsou obsahem pojistné smlouvy podíly na výnosech z rezerv.

6. Způsob určení výše odkupného

U rizikového životního pojištění nevzniká právo na výplatu odkupného, jedná se o rizikové pojištění, kde se veškeré pojistné spotřebovává jako úhrada za sjednaná pojištění.

7. Informace o výši pojistného

Výše pojistného za jednotlivá pojištění včetně doplňkových pojištění (jsou-li sjednána) je uvedena v pojistné smlouvě a modelaci pojištění. Výše pojistného v životním pojištění závisí na parametrech pojištění, jako jsou např. vstupní věk pojištěného, sjednaná pojistná doba a sjednaná pojistná částka. Výše pojistného v úrazovém pojištění závisí na zařazení pojištěného do příslušné rizikové skupiny (tento údaj zohledňuje povolání pojištěného, sportovní aktivity pojištěného a úroveň vykonávaného sportu, případně provozování extrémních sportů).

Pojistitel má právo stanovit pro jednotlivé pojistné produkty minimální a maximální výši pojistného, dále má pojistitel právo stanovit nejnížší a nejvyšší pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

8. Definice podílů, na které je vázáno pojistné plnění v případě pojištění vázaného na investiční podíly

U rizikového životního pojištění není pojistné plnění vázáno na investiční podíly, při pojistné události je vyplácena sjednaná pojistná částka.

9. Povaha podkladových aktiv pro pojistné smlouvy vázané na investiční podíly

U rizikového životního pojištění není pojistné plnění vázáno na investiční podíly a tedy ani není sdělována povaha podkladových aktiv.

10. Možnosti odstoupení od pojistné smlouvy

V souladu s úpravou zákona o pojistné smlouvě má pojistitel i pojistník právo od pojistné smlouvy odstoupit. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojištěný zodpoví při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, jestliže by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Právo odstoupit od pojistné smlouvy může pojistitel nebo pojistník uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. V souladu se zákonem o pojistné smlouvě má právo odstoupit od pojistné smlouvy pojistitel i pojistník, porušila-li některá ze smluvních stran své povinnosti, tj. pravdivě a úplně odpovědět na písemné dotazy druhé smluvní strany týkající se pojištění. Pokud pojištění zanikne odstoupením od pojistné smlouvy, tato smlouva se od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

11. Obecné informace o daňových právních předpisech, které se vztahují k pojištění

Pro pojištění platí příslušná ustanovení zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. U rizikového životního pojištění se na plnění ze sjednaných pojištění úprava zákona o daních z příjmů nevztahuje, tato plnění jsou osvobozena.

12. Způsob vyřízení stížností

Pojistníci, pojištění i oprávněné osoby se mohou obrátit se stížností na pojistitele na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno.

Stížnosti budou vyřizovány bez zbytečného odkladu specializovanými zaměstnanci. Pojistníci, pojištění nebo oprávněné osoby se mohou se svými stížnostmi obrátit i na Českou národní banku.

Informace o Programu Lady – k životnímu pojištění ČP

Proč Program Lady?

Nádorová onemocnění představují jedno z největších zdravotních rizik ohrožujících českou populaci. Počet těchto onemocnění má stále stoupající tendenci. Nejčastějším zhoubným onemocněním u žen je karcinom prsu. Podle dostupných údajů lékaři v ČR každoročně diagnostikují přes 6000 nových případů tohoto onemocnění a přes 1000 nových případů rakoviny děložního čípku. Zdravým životním stylem a pravidelnou prevencí lze riziko vzniku onemocnění snížit, zcela vyloučit jej však bohužel nelze.

Jak Vám může Program Lady pomoci?

- » zajistí finanční prostředky k úhradě nákladů na kvalitní léčbu, rekonvalescenci, kosmetické zákroky nebo rehabilitační pomůcky
- » pomůže pokrýt náklady spojené s provozem domácnosti – složenky, benzín, splátky úvěru, nájem atd.
- » usnadní zapojení zpět do plnohodnotného života a udržení životního standardu
- » umožní větší nezávislost na systému veřejného zdravotního pojištění

Jak je možné Program Lady získat?

Program Lady získáváte automaticky jako 1. pojištěný, pokud jste jej při sjednání smlouvy nevyloučil/a a pokud v pojištění pro případ smrti pojistná částka pro případ smrti (součet pevné pojistné částky a aktuální výše klesající pojistné částky) dosáhne alespoň částky 20 000 Kč (a to i kdykoliv v průběhu trvání pojistné smlouvy), a to bez vlivu na výši pojistného či jakýchkoliv poplatků spojených s Vaší pojistnou smlouvou. Počátek Programu Lady je shodný s počátkem základního pojištění, je-li splněna podmínka výše pojistné částky později, pak od data účinnosti změny pojištění.

Do Programu Lady mohou vstupovat muži i ženy, a to za zcela stejných podmínek.

Co je obsahem programu Lady?

Pojištění se vztahuje na podstoupení prvního operačního výkonu v důsledku zhoubného novotvaru definovaných orgánů, **který vznikl a byl pojištěnému diagnostikován po uplynutí čekací doby 3 měsíců**, a současně se jedná o první výskyt zhoubného novotvaru definovaného orgánu v průběhu života pojištěného. Čekací doba začíná běžet ode dne počátku Programu Lady.

Na jaké orgány se vztahuje pojistná ochrana?

- » Pojištění se vztahuje na tyto orgány – prsa, děložní čípek, dělohu, děložní tělo, vaječníky, vejcovody, pochvu a vulvu.

Jaká je výše pojistného plnění?

V případě podstoupení **operace v souvislosti s diagnózou zhoubného novotvaru** definovaného orgánu, ČP ZDRAVÍ vyplatí pojistnou částku* formou měsíčních splátek:

- » první splátka ve výši 40 % pojistné částky
- » následujících 5 splátek ve výši 12 % pojistné částky

* Výše pojistné částky je stanovena procentem ze součtu pevné pojistné částky a aktuální výše klesající pojistné částky pojištění pro případ smrti sjednaných v pojistné smlouvě. Toto procento je uvedeno v Přehledu poplatků ČP, který je zveřejněn na internetových stránkách České pojišťovny www.ceskapojistovna.cz a je dostupný také v Klientské zóně ČP.

Proč je důležité nezanedbat preventivní vyšetření?

Řada vyléčených klientů vděčí za včasné rozpoznání choroby a úspěšnou léčbu preventivnímu vyšetření, které podstoupili.

ČP ZDRAVÍ je oprávněna snížit pojistné plnění na polovinu, pokud neabsolvujete alespoň **2 preventivní prohlídky** v oboru gynekologie a porodnictví v **3 letech před vznikem pojistné události**.

Nechodíte na pravidelné preventivní prohlídky, případně nemáte svého lékaře?

Umíme Vám pomoci. Sjednejte si smlouvu s parametry, které Vás opravňují k čerpání výhod z Programu Zdravý život, a získáte unikátní asistenční službu, která Vás seznámí s Vašimi nároky na preventivní prohlídky, najde vhodného lékaře, zajistí u něj objednání podle Vámi zadaných požadavků a bude Vám připomínat blížící se termíny dalších prohlídek.

Kde najdu podrobné informace a pojistné podmínky?

Aktuální pojistné podmínky Programu Lady jsou dostupné na www.ceskapojistovna.cz.

Jak postupovat při pojistné události?

Po podstoupení operačního výkonu bez zbytečného odkladu nejpozději do 60 dnů doručit do ČP ZDRAVÍ:

- » kopii operačního protokolu
- » kopii lékařské zprávy ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem

Kdy končí Program Lady?

Pojištění, které je obsahem Programu Lady, končí zánikem pojištění pro případ smrti (např. uplynutím sjednané pojistné doby, zánikem pro nezaplacení pojistného, smrtí 1. pojištěného), nesplněním podmínky výše pojistné částky pro případ smrti, nebo výplatou pojistného plnění z Programu Lady, nebo ukončením skupinové pojistné smlouvy č. 19100958/2012 uzavřené mezi Českou pojišťovnou a.s. jako pojistníkem a ČP ZDRAVÍ a.s. jako pojistitelem. V případě změny pojistných podmínek Programu Lady nebo ukončení skupinové pojistné smlouvy Vás budeme v předstihu informovat.

Informace o pojištění:

Program Lady je sjednáván na základě skupinové pojistné smlouvy č. 19100958/2012, jejíž nedílnou součástí jsou Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č.j.: 02/2007 (VPP-PN) a Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění onkogynekologických výkonů č.j.: 05/2012 (ZPP-GŽP).

Vaše dotazy rádi zodpovíme na kontaktech:

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, www.zdravi.cz
tel: 267 222 515, infolinka: 841 111 132, fax: 267 222 936, e-mail: info@zdravi.cz

Doplňkové pojistné podmínky

verze ŽP-DPP-KORP-0004

Bod 1

Úvodní ustanovení

1. Pokud pojistnou smlouvou není stanoveno jinak, platí pro toto pojištění ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. ze dne 14. 9. 2004 pod číslem jednacím 4 (dále jen „VPP ŽP“). Bylo-li pojistnou smlouvou připojištěno i úrazové pojištění, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. ze dne 10. 6. 2008 pod číslem jednacím 2 (dále jen „VPP UP“). Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s., platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě, Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č. j. 02/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č. j. 03/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro škodové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č. j. 04/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j. 05/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č. j. 03/2010, Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění finančních ztrát č. j. 12/2009 a Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu č. j. 13/2009. Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČP Zdravotní a úrazová asistence, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Zvláštní pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci (Asistence) č. j. 02/2012. Všeobecné pojistné podmínky, doplňkové pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky, které se na pojistnou smlouvu vztahují a které byly pojistníkovi při uzavření pojistné smlouvy předány, jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti. Dále pojistná smlouva obsahuje pojištění závažných onemocnění, bylo-li sjednáno, pojištění kritických onemocnění, bylo-li sjednáno, pojištění pro případ invalidity, bylo-li sjednáno, úrazové pojištění, bylo-li sjednáno, a pojištění pro případ nemoci, bylo-li sjednáno.

Bod 2

Definice pojmů

- 2.1. **Běžným pojistným** se rozumí pojistné placené pojistníkem pravidelně v dohodnuté výši za dohodnutá pojistná období.
- 2.2. **Pojistným rokem** se rozumí běžný rok, který počíná běžet v den počátku pojištění a dále vždy ve výroční den pojištění a který končí jeden den před výročním dnem pojištění.
- 2.3. **Výročním dnem pojištění** se rozumí den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění (též výroční den počátku pojištění). Není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den takového měsíce. V případě změny pojištění, při níž dojde ke změně pojistné doby, se rozumí výročním dnem pojištění den, který se shoduje s datem účinnosti takové změny uvedeným jako datum účinnosti v dodatku k pojistné smlouvě.
- 2.4. **Invalidním důchodem** podle čl. 21 VPP ŽP se rozumí jak plný invalidní důchod podle právní úpravy platné do 31. 12. 2009, tak invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle právní úpravy platné od 1. 1. 2010.
- 2.5. **Pojištěným v úrazovém pojištění** se rozumí pojištěný/pojištěné dítě označený/-é jménem, příjmením a pořadovým číslem v části pojistné smlouvy upravující úrazové pojištění.
- 2.6. **Úrokovou sazbu (procentem úrokové sazby)** se rozumí výše úroku uvedená v pojistné smlouvě, např. stanovená k úvěru poskytovanému peněžním ústavem, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno.
- 2.7. **Přehledem poplatků** se rozumí dokument vyhotovený pojistitelem, který obsahuje zejména výši poplatků, pravidla pro úkony pojistníka nebo pojištěného v návaznosti na konkrétní znění pojistné smlouvy. Pojistitel je oprávněn jednostranně v průběhu trvání pojištění změnit údaje v Přehledu poplatků, pojistitel v takovém případě umožní dostupnost nového znění pojistníkovy některým z prostředků komunikace na dálku. Nové znění Přehledu poplatků bude zveřejněno na internetových stránkách pojistitele. Je-li v pojistné smlouvě odkazováno na Přehled poplatků, má se na mysli jeho aktuálně platné znění.

ČLÁNEK 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Bod 1

Běžné pojistné

1. První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění.
2. Další běžné pojistné je splatné prvního dne sjednaného pojistného období.
3. Dlužní pojistník pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení dluhu, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké období mělo být pojistné skutečně zaplacen.
4. Pojistitel má právo na náhradu nákladů na upomínání o zaplacení pojistného, které nebylo včas a řádně zaplacen.

Bod 2

Indexace pojištění (zvvyšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednanou pojistnou dobou 10 let a více zahrnuje indexaci pojištění. S výjimkou případů uvedených pod body 2.6., 2.7., 2.8., 2.9., 2.10. a 2.11. se pojistné za základní pojištění zvyšuje maximálně o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulý rok. Pevná pojistná částka pro případ smrti, pojistná částka pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pojistná částka pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána a výše měsíční invalidní renty, byla-li sjednána, se zvyšují podle pojistných technických zásad pojistitele. Při výpočtu pojistné částky pojistitel vyznačí zejména z aktuální pojistné částky, resp. výše měsíční invalidní renty, aktuálního věku pojistného, nového pojistného a pojistné doby zbývající do konce pojištění. Klesající pojistná částka se nezvyšuje. Je-li sjednáno úrazové pojištění, zvyšují se o stanovené indexační procento pojistné i sjednané pojistné částky tohoto pojištění. Pojistitel nemusí stanovit indexační procento každý rok. V případě, že je indexační procento pojistitelem stanoveno, platí vždy od 1. července běžného roku do 30. června následujícího roku. Výše indexačního procenta je zveřejňována na internetových stránkách pojistitele a současně na obchodních místech pojistitele. Pojistitel rovněž umožní pojistníkovi dostupnost informace o výši indexačního procenta

komunikačními prostředky, např. písemně zaslaním obvyčejnou zaslouku na adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě nebo některým z prostředků komunikace na dálku.

- 2.2. Pojistné a pojistné částky, resp. měsíční invalidní renta, se zvyšují vždy od výročního dne pojištění, pokud stanoví pojistitel indexační procento a zároveň pojistník neudělí změnu pojistného a pojistné částky způsobem uvedeným v bodě 2.3.
- 2.3. Odmítnutí zvýšení pojistného a pojistných částek může pojistník provést kdykoliv v průběhu kalendářního roku. Odmítnutí musí být učiněno prokazatelně a doručeno pojistiteli. Odmítnutí se vztahuje vždy k nejbližšímu výročnímu dni pojištění následujícím po doručení odmítnutí pojistiteli. Je-li sjednáno úrazové pojištění, odmítnutí zvýšení pojistného a pojistné částky je současně odmítnutím za základní i úrazové pojištění. Pokud pojistník odmítne dvě po sobě následující zvýšení pojistného a pojistné částky, nebude pojistitel provádět indexaci pojištění po dobu 5 let od posledního odmítnutí indexace podle bodu 2.1. Po uplynutí této lhůty je pojistitel oprávněn provést indexaci indexace obnovit. Pojistník je oprávněn požádat o obnovu indexace před uplynutím této lhůty.
- 2.4. Zvyšování pojistného a pojistné částky se provádí bez dalšího došetřování zdravotního stavu.
- 2.5. Zvyšování pojistného za základní pojištění i úrazové pojištění nemá vliv na výši pojistného a rozsah nároků z pojištění pro případ nemoci, s výjimkou pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti T644, je-li sjednáno.
- 2.6. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po dobu trvání zproštění od placení pojistného, bylo-li sjednáno pojištění zproštění od placení pojistného.
- 2.7. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k zániku povinnosti platit běžné pojistné.
- 2.8. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je vyplacena měsíční invalidní renta.
- 2.9. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění závažných onemocnění.
- 2.10. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění kritických onemocnění.
- 2.11. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo oceňeno riziko hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.

Bod 3

Zvnik pojištění

Úrazové pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci má počátek pojištění shodný se sjednaným počátkem základního pojištění, pokud bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy.

Bod 4

Změny pojištění

V době trvání pojištění může pojistník požádat pojistitele o změnu rozsahu pojištění (např. zahrnutí nebo vyloučení pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci, změna výše pojistné částky pro případ smrti). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojistného, aktuální zdravotní stav pojistného) žádost o změnu pojištění zamítnout.

Bod 5

Zánik pojištění

- 5.1. Podle ustanovení § 22 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě mohou být sjednaná pojištění vypovězena pojistníkem i pojistitelem do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo sjednání dalšího pojištění, s osmidenní výpovědní lhůtou.
- 5.2. Po uplynutí dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy může ve smyslu ustanovení § 22 odst. 1 a 5 zákona o pojistné smlouvě všechna sjednaná pojištění vypovědět pojistník. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Výpovědi základního pojištění zanikají všechna sjednaná pojištění. Výpovědi úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění invalidity nebo pojištění pro případ nemoci zaniká jen vypovězením pojištění.
- 5.3. Podle ustanovení § 22 odst. 3 a 5 zákona o pojistné smlouvě pojistitel nebo pojistník mohou sjednaná pojištění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci.
- 5.4. U úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci je konec pojištění shodný se sjednaným koncem základního pojištění, pokud nezaniklo některé z těchto pojištění v průběhu trvání pojištění.
- 5.5. **Zánik pojištění odpadnutím důvodu dalšího pojištění a uplynutím doby, na niž bylo sjednáno**
 - 5.5.1. Pojištění zanikne smrtí 1. pojištěného. Nejpозději pojištění zanikne uplynutím sjednané pojistné doby.
- 5.6. **Zánik pojištění jako důsledek neplacení běžného pojistného**
Pokud pojištění zanikne z důvodu neplacení běžného pojistného, pojistitel má právo na rizikové pojistné, počáteční a správní náklady a na poplatky do zániku pojištění.
- 5.7. **Zánik pojištění z důvodu nesplnění výše minimálního měsíčního pojistného**
V případě, že měsíční pojistné za pojištění sjednaná touto pojistnou smlouvou je nižší než minimální výše pojistného stanovená pojistitelem pro účely uzavření pojistné smlouvy uvedená v Přehledu poplatků, zanikají všechna sjednaná pojištění k datu účinnosti změny pojištění. Předchozí věta se nepoužije v případě pojistné smlouvy, u které došlo ke zproštění od placení pojistného nebo zániku povinnosti platit pojistné.
- 5.8. Právní úkony učiněné jedním z pojistitelů (tedy ČP nebo ČPZ) se týkají pouze jím sjednaného pojištění, není-li dále v pojistné smlouvě uvedeno jinak.

Bod 6

Forma právních úkonů

- 6.1. Právní úkony týkající se pojištění mají písemnou formu, není-li uvedeno jinak.
- 6.2. Oznámení pojistné události ve smyslu zákona o pojistné smlouvě, resp. všeobecných pojistných podmínek, je možné podat rovněž telefonicky na telefonním čísle zveřejněném k tomuto účelu pojistitelem na jeho obchodních místech. Na základě telefonicky podaného oznámení pojistné události je pojistitel oprávněn si pro provedení šetření nutného ke zjištění

- rozsahu jeho povinnosti plnit vyžádat potřebné doklady v listinné podobě.
- 6.3. Pojistník může telefonicky podat takový návrh na změnu pojistné smlouvy, který je uveden v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.
- 6.4. Úkony uvedené v bodech 6.2. a 6.3. může pojistitel umožnit podat rovněž e-mailem nebo prostřednictvím webového kanálu, a to zveřejněním v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.

Bod 7

Informace o pojištění

- 7.1. Pojistitelem je Česká pojišťovna a.s., která má sídlo v České republice. V případě sjednání pojištění pro případ nemoci je pojistitelem i Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., která má sídlo v České republice.
- 7.2. Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy.
- 7.3. Pojistné lze platit měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně, a to hotovostně nebo bezhotovostně.
- 7.4. Pojistitel i pojistník mají právo od pojistné smlouvy odstoupit. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojištěný zodpoví při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, jestliže by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu neu uzavřel. Pojistník má právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Právo odstoupit od pojistné smlouvy může pojistitel nebo pojistník uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
- 7.5. Odstoupení od pojistné smlouvy, stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob se zasílají na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno, a v případě stížností týkajících se pojištění pro případ nemoci na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4. Stížnosti budou vyřizovány bez zbytečného odkladu specializovanými zaměstnanci. Pojistníci, pojištění nebo oprávněné osoby se mohou se svými stížnostmi obrátit i na Českou národní banku.
- 7.6. Pojistník a pojištěný je, zejména ve smyslu § 12 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., ve znění novel, oprávněn být na základě žádosti kdykoliv bez zbytečného odkladu informován o osobních údajích o něm zpracovávaných pojistitelem. Tuto informaci obdrží za úhradu nutných nákladů souvisejících se sdělením požadované informace. Výše úhrady je stanovena v Přehledu poplatků.
- 7.7. Pokud pojistník nebo pojištěný zjistí, že došlo k porušení povinností uložených pojistiteli citovaným zákonem, má právo požadovat na pojistiteli nápravu, event. se obrátit na Úřad pro ochranu osobních údajů s žádostí o zajištění opatření k nápravě.
- 7.8. Pojistitel informuje pojistníka (pojištěného), že poskytnutí osobních údajů v rozsahu uvedeném v § 4 zákona o pojistné smlouvě je povinné a je podmínkou uzavření pojistné smlouvy. Poskytnutí ostatních osobních údajů uvedených v této pojistné smlouvě je nutně zejména pro stanovení výše pojistného rizika.
- 7.9. Osobní údaje bude pojistitel zpracovávat ručně i automatizované prostřednictvím svých zaměstnanců a dále zpracovatelů, se kterými uzavře smlouvy o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů. Informace o osobních údajích mohou být pojistitelem zpřístupněny zajištělům za podmínek stanovených zákonem o ochraně osobních údajů a dále subjektům oprávněným požadovat zpřístupnění údajů podle zvláštních právních předpisů.
- 7.10. Pojistné je splatné v české měně. Pojistné plnění se vyplácí v české měně a na území České republiky.
- 7.11. Oprávněná osoba je povinna předložit při šetření pojistné události doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.
- 7.12. Ten, kdo s pojistitelem uzavřel pojistnou smlouvu, je povinen určit po dobu trvání pojištění adresu pro doručování korespondence na území České republiky.
- 7.13. Pro pojištění sjednaná touto pojistnou smlouvou se nepoužije ustanovení článku 25 Řešení sporů VPP ŽP, resp. ustanovení článku 21 Řešení sporů VPP ÚP.

ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ 1. POJIŠTĚNÍHO (též „základní pojištění“)

ČLÁNEK 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI

Bod 1

Rozsah nároků

- 1.1. **Pojištění pro případ smrti s pevnou pojistnou částkou**
Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí obmyšlenému sjednanou pojistnou částku pro případ smrti. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě.
Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zaniká pojištění bez práva na plnění.
- 1.2. **Pojištění pro případ smrti s klesající pojistnou částkou**
Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí peněžnímu ústavu, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno a nebyl-li určen, obmyšlenému, pojistnou částku pro případ smrti platnou pro příslušný rok trvání pojištění. V případě výplaty peněžnímu ústavu je pojistná částka vyplacena maximálně ve výši zbývajících částky úvěru.
Výše klesající pojistné částky platná pro konkrétní rok trvání pojištění je stanovena v závislosti na sjednané pojistné době, pojistné částce a procentu úrokové sazby.
Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě.
Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zaniká pojištění bez práva na plnění.

ČLÁNEK 3 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Bod 1 Rozsah nároků

- 1.1. Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojistění závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnému sjednanou pojistnou částku závažných onemocnění a toto pojištění zanikne.
- 1.2. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění závažných onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění závažných onemocnění nevzniká a pojištění závažného onemocnění zaniká. Pojistitel sníží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění závažných onemocnění. Jinak zůstává sjednané základní pojištění beze změny.
- 1.3. Požadá-li pojištěný do výplaty sjednané pojistné částky závažných onemocnění o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 1.4. Je-li vyloučeno některé z závažných onemocnění definovaných v bodě 6 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel neposkytne pojistné plnění ani nedojde k zániku povinnosti platit běžné pojistné, byl-li sjednán tento zánik s pojištěním závažných onemocnění.
- 1.5. Je-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěním závažných onemocnění a dojde-li k závažnému onemocnění, za které pojistitel poskytne pojistné plnění podle bodu 1.1. tohoto článku, zaniká od nejbližší splatnosti po dni vzniku závažného onemocnění povinnost platit běžné pojistné za základní pojištění, úrazová pojištění a pojištění pro případ nemoci, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy. Je-li zároveň sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěním závažných onemocnění i s pojištěním kritických onemocnění, bude pojistitel strhávat rizikové pojistné pouze jednou, a to za zánik povinnosti platit běžné pojistné sjednaný s pojištěním závažných onemocnění.

Bod 2 Pojistná částka

- 2.1. Pojistná částka pojištění závažných onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.

Bod 3 Pojistné plnění

- 3.1. Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pojištění závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojištění závažných onemocnění nejříve v den účinnosti této změny.
- 3.2. Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke zvýšení pojistné částky pojištění závažných onemocnění z jiného důvodu než zvyšování v důsledku indexace pojištění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši zvýšené pojistné částky pojištění závažných onemocnění nejříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny.

Bod 4 Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění závažných onemocnění, pojistitel sníží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění závažných onemocnění.

Bod 5 Zánik pojištění

- 5.1. Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i pojištění závažných onemocnění.

Bod 6 Definice závažných onemocnění

1. **INFARKT MYOKARDU**
Infarktem myokardu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svaly vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení věnitě tepny zásobující příslušnou oblast. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu (Troponin T či I, CK-MB, případně myoglobin, AST, LDH, CK) při současné přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií:
a) klinické příznaky ischemie (bolesti na hrudi),
b) vývoj patologických Q vln na EKG,
c) EKG změny svědčící pro ischemii (ST elevace či deprese). Diagnóza musí být stanovena na specializovaném pracovišti (kardiologie, interna) a doložena lékařskou zprávou.
Výluky z plnění:
Angina pectoris a jiné formy ischemické choroby srdeční.
2. **OPERACE VĚNÝCHÝCH TEPEN**
Operaci věnčitých tepen pro ischemickou chorobu srdeční ve smyslu tohoto pojištění se rozumí kardiochirurgický výkon – minimálně dvojnásobný koronární bypass s použitím cévního štěpu (transplantátu), provedený při otevřeném hrudníku. Indikací musí být koronograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost věnčitých tepen. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem, nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.
Výluky z plnění:
Angioplastika a ostatní intraarteriální výkony provedené katetrizační nebo laserovou technikou.
3. **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ**
Operaci srdečních chlopní se ve smyslu tohoto pojištění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální a aortální) na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem, nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.
Výluky z plnění:
Valvuloplastika a vrozené vady chlopní.
4. **ZÍSKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ**
Získaným chronickým srdečním onemocněním ve smyslu tohoto pojištění se rozumí trvalé funkční nebo morfologické poškození srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující trvalou medicínu a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže

chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třídy III.–IV., nebo EF \leq 20%. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie).

5. **CĚVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA**
Cévní mozkovou příhodou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení a nebo mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému neurologickému postižení a hodnotitelné známky tohoto postižení jsou přítomny ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena typickými klinickými příznaky a CT nebo MRI vyšetřením. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie).
Vyloučena je přechodná ischemická příhoda (TIA).
6. **ZHOUBNÉ NÁDORY (RAKOVINA)**
Zhooubným nádorem (rakovinou) ve smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem, hodnoceným podle mezinárodní klasifikace TNM. Pojem rakovina zahrnuje i leukémie, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocený pT1 (Clark II.) a vyšší, zhooubné nádory mozku. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště. Byl-li proveden chirurgický výkon, je nutné doložit operační protokol.
Výluky z plnění:
I. všechny nádory popsané jako
a) premalignity (včetně dysplasie děložního hrdla CIN I, CIN II, CIN III),
b) definované jako „in situ“,
c) rakovina kůže dle TNM T1,
II. nádory související s HIV pozitivitou.
7. **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU**
Nezhoubným nádorem mozku ve smyslu tohoto pojištění se rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a možnost léčebného řešení, musí být doložena lékařskou zprávou z neurochirurgie, případně neurologie. Byl-li proveden chirurgický výkon, je nutné doložit operační protokol.
8. **MENINGITIDA**
Meningitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan bakteriálního nebo virového původu. Onemocnění musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu, nebo k trvalé neschopnosti aktivít běžného života splňující kritéria priznání invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
9. **ENCEFALITIDA**
Encefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně bakteriálního (pneumokoková, meningokoková,...) nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivít běžného života splňující kritéria priznání invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
10. **KLIŠTOVÁ MENINGOENCEFALITIDA**
Klišťovou meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivít běžného života splňující kritéria priznání invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.
11. **SELHÁNÍ LEDVIN**
Selháním ledvin ve smyslu tohoto pojištění se rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).
12. **TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ**
Transplantací životně důležitých orgánů ve smyslu tohoto pojištění se rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřevě (u kostní dřevě heterotransplantát), nebo vedení pojištěného v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území České republiky.
Výluky z plnění:
Transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí a transplantace tkání.
13. **SLEPOTA**
Slepotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta zraku obou očí následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu, zda ke ztrátě zraku došlo na obou očích najednou či postupně, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ophthalmologie) a potvrzena vyšetřením visu.
14. **HLUCHOTA**
Hluchotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (nemožnost příjmu zvukových informací) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ORL – otorinolaryngologie) a potvrzena audiometrickým vyšetřením.
15. **ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFUZI KRVE**
Onemocněním HIV ve smyslu tohoto pojištění se rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu prokazatelně pouze cestou krevní transfuze. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzují.
Výluky z plnění:
Diagnostikovaná hemofilie.
16. **LYMSKÁ BORELIÓZA**
Lymfskou boreliózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce). Musí být dokumentována přítomnost klinických příznaků, sérologický vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

17. APLASTICKÁ ANÉMIE

Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřevě, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek: 1. pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců, 2. pravidelnou aplikaci imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou měsíců, 3. transplantace kostní dřevě, nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště – hematologie.

Výluky z plnění:
Vrozená aplastická anémie.

18. CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po proděláném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přelévá do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (průkaz viru, protilátky, jaterní testy) musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, interna, hepatologická poradna).

Výluky z plnění:
Onemocnění hepatitidou typu B, C v důsledku aplikace návykových látek.

19. REVMATICKÁ HOREČKA

Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení – srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třídy II.–IV., nebo kloubů (opakovaně záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

20. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušenou sklerózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (CNS – mozku a míchy). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění ve stadiu výrazných klinických příznaků (upoutání na invalidní vozík a závislost na pomoci druhé osoby), nereagující na terapii. Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie).

21. SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE

Systémovou sklerodermii ve smyslu tohoto pojištění se rozumí chronické autoimunitní onemocnění pojiva (fibrotizace vaziva) s postizením kůže, kloubů, svalů a vnitřních orgánů, především trávicího ústrojí, plic, srdce nebo ledvin. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem na základě klinických příznaků, histologického vyšetření a laboratorních testů.

Výluky z plnění:
Postižení pouze kůže, svalů, kloubů.

Jiná nefidiferenzovaná systémová onemocnění pojiva.

22. PARKINSONOVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET

Parkinsonovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s nadměrným úbytkem přenašečů buněk v příslušné části mozku produkujících dopamin (přenašeč signálů mezi nervovými buňkami). Jeho nedostatek vede k neschopnosti ovládat a kontrolovat své pohyby. Onemocnění musí vést k vážným pohybovým potížím, k zásadnímu způsobu ovlivnění života a k trvalé neschopnosti zvládat běžné životní aktivity. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného, sledování a léčba musí být minimálně po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.

23. ALZHEIMEROVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET

Alzheimerovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění na podkladě specifických degenerativních změn mozkové tkáně projevující se demencí do věku 65 let pojištěného. Postižení musí vést k výraznému snížení poznávacích (kongnitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládnutí aktivít běžného života a kontaktu s okolím. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného, sledování a léčba musí trvat minimálně po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření (standardní psychodiagnostické testy).

Výluky z plnění:
Demence následkem zneužívání alkoholu.

24. SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATODES

Systémový lupus erythematosus ve smyslu tohoto pojištění je multiorganové autoimunitní onemocnění s tvorbou autoantilátok (difúzní onemocnění pojivové tkáně) projevující se specifickým organovým postižením kůže, kloubů, srdce, ledvin, mozku, kvetvorby, cév. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem na základě klinických příznaků, laboratorních vyšetření a splnění definovaných diagnostických kritérií.

Výluky z plnění:
Onemocnění pouze s kožními postiženími.

Jiná systémová onemocnění.

25. BRÍŠNÍ TYFUS

Bříšním tyfem se ve smyslu tohoto onemocnění rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Salmonella typhi, získané požitím kontaminovaných potravin a tekutin, případně nákazou získanou od bacilonosiče. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce) a průkazem infekčního agens mikrobiologickým vyšetřením. Musí se jednat o těžší formu onemocnění prozračenou vysokými teplotami, krvavými průjmy, komplikacemi popsanými v lékařské zprávě odborného pracoviště (komplikace: např. krvácení do střev, zánět pobříšnice, kostní dřevě...).
Výluky z plnění:
Pojištěný, který nebyl očkovan.

Onemocnění Paratyfem A, B, C.

Bacilonosiči.

26. TBC

Tuberkulózu ve smyslu tohoto onemocnění rozumí infekční onemocnění způsobené Mycobakterií tuberculosis (Kochův bacil), získané nákazou od infikované osoby nebo požitím kontaminované potraviny (mléko, ...). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, odborné oddělení dle konkrétního napadeného orgánu – plic, ledviny, kosti, mozkové obaly, ...) laboratorní kultivací nebo mikroskopickou detekcí Kochova bacilu.
Výluky z plnění:
Pojištěný, který nebyl řádně očkovan dle platného očkovacího kalendáře.

Abusus návykových látek, diagnostikovaná pozitivita HIV.

27. OPERACE AORTY

Operaci aorty se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chirurgický zákrok na hrudní nebo břišní aortě pro potvrzený výskyt aneurysmatu. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku či břišní dutiny s použitím náhradního „graftu“. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiouchirurgie.

Výluky z plnění:

Endovaskulární způsob operace, úprava aorty v důsledku aterosklerotických změn, vrozené zúžení aorty a traumatické poškození.

28. KARDIOMYOPATIE

Kardiomyopatie (onemocnění srdeční svaloviny – myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pozánětlivé infekční postižení myokardu. Diagnostika musí být stanovena na základě EKG, echokardiografie a katetrizace, eventuálně biopsie. Musí se jednat o postižení s výraznými klinickými příznaky – podle klasifikace NYHA třídy III.–IV. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou z kardiologie obsahující výsledky speciálních vyšetření.

Výluky z plnění:

Kardiomyopatie zapříčiněná genetickými nebo toxickými vlivy.

29. TETANUS

Tetanem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani.

Podmínkou vzniku práva na plnění je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

Výluky z plnění:

Nebylo provedeno základní očkování a přeočkování v řádném termínu.

30. POPÁLENINY

Popáleninami ve smyslu tohoto pojištění jsou popáleniny III. stupně v rozsahu postižení minimálně 40 % povrchu těla. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (centrum popálenin), popisující rozsah a lokalitu postižení.

31. OCHRNUTÍ – paraplegie, tetraplegie, hemiplegie

Ochrnutím ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta schopnosti aktivního volního pohybu obou horních nebo dolních končetin, všech končetin nebo poloviny těla následkem nemoci. Podmínkou vzniku práva na plnění je doba trvání onemocnění minimálně 6 měsíců. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena zprávou a výsledky provedených vyšetření.

Výluky z plnění:

Plegie následkem úrazu.

32. MORBUS BECHTĚREVA

Bechtěrovou nemocí se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánětlivé onemocnění páteře s průkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění v pozdním stadiu choroby potvrzené rentgenovým snímkem, vyšetřením CT nebo MR páteře zobrazujícím zánětem změněné a srostlé obratle (bambusová páteř) a výrazné klinické obtíže (bolestivé pohybové potíže a omezení dýchací mechaniky). Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště popisující klinické příznaky a výsledky provedených vyšetření.

33. CIRHÓZA JATER

Cirhózou jater se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chronické jaterní onemocnění charakterizované nekrotózou jaterních buněk, novotvořením uzlů ze zbylých hepatocytů a zvýšenou tvorbou vaziva po prodělané hepatitidě typu B, C. Podmínkou vzniku práva na plnění jsou výrazné klinické příznaky typické pro pozdní irreversibilní stadium nemoci (otoky, ascites, jicnové varixy) a odpovídající histologický nále. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou s popsáním anamnestickými údaji a výsledky biochemických vyšetření krve, biopsie jater, UZ případně CT, MR nebo ERCP vyšetření jater.

Výluky z plnění:

Cirhóza způsobená abusem alkoholu a toxických látek.

ČLÁNEK 4

POJIŠTĚNÍ KRITICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Bod 1

Rozsah nároků

1. Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění kritických onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto kritického onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejříve po šesti měsících od sjednání pojištění kritických onemocnění, vyplátí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku kritických onemocnění a toto pojištění zanikne.
2. Je-li kritické onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění kritických onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění kritických onemocnění nevzniká a pojištění kritických onemocnění zaniká. Pojistitel sníží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění kritických onemocnění. Sjednané základní pojištění zůstává beze změny.
3. Je-li sjednan zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěním kritických onemocnění a dojde-li ke kritickému onemocnění, za které pojistitel poskytne pojistné plnění podle bodu 1.1., zaniká od nejbližší splatnosti po dni vzniku kritického onemocnění povinnost platit běžné pojistné za základní pojištění, úrazová pojištění a pojištění pro případ nemoci, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy.
4. Pro pojištění kritických onemocnění se použije článek 20 VPP ŽP obdobně.

Bod 2

Pojistná částka

- 2.1. Pojistná částka pojištění kritických onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.

Bod 3

Pojistné plnění

- 3.1. Dojde-li během trvání pojištění kritických onemocnění ke snížení pojistné částky pojištění kritických onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojištění kritických onemocnění nejříve v den účinnosti této změny.
- 3.2. Dojde-li během trvání pojištění kritických onemocnění ke zvýšení pojistné částky pojištění kritických onemocnění z jiného důvodu než

zvysování v důsledku indexace pojištění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši zvýšené pojistné částky pojištění kritických onemocnění nejříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny.

Bod 4

Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění kritických onemocnění, pojistitel sníží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění kritických onemocnění.

Bod 5

Zánik pojištění

- 5.1. Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i pojištění kritických onemocnění.

Bod 6

Definice kritických onemocnění

1. **OPAKOVANÝ INFARKT MYOKARDU**
Opakovaným infarktem myokardu ve smyslu tohoto pojištění je v pořadí 3. a další akutní ložisková transmuralní nekróza srdečního svalu neboli Q infarkt, prokázány v kardiologickém nebo interním zdravotnickém zařízení, ve stadiu funkční klasifikace srdečního selhání podle NYHA – Třída III.–IV. Závažnost onemocnění musí být doložena lékařskou zprávou z kardiologie.
2. **COR PULMONALE**
Cor pulmonale ve smyslu tohoto pojištění je diagnostikované chorobné zvětšení pravé srdeční komory (zbytnění svaloviny a rozšíření komorové dutiny) způsobené plicní hypertenzí v důsledku závažných plicních onemocnění, nebo v důsledku primární plicní hypertenze, projevující známky selhání funkce pravé komory ve stadiu klasifikace srdečního selhání podle NYHA – Třída III.–IV.
Výluky:
Druhotné zvětšení pravé komory při:
a) jednostranném srdečním selhání,
b) vrozených srdečních vadách nebo získaných chlopenních vadách.
3. **RAKOVINA V POZDNÍM STADIU**
Rakovinou v pozdním stadiu ve smyslu tohoto pojištění je stanovení diagnózy zhoubného nádoru s nálezem uzlinových a vzdálených metastáz a nebo recidivujícího zhoubného nádoru s infaustní prognózou. Diagnóza musí být potvrzena jednoznačným histologickým nálezem z hodnocením dle TNM klasifikace a doložena lékařskou zprávou z onkologie.

ČLÁNEK 5

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

Bod 1

Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění pro případ invalidity, má pojistné plnění formu úhrady běžného pojistného (dále též „zproštění od placení pojistného“), bylo-li sjednáno v pojistné smlouvě nebo i formu měsíční invalidní renty, bylo-li sjednáno v pojistné smlouvě.

Měsíční invalidní renta

- 1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet pojištěnému měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ŽP.
- 1.2. Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po priznání invalidního důchodu a platí pro jeden rok trvání pojištění. Dnem priznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Výplata měsíční invalidní renty se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu a pojistná smlouva trvá. Výplata měsíční invalidní renty končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let.
- 1.3. Pojištění výplaty měsíční invalidní renty končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let. Došlo-li k zahájení výplaty měsíční invalidní renty před tímto dnem, je pojištěnému renta vyplácena i nadále, pokud jsou splněny ostatní podmínky pro trvání výplaty měsíční invalidní renty. Po ukončení pojištění výplaty měsíční invalidní renty pojistitel sníží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění kritických onemocnění.
- 1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojištěnému dále vyplácen.
- 1.5. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše měsíční invalidní renty z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu měsíční invalidní renty v této zvýšené výši nejříve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení výše měsíční invalidní renty a přitom vzniká právo na výplatu měsíční invalidní renty, pak se výše měsíční invalidní renty mění na hodnoty nejnižší výše měsíční invalidní renty za dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.
- 1.6. Je-li invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP ÚP, nevyžaduje se splnění podmínky dvou let trvání pojištění podle čl. 21 odst. 1 VPP ŽP.

Zproštění od placení pojistného

- 1.1. Bylo-li sjednáno zproštění od placení pojistného, je pojistník zproštěn povinností platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ŽP.
- 1.2. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po priznání invalidního důchodu a týká se běžného pojistného za jeden rok trvání pojištění. Dnem priznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu a pojistná smlouva trvá. Zproštění od placení běžného pojistného končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let.
- 1.3. Pojištění zproštění od placení pojistného končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let. Došlo-li ke zproštění od placení pojistného před tímto dnem, je pojistník i nadále zproštěn od placení pojistného, pokud jsou splněny ostatní podmínky pro trvání zproštění od placení pojistného. Po ukončení pojištění zproštění od placení pojistného pojistitel sníží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění zproštěn od placení pojistného.

- 1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojištěnému dále vyplácen.
- 1.5. Zproštění od placení pojistného se vztahuje na běžné pojistné za poslední pojistné období před priznáním invalidního důchodu, není-li uvedeno jinak.
- 1.6. Dojde-li během trvání pojištění ke snížení běžného pojistného, je pojistník zproštěn od placení běžného pojistného ve výši sníženého pojistného nejříve ode dne účinnosti této změny.
- 1.7. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného z jiného důvodu než indexace pojištění, je pojistník zproštěn od placení pojistného ve výši zvýšeného běžného pojistného nejříve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení běžného pojistného a přitom vzniká právo na zproštění od placení běžného pojistného, pojištění se mění tak, že běžné pojistné je sníženo na hodnotu nejnižšího lhůtního pojistného za dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.
- 1.8. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného, vzniká právo na zproštění od placení běžného pojistného ve výši zvýšeného pojistného nejříve v den účinnosti této změny, pokud invalidní důchod byl přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP ÚP, a k němuž došlo nejříve v den účinnosti zvýšení pojistného.

Bod 2

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i pojištění pro případ invalidity.

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

ČLÁNEK 6

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DOSPĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO

Bod 1

Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného, pojistitel vyplátí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného, k němuž dojde do 7 dní včetně od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případě plnění za smrt následkem úrazu a plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

Bod 2

Plnění za smrt následkem úrazu

- 2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 2.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 2.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu, právo na plnění má obmyslený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

Bod 3

Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

- 3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 3.2. Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 7 sedadel způsobena pojištěnému smrt úrazem, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.
- 3.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 3.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v motorovém vozidle, právo na plnění má obmyslený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.
- 3.5. Pojistnou událost ve smyslu znění čl. 11 VPP ÚP je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění při dále uvedené činnosti. Odchylně od čl. 11 odst. 2 VPP ÚP se pojištění vztahuje na pojistné události, které utrpí pojištěný při provozu motorového vozidla.
- 3.6. Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného při dále uvedené činnosti:

- a) úrazy vzniklé při uvádní motoru do chodu bezpřesředně před zahájením jízdy,
 - b) úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
 - c) úrazy dopravovaných osob, k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
 - d) úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,
 - e) úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.
- 3.7. Pojištění se nevztahuje na:
 - a) úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatník, kapota apod.),
 - b) úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréinku),
 - c) úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, jezdby z největší rychlosti, zájezdů apod.,

- d) úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
- e) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
- f) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, bulldozery,
- g) úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, i když tento byl pro dopravu osob upraven.

Bod 4

Plnění za trvalé následky úrazu

- 4.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 4.2. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozvety, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 4.3. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.
- 4.4. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 4.5. Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- 4.6. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- 4.7. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěný.
- 4.8. Požádá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalé následky úrazu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 4.9. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu.
- 4.10. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplátí pojistné plnění pouze tehdy, pokud celkové hodnocení trvalých následků dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.
- 4.11. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplátí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Násobek stanoveného plnění
do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100 %	5

Bod 5

Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- 5.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 5.2. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 5.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištěný trvalé invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného zaniká.
- 5.3. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 5.4. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- 5.5. Právo na pojistné plnění za trvalou invaliditu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 5.6. Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům plnění za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 5.2.
- 5.7. Požádá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalou invaliditu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově

omezeného důchodu, pojistitel vyplátí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.

- 5.8. Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěný.

Bod 6

Plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem ve dnech (denní plnění)

6.1. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-15)

- 6.1.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.1.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatku vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.
- 6.1.3. Plnění vyplátí pojistitel načítané v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
- 6.1.4. Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 6.1.5. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
- 6.1.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.1.7. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.1.8. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

6.2. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-MAX)

- 6.2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.2.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatku vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.
- 6.2.3. Plnění vyplátí pojistitel načítané za maximální počet dní uvedený v položce oceňovací tabulky A násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
- 6.2.4. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- 6.2.5. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.2.6. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.2.7. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

6.3. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-30)

- 6.3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.3.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatku vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než 29 dní, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A1.
- 6.3.3. Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 6.3.4. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A1 nejvyšším počtem dní.
- 6.3.5. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.3.6. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.3.7. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

Bod 7

Plnění za hospitalizaci následkem úrazu ve dnech (denní plnění)

- 7.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených

v tomto bodě a podle výše částky sjednaného denního plnění.

- 7.2. Dojde-li k úrazu, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnout nemocnici lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplátí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 7.3. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 7.4. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 7.5. Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
- 7.6. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, pak v případě souběhu hospitalizace v důsledku více úrazů se započítává každý den souběhu pouze jednou.
- 7.7. Pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- 7.8. Ústavní pobyt (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
- 7.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (přerušení hospitalizace), nebo jestliže nemocnicí ošetřovaní trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy byl pojištěný přijat do nemocničního ošetřování a den, kdy byl z tohoto ošetřování propuštěn, se sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 7.10. Pojistitel neposkytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu, zemřel-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 7.11. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu stáří, sešlosti, neduživosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče,
 - e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - f) ve vojenských ošetřovnách a ve vězeňských nemocnicích,
 - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 7.12. K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je pojištěný povinen předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- 7.13. V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání pojištěného a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
- 7.14. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěný.

Bod 8

Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 8.1. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu, trvalou invaliditu následkem úrazu, dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, hospitalizaci následkem úrazu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi sporty rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 8.2. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával povolání, pro které byl zařazen do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo nevykonával sport patřící mezi sporty rizikové činnosti nebo nevykonával sport jako profesionální sportovec a platil vyšší pojistné, než měl platit. Přepřelacené pojistné se nevrací.
- 8.3. Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu a dříve sjednaných pojištění a tím způsobil, že pojištění bylo sjednáno za jiných podmínek, než za jakých mělo být sjednáno.
- 8.4. Pojistitel plní i za takový úraz, ke kterému dojde při raftingu v období od 1. 6. do 30. 9. běžného roku na řekách v ČR. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. policie). Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.
- 8.5. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim a řídil se pokyny (např. neúčastnil se sportovních soutěží, absolvoval rehabilitaci apod.).

Bod 9

Zánik pojištění

- 9.1. Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i úrazové pojištění.
- 9.2. Úrazové pojištění končí nepožádání den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 70 let. Předchozí věta neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 70 let a vyšším. V případě skončení úrazového pojištění podle výše prvního bodu, pojistitel sníží od nejbližší splatnosti pojistného pojistné za úrazové pojištění.

Bod 10

Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 10.1. Riziková skupina 1 úrazové pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídící a administrativní činností ve vnitřní a vnější správě, obchodě, pracovníky ve zdravotnictví a kultuře, kteří nevyvíjejí fyzickou činnost. Dále zahrnuje pracovníky, jejichž pracovní činnost

má charakter výrobní či manuální a zároveň riziko úrazu je u nich srovnatelné s nevýrobní činností.

10.2. Riziková skupina 2 zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevýrobní činnosti zvýšenému riziku (např. řidiče z povolání), profesionální sportovce bez VŘC.

10.3. Riziková skupina 3 zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinných dolech; záchranné a havarijní práce baňské záchranné služby; příslušníci veřejné a závodní požární ochrany; členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniků; práce železničních posunovačů; práce ve výškách, prováděné v nucených polohách bez pracovních plošin, z provozových žebříků, visutých sedaček v závěsu na ochranném pásu a v omezeném prostoru na pracovní lávce, vesměs ve výškách nad 10 metrů; práce s vysokým rizikem akutních otrav při zaslepování a odslepování plynovodního potrubí s generátorovým plynem, svítilypnem apod., při čištění nádrží, cisteren apod., od chemických lučebnin a zvláště nebezpečných jedů; práce s vysokým rizikem popálenin v důsledku vysoké teploty pracovního prostředí, jako jsou práce při havarijních vnitřních opravách žárudvorných vyzdívek a pecí, práce se žhavými kovy apod.; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčích dýchacích přístroje (při záchranných pracích, při údržbě přehradních hrází, v kesonech); činnost umístařů, kaskadérů, krotitelů zvířet; činnost výzkumná a badatelská v neprobádaných krajích; činnost při zajištění motorových vozidel a při provádění typových zkoušek; činnost továrních jezdců motorových vozidel a plavidel.

10.4. Vysoce riziková činnost (VŘC)

Do skupiny vysoce rizikových činností (VŘC) patří všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizačních soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, benchpressu, bowlingu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, footballu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrosu, jachtingu, jezdeckých psích spřežení, kanostiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretok, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákací boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztléskávače (cheerleading), rybařského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střílby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VŘC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle 13. písm. d), e), f), g) VPP UP.

Aktivním účastníkem organizačních soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní člen organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizačních soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

10.5. Pojištěný je povinen oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli změnu povolání, jestliže jeho nové povolání patří do jiné rizikové skupiny, než do které byl zařazen. Rovněž je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že začal provozovat sport patřící do skupiny vysoce rizikových činností, případně že začal provozovat takový sport jako své povolání. Změna mající vliv na výši pojistné je účinná nejdříve od nejbližší splatnosti pojistného následující po doručení sdělení pojistiteli.

Bod 11 Extrémní sporty

11.1. Je-li sjednáno připojištění extrémních sportů, vyplatí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde: a) při vysokohorské turistice (s výjimkou expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska), b) při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezeckých expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše), c) při potápění s nutností dýchacího přístroje maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jeskynního potápění), d) při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalinových sportů (s výjimkou létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závesného létání; při freestylelingu (v jakémkoliv sportu); paraglidingu, při seskocích a letech s padákem z letadel i v výšci; řízení motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně, to platí i pro spolujezdce v takovém vozidle; řízení motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řidičské oprávnění).

11.2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 11.1. písm. a) a b) je, že pojištěný použil vybavení (výstroj a výzbroj) odpovídající náročnosti zdaněného terénu. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 11.1. písm. b), c) a d) je, že pojištěný provozoval tento sport nebo činnost s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti (např. licence) nebo u provozovatele s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti, tj. např. jako účastník soutěže organizované takovým provozovatelem.

11.3. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. horská služba, policie). Dále jsou pojištěný, příp. oprávněná osoba povinni předložit potvrzení, že pojištěný vlastnil příslušné oprávnění k provozování činnosti (např. licenci) nebo se jednalo o provozovatele s příslušným oprávněním k provozování činnosti. Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

Bod 12 Profesionální sportovci

12.1. Profesionálním sportovcem se rozumí ten sportovec, jehož převážná část z jeho celkových příjmů v kalendářním roce plyne z provozování sportovní činnosti a zároveň provozování sportovní činnosti je časově významnou aktivitou. Provozováním sportovní činnosti se rozumí činnost vykonávaná pojištěným v pracovněprávním vztahu (závislá práce) nebo jako samostatná výdělečná

činnost či jiná obdobná činnost za účelem obživy, resp. získání finančních prostředků, a to formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně.

12.2. Pokud profesionální sportovec jednoznačně vykonával sportovní činnost v době léčení potvrzené lékařem (např. účastnil se v době léčení úrazu zápasu nebo soutěže, příp. tréninku) nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění bude v těchto v případech vyplaceno pouze na základě lékařem potvrzené skutečné doby léčení, maximálně však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný porušil léčebný režim stanovený lékařem (vykonával sportovní činnost). Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim, resp. neúčastnil se zápasů, soutěží nebo tréninků. Pokud toto pojištěný neprokáže, pojistitel nemůže ukončit šetření podle ustanovení ZPS. Pokud došlo k výplatě pojistného plnění a pojistitel následně zjistí, že pojištěný v rámci doby léčení vykonával sportovní činnost, je pojištěný povinen vrátit pojistiteli vyplacené pojistné plnění nebo jeho část, a to s přihlédnutím ke všem okolnostem konkrétní pojistné události.

ČLÁNEK 7

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE

Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného dítěte, pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za trvalé následky úrazu, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného dítěte, k němuž dojde do 7 dní včetně od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případě plnění za smrt následkem úrazu.

Bod 2

Plnění za smrt následkem úrazu

- 1.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 1.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému dítěti smrt, která nastala nejspíše do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 1.3. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění má pojistitel. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

Bod 3

Plnění za trvalé následky úrazu

- 3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 3.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 3.3. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte přiměřenou zálohu.
- 3.4. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sniží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 3.5. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.

3.6. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.

3.7. Požádá-li o to zákonný zástupce pojištěného dítěte do výplaty plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění buď doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkou částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

- 3.8. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěné dítě.
- 3.9. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkou částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného dítěte došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 3.10. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Násobek stanoveného plnění
do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100 %	5

Bod 4

Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- 4.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 4.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 4.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému dítěti z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného dítěte, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištěný úraz invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného dítěte zanáká.
- 4.3. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sniží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 4.4. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- 4.5. Právo na pojistné plnění za trvalou invaliditu může uplatnit zákonný zástupce pojištěného dítěte nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 4.6. Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkou částku za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 4.2.
- 4.7. Požádá-li zákonný zástupce dítěte o výplatu důchodu do výplaty plnění za trvalou invaliditu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkou částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 4.8. Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bod 5

Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (denní plnění) DNL-15

- 5.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 5.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.
- 5.3. Plnění vyplatí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
- 5.4. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěné dítě podrobovalo občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 5.5. Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
- 5.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 5.7. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
- 5.8. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

Bod 6

Plnění za hospitalizaci následkem úrazu ve dnech (denní plnění)

- 6.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše částky sjednaného denního plnění.
- 6.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplatí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 6.3. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 6.4. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 6.5. Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného dítěte.
- 6.6. Dojde-li dle době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu

s nutností hospitalizace, pak v případě souběhu hospitalizace v důsledku více úrazů se započítává každý den souběhu pouze jednou.

- 6.7. Pojistitel poskytl plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- 6.8. Ustavní pobyt (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
- 6.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě v nemocnici nezdržovalo (přerušení hospitalizace) nebo jestliže nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy bylo pojištěné dítě přijato do nemocničního ošetřování, a den, kdy bylo z tohoto ošetřování propuštěno, se sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 6.10. Pojistitel neposkytl plnění za hospitalizaci následkem úrazu, zemřelo-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.11. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu nedužnosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - f) ve vojenských ošetřovnách a ve vězeňských nemocnicích,
 - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 6.12. K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je pojištěné dítě povinno předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- 6.13. V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání

zákonného zástupce pojištěného dítěte a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.

- 6.14. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bob 7

Společné ustanovení

- 7.1. Úrazové pojištění dítěte končí nejpозději den před výročním dnem počátku pojištění po dovršení 18 let věku dítěte. Pojistitel sníží od nejlžiší splnatosti pojištěného pojištění o pojištění za úrazové pojištění dítěte.
- 7.2. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte do 3 let jeho věku, pojistitel neposkytne pojištění plnění.
- 7.3. Jestliže pojistník neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného dítěte, a tím způsobil, že pojistitel vyplatil plnění, které by při pravdivé odpovědi vyplacen nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.
- 7.4. Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, trvalou invaliditu následkem úrazu, dobu nezbytného léčení úrazu, hospitalizaci následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRČ). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, benchpressu, bowlingu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, footbagu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrosso, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretke, metané, minigolftu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, pentanque, plavání, powerbockingu (skákáci boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby,

Bob 8

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i úrazové pojištění dítěte.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

ČLÁNEK 8 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

Pojištěným v pojištění pro případ nemoci se rozumí 1. pojištěný.

Je-li v těchto doplňkových pojistných podmínkách uvedeno „pojištění pro případ nemoci“ rozumí se tím jak pojištění pro případ nemoci sjednávávané s ČPZ, tak s ČP, včetně dalších pojištění sjednávávaných s ČPZ, tedy i pojištění splátek úvěru a pojištění finančních ztrát.

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i pojištění pro případ nemoci.

verze ŽP-VPP-KORP-0002

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění

schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 14. 9. 2004 pod č. j. 4.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro životní pojištění, které sjednává Česká pojišťovna a.s. (dále jen „pojistitel“) se použije právní řád České republiky a platí příslušná ustanovení zákona o pojištění smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“). Součástí pojištění smlouvy jsou tyto všeobecné pojistné podmínky. Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle zákona o pojištění smlouvě (dále jen „pojištění“). Životní pojištění sjednávávané pojistitelem je v souladu s § 54 odst. 2 ZPS pojištěním obnosovým.

OBCENÁ USTANOVENÍ

DRUHY POJIŠTĚNÍ

Článek 1 Druhy pojištění

1. Pojistitel v rámci životního pojištění může sjednat:
 - pojištění pro případ smrti,
 - pojištění pro případ dožití,
 - pojištění pro případ smrti nebo dožití,
 - pojištění závažných onemocnění,
 - pojištění pro případ invalidity.
2. Pojistitel může sjednat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejlžiší.
3. V jedné pojištění smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění. Pro ně pak platí pojištění podmínky příslušného druhu pojištění.

VZNIK A SPRÁVA POJIŠTĚNÍ

Článek 2

Pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění

1. Pojistnou dobu se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistnou dobu lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
2. Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednání jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojištění smlouvy.
3. U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednání jako konec pojištění.

Článek 3

Pojistné částky

Pojistitel má právo stanovit pro jednotlivé druhy a sazby životního pojištění minimální a maximální pojištění částky, na které lze pojištění sjednat.

Článek 4

Pojistné, doba placení pojištěného

1. Výše a splatnost pojištění je uvedena v pojištění smlouvě. Výše pojištění se určuje podle sazebníku pojištěného stanoveného pojistitelem pro jednotlivé druhy a sazby pojištění zejména s ohledem na pohlaví a věk pojištěného, pojistnou dobu, platnou pojistnou částku v aktuálním pojištění období a na zdravotní stav pojištěného k datu sjednání pojištění nebo k datu poslední změny pojištění.
2. Pokud výše pojištění závisí na věku pojištěného, považuje se pro účely stanovení pojištění za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného (vstupní věk pojištěného).
3. Je-li pojistník v prodlení s placením pojištění, je pojistitel oprávněn

požadovat úrok z prodlení.

4. Pojištění v pojištění za běžné pojištění se platí po sjednanou pojistnou dobu. Pojistitel může stanovit sazby, u nichž lze pojištění platit po dobu kratší.

Článek 5

Předplacení pojištění

Předplacené pojištění se považovalo za jednorázové pojištění, které snižuje běžné placené pojištění během celé doby placení pojištění. Pojištění s předplaceným pojištěním je posuzováno jako pojištění za běžné placené pojištění.

Článek 6

Mimořádné pojištění

Mimořádné pojištění se považovalo za běžné pojištění uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec dohodnutého placení běžného pojištění.

ZMĚNA POJIŠTĚNÍ

Článek 7

Změna pojištění

1. Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojištěných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.
2. Při změně pojištění je pojistitel oprávněn zkoumat zdravotní stav pojištěného.
3. V případě změny pojištění, kdy od účinnosti takové změny do konce pojištění nezbyvá celý počet let, může být důsledkem této změny stanovení nového konce pojištění.

ODKUPNÉ

Článek 8

Odkupné

1. Pokud bylo u pojištění za běžné pojištění zaplacené pojištění alespoň za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojištění sjednané na dobu delší než jeden rok nebo o pojištění s redukovanou pojistnou částkou nebo o pojištění se zaplaceným předplaceným pojištěním, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupného. Toto právo není u pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovenou dobu, a u pojištění, ze kterého se již vyplácí důchod, pokud u pojištění smlouvě nebylo dohodnuto jinak.
2. Pojištění zaniká dnem, kdy pojistitel odkupné vyplatil v hotovosti, vystavil šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.
3. Výši odkupného pojistitel stanoví podle pojištění technických zásad.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 9

Důsledky neplacení pojištění

1. Pokud bylo u pojištění za běžné pojištění zaplacené pojištění alespoň za dva roky nebo bylo zaplacené předplacené pojištění a pokud nebylo běžné pojištění za další pojištění období zaplacené ve stanovené lhůtě, mění se pojištění na pojištění se sníženou pojistnou částkou (redukcí pojištění částky), se sníženým důchodem (redukcí důchodu), a to bez povinnosti platit další pojištění.
2. Pokud redukováná pojištění částka je menší než 1 500 Kč, případně snížený roční důchod je menší než 250 Kč, bude pojištění přeměněno na pojištění se zkrácenou pojistnou dobou (redukcí pojištění doby), jejmž uplynutím pojištění zaniká.

squashe, strečinku, stolního tenisu, sachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní člen organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

Bob 8

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i úrazové pojištění dítěte.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

ČLÁNEK 8 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

Pojištěným v pojištění pro případ nemoci se rozumí 1. pojištěný.

Je-li v těchto doplňkových pojistných podmínkách uvedeno „pojištění pro případ nemoci“ rozumí se tím jak pojištění pro případ nemoci sjednávávané s ČPZ, tak s ČP, včetně dalších pojištění sjednávávaných s ČPZ, tedy i pojištění splátek úvěru a pojištění finančních ztrát.

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i pojištění pro případ nemoci.

3. Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovený počet let, pro neplacení pojištění zaniká.
4. K redukcí dojde v 00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty, jejmž uplynutím jinak pojištění zaniká pro neplacení pojištění.
5. Redukovanou pojistnou částku, snížený důchod nebo zkrácenou pojistnou dobu pojistitel stanoví podle pojištění technických zásad.

ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

Článek 10 Zánik pojištění

1. K zániku pojištění může dojít:
 - a) uplynutím doby,
 - b) nezaplacením pojištění,
 - c) dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku pojištění,
 - d) vypovědí pojistníka ke konci pojištění období,
 - e) vypovědí pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojištění smlouvy,
 - f) vypovědí pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojištění události,
 - g) vypovědí pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojištění kmene nebo jeho části podle zvláštního právního předpisu nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojistitele,
 - h) odstoupením od pojištění smlouvy,
 - i) odmítnutím plnění,
 - j) vyplacením odkupného,
 - k) smrtí pojištěné fyzické osoby,
 - l) způsobem uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.Důvody jednotlivých zániků pojištění jsou uvedeny v ZPS, doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.
2. Pokud pojištění zaniklo z jiných důvodů, než jsou uvedeny v odstavci 1 písm. h) a i), ne však proto, že pojistnou událostí odpadá důvod dalšího pojištění, je pojistitel povinen vrátit zbývající část běžného pojištění.
3. Pokud pojištění zaniklo odstoupením od pojištění smlouvy, tato smlouva se od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpозději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojištění smlouvy, vrátit zaplacené pojištění, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojištění odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyslený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojištění plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojištění.
4. Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojištění pojistitel nevrací.

POJIŠTNÁ UDÁLOST, POJIŠTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se v životním pojištění rozumí smrt pojištěného nebo dožití se pojištěného dne uvedeného v pojištění smlouvě jako konec pojištění, resp. počátek výplaty důchodu, vznik závažného onemocnění, vznik plné invalidity nebo jiná skutečnost, uvedená v pojištění smlouvě.
2. Pojištění se týká pojistných událostí, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.

Článek 12

Výluky z pojištění

Pojistitel není povinen plnit z událostí, k nimž dojde:

- a) v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítelce, válečným stavem

vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučními událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodními mírovými misi, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu,

b) v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách. V takových případech pojištění vyplátí oprávněná osobě rezervu pojištění nebo kapitálovou hodnotu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.

Článek 13

Omezení plnění pojistitele

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt anebo jímž jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti.

Článek 14

Nastane-li smrt následkem sebevraždy pojištěného

- a) do 2 let trvání pojištění, pojišitel vyplatí pojistníkou, není-li shodný s pojištěným nebo oprávněné osobě rezervu pojištění nebo kapitálovou hodnotu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě,
- b) po 2 letech trvání pojištění, vyplatí pojišitel oprávněné osobě pojistné plnění.

Článek 15

Splatnost pojistného plnění

1. Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
2. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojišitel skončil šetření nutné k zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojišitel poskytne oprávněné osobě na požádání ve smyslu § 16 odst. 3 ZPS příměřenou zálohu.

Článek 16

Výplata pojistného plnění

1. Z pojištění pojišitel poskytne jednorázové plnění nebo výplácí důchod, a to podle toho, co bylo dohodnuto v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.
2. Bylo-li v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události sjednáno plnění ve formě důchodu, důchod se vyplácí v dohodnutých obdobích, a to předem.
3. Právo na výplatu důchodu vzniká prvního dne měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém došlo k pojistné události.
4. Důchod se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu důchodu, po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.
5. Ten, komu vznikne právo na výplatu důchodu, je povinen předložit doklady potřebné pro výplatu důchodu, které pojišitel požaduje, podrobit se na vyzvání pojištělé lékařské prohlídce a oznámit změny, které mají vliv na výplatu důchodu. Dokud tyto povinnosti nejsou splněny, pojišitel s výplatou důchodu nezačne, popřípadě vyplácení až do jejich splnění pozastaví.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ

Článek 17

Pojištění pro případ smrti

1. Z pojištění pro případ smrti pojišitel na základě písemné žádosti vyplatí pojistné plnění, zemře-li pojištěný v době trvání pojištění.
2. Právo na plnění má obmyslený. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyli-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

Článek 18

Pojištění pro případ dožití

1. Z pojištění pro případ dožití pojišitel na základě písemné žádosti pojištěnému vyplatí pojistné plnění, jestliže se pojištěný dožije dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. dne počátku výplaty důchodu.
2. Právo na plnění má pojištěný.

Článek 19

Pojištění pro případ smrti nebo dožití

1. Z pojištění pro případ smrti nebo dožití vyplatí pojištel na základě písemné žádosti pojistné plnění, zemřel-li pojištěný v době trvání pojištění. Na základě písemné žádosti pojištěného vyplatí pojištel pojistné plnění, jestliže se pojištěný dožije dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. dne počátku výplaty důchodu.
2. Právo na plnění v případě smrti pojištěného má obmyslený. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyli-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS. Právo na plnění v případě dožití pojištěného má pojištěný.

OBEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Druhy pojistného plnění

1. Pojištel poskytuje z úrazového pojištění pojistné plnění – za smrt způsobenou úrazem, – za trvalé následky úrazu, – za trvalou invaliditu způsobenou úrazem, – za hospitalizaci následkem úrazu,

Článek 20

Pojištění závažných onemocnění

1. V pojištění závažných onemocnění vyplatí pojištel pojistné plnění v případě, že u pojištěného v době trvání pojištění, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění a poprvé v životě pojištěného, došlo k závažnému onemocnění definovanému v pojistné smlouvě.
2. U pojištěného došlo k závažnému onemocnění bylo-li mu diagnostikováno některé z onemocnění uvedených v pojistné smlouvě nebo podobil-li se některému z výkonů definovaných v pojistné smlouvě a v následujících 15 kalendářních dnech nedošlo k úmrtí pojištěného. Datum vzniku závažného onemocnění je datum stanovení diagnózy nebo provedení výkonu.
3. Právo na plnění v případě závažného onemocnění má pojištěný.
4. Na základě stavu lékařské vědy může v době trvání pojištění, nejdříve však po pěti letech od uzavření pojistné smlouvy, pojištel stanovit novou výši pojistného.

Článek 21

Pojištění pro případ invalidity

1. V pojištění pro případ invalidity vyplatí pojištel pojistné plnění, pokud v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od uzavření pojistné smlouvy, byl pojištěným přiznan podle předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod (dále jen „invalidní důchod“). Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod.
2. Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud invalidní důchod byl přiznan výlučně v důsledku úrazu pojištěného definovaného ve všeobecných pojistných podmínkách pro úrazové pojištění pojistitele a k němuž došlo nejdříve po sjednání počátku pojištění.
3. Pojištel má právo ověřovat trvání nároku pojištěného na invalidní důchod.
4. Právo na pojistné plnění z pojištění invalidity má pojistník nebo pojištěný podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.
5. Pojistné plnění může mít formu úhrady běžného pojistného nebo formu důchodu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.
6. Pojistné plnění se vyplácí po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 22

Oprávnění pojistitele

1. Pojištel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojištěným dán souhlas pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojištělem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu osoby, která není způsobilá k právním úkonům, dává její zákonný zástupce nebo opatrovník podpisem pojistné smlouvy.
3. Skutečnosti, o kterých se pojištel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

Článek 23

Vinkulace

1. Lze dohodnout, že pojistné plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojistné plnění nebo odkupné pojištel vyplatí třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vinkulováno (vinkulační věřitel), pokud vinkulační věřitel nedá souhlas k vyplacení plnění oprávněné osobě podle pojistné smlouvy. Úhrazením plnění vinkulačnímu věřiteli, splní pojištel svůj závazek vůči oprávněné osobě.
2. Vinkulace plnění může být provedena pouze na žádost pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, lze vinkulovat plnění jen se souhlasem pojištěného.

Článek 24

Doručování

1. Písemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojištěným známou adresu účastníka pojištění na území České republiky. Písemnost může být doručena i zaměstnancem pojistitele nebo jinou pověřenou osobou.
2. Pojistník (pojištěný) je povinen pojištěným oznámit změnu adresy, kam mu mají být písemnosti zasílány.
3. Nebyl-li adresát zastížen, doručovatel uloží písemnost pojištěnému v místně příslušné provozovně držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li adresát písemnost do 15 dnů od jejího uložení, považuje se

poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení písemnosti nedozvěděl.

4. Odmítl-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl. O následcích odmítnutí musí být adresát poučen.
5. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojištel, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojištěnému vrácena jako nedoručitelná.

Článek 25

Řešení sporů

1. Smluvní strany se dohodly, že všechny majetkové spory vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které se týkají úplného i částečného nezaplacení běžného či jednorázového pojistného, jeho výše nebo splatnosti, budou rozhodovány s vyloučením pravomoci obecných soudů v rozhodčím řízení s výjimkou uvedenou v článku 25 odstavec 2 těchto pojistných podmínek. Tyto spory budou rozhodovány jedním rozhodcem jmenovaným Správcem Seznamu rozhodců, vedeném Společností pro rozhodčí řízení, a.s. IČ 26421381 se sídlem Praha 2, Sokolská 60, PŠC 120 00 (dále jen „Společnost“). Smluvní strany prohlašují, že jsou seznámeny s obsahem Jednacího řádu pro rozhodčí řízení Společnosti, Pravidly o nákladech rozhodčího řízení, Organizačním a Kancelářským řádem Společnosti. O právech a povinnostech plynoucích z těchto dokumentů se smluvní strany mohou rovněž informovat v sídle Společnosti, kde mohou též obdržet stejnopis Jednacího řádu a Pravidel o nákladech rozhodčího řízení po úhradě nákladů na pořízení kopie, nebo na internetové adrese: <http://www.rozhodci-rizeni.cz/>. Obě smluvní strany se dohodly a berou na vědomí, že rozhodčí řízení je neveřejné, zpravidla pouze písemně, a že nevyjádří-li se žalovaným do sedmi kalendářních dnů ode dne, kdy mu byla doručena žaloba, jsou skutečnosti vyjádřené a uvedené v žalobě považovány za nesporné. Jednáním místem je zpravidla sídlo Společnosti. Veškeré písemnosti jsou doručovány poštou, případně osobně. Při doručování poštou straně sporu, jež nebyla zastížena, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, se použije přiměřeně ustanovení občanského soudního řádu o doručování písemností do vlastních rukou, přičemž opětovně doručování zásilky je nevyžaduje a platí, že nevyzvedne-li si adresát zásilku do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o doručení nedozvěděl. Písemnosti se doručují na adresu žalované strany, uvedenou v pojistné smlouvě, nesdělí-li tato strana písemně adresu jinou, k čemuž se zavazuje, pokud chce, aby jí na tuto jinou adresu byly písemnosti doručovány. V případě, že žalovaná strana tuto svoji povinnost nesplní a zdržuje se na jiné adrese, budou v rozhodčím řízení písemnosti doručovány na žalobci známou adresu a žalovaná strana bere na vědomí, že se tak děje s účinky pro rozhodčí řízení rozhodnými, jako by se na této adrese zdržovala.
2. Smluvní strany se dohodly na tom, že rozhodčí doložka sjednaná v ustanovení článku 25 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, se v rozsahu rozhodování konkrétního majetkového sporu, ve věci kterého nebylo dosud zahájeno rozhodčí řízení, ruší zahájením soudního řízení ve věci tohoto konkrétního majetkového sporu.
3. Všechny další spory, vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které vzhledem k jejich předmětu nelze podřadit pod ustanovení článku 25 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, budou rozhodovány obecnými věcně a místně příslušnými soudy.

Článek 26

Poplatky

Pojištel je oprávněn účtovat pojistníkovi poplatky za mimořádné úkony, které provádí na žádost pojistníka a jsou uvedeny v Přehledu poplatků. Výši poplatků určuje pojištel a je obsažena v aktuálním Přehledu poplatků přístupném na obchodních místech pojištělé. Úhrada poplatků se provádí započtením vzájemných pohledávek. Není-li započtení možno provést, je splatná předem.

Článek 27

Povinnosti oprávněné osoby

Oprávněná osoba je povinna předložit při likvidaci pojistné události doklady vyžádané pojištělem v českém jazyce.

Článek 28

Výklad pojmů

Písemnými dotazy pojištělé týkajícími se sjednáváního pojištění jsou všechny dotazy nutné k uzavření pojistné smlouvy. Těmito dotazy se rozumí i dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného i pojistníka. Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyslený. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyli-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS

Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění

schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 10. 6. 2008 pod č. j. 2.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro úrazové pojištění, které sjednává Česká pojišťovna a.s. (dále jen „pojištel“) se použije právní řád České republiky a platí příslušná ustanovení zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“). Součástí pojistné smlouvy jsou tyto všeobecné pojistné podmínky.

Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle ZPS (dále jen „pojištění“). Úrazové pojištění sjednává pojištělem je pojištěním obnosovým.

– za dobu nezbytného léčení úrazu.

2. Pojištel může z úrazového pojištění poskytovat i jiné druhy pojistných plnění. Pokud takové druhy pojistných plnění nejsou upraveny zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ustanovení těchto pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
3. Pro to, zda se pojištěný vztahuje na všechny uvedené druhy pojistných plnění, nebo jen na některé z nich, je rozhodující obsah pojistné smlouvy.

Článek 2

Úrazové pojištění lze sjednat v jedné pojistné smlouvě i s dalšími druhy pojištění. Pro ně pak platí všeobecné pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

VZNIK A SPRÁVA POJIŠTĚNÍ

Článek 3

Pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění

1. Pojistnou dobu se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistnou dobu lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se

sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.

2. Pojištění začíná v 00.00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.
3. U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.
4. Pokud je úrazové pojištění za běžné pojistné sjednáno v jedné pojistné smlouvě s jiným druhem pojištění, v němž je doba placení pojistného kratší než pojištění doba, zaniká úrazové pojištění uplynutím dohodnuté doby placení pojistného.

Článek 4

Pojistné částky

Pojištel má právo stanovit pro jednotlivé sazby úrazového pojištění a druhy pojistných plnění maximální a minimální pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

Článek 5

Pojistné

1. Výše a splatnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše

pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojistitelem pro jednotlivé druhy a sazby pojištění s ohledem na povolání pojistěného a vykonávanou sportovní činnost.

2. Pokud výše pojistného závisí na věku pojistěného, považuje se pro účely stanovení pojistného za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojistěného (vstupní věk pojistěného).

3. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení.

ZMĚNA POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Změna pojištění

Pokud se účastníci dohodnou o změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00.00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.

ODKUPNÉ

Článek 7 Odkupné

1. Pokud bylo u pojištění za jednorázové pojistné, sjednaného na dobu delší než 1 rok, zaplacené pojistné, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupného.
2. Výši odkupného pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.
3. Pojištění zaniká dnem, kdy pojistitel odkupné vyplatil v hotovosti, vystavil šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 8 Důsledky neplacení pojistného

Pro neplacení pojistného pojištění zaniká bez náhrady.

PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 9

U úrazového pojištění nenastává přerušování pojištění ve smyslu § 18 ZPS.

ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 10 Zánik pojištění

1. K zániku pojištění může dojít:
 - a) uplynutím doby,
 - b) nezaplacením pojistného,
 - c) dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku soukromého pojištění,
 - d) výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období,
 - e) výpovědí pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy,
 - f) výpovědí pojistitele nebo pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události,
 - g) výpovědí pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmene nebo jeho části podle zvláštního právního předpisu nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojistitele,
 - h) odstoupením od pojistné smlouvy,
 - i) odmítnutím plnění,
 - j) vyplacením odkupného u pojištění za jednorázové pojistné sjednaného na dobu delší než 1 rok,
 - k) smrtí pojistěného fyzické osoby,
 - l) způsobu uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.

Důvody jednotlivých zániků pojištění jsou uvedeny v ZPS, doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.

2. Pokud pojištění zaniklo z jiných důvodů než uvedených v odstavci 1 písm. b), h) a i), ne však proto, že pojistnou událostí odpadl důvod dalšího pojištění, je pojistitel povinen vrátit zbývající část běžného pojistného.

3. Pokud pojištění zaniklo odstoupením od pojistné smlouvy, tato smlouva se od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

4. Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojistné pojistitel nevrací.

POJISTNÁ UDÁLOST, POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11 Pojistná událost

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.

2. Pokud nebylo dohodnuto v pojistné smlouvě jinak, vztahuje se pojištění na úrazy pojistěného, ke kterým dojde při jakékoliv činnosti s výjimkou činností uvedených v článku 13.

3. Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojistěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojistěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojistěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Pro účely úrazového pojištění se poškozením zdraví rozumí tělesné poškození, které je uvedeno v oceňovacích tabulkách pojistitele.

4. Pojistitel plní i za újmy na zdraví, které byly pojistěnému způsobeny a) nemocí vzniklou vylučně následkem úrazu, b) zhoršením následků úrazu nemocí, již pojištěný trpěl před úrazem, c) místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem a nákazou tetanem při úrazu, d) diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčby následků úrazu.

Výluky z pojištění Článek 12

Pojistnou událostí není:

a) vznik a zhoršení kýly (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amoce

sítnice, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev slachových, úponů svalových, tíhových větek, synovitid, epikondylitid a výřez meziobratlové plotýnky a s ním související obtíže, včetně vertebrogenických algických syndromů, psychická újma, a to ani v případě, kdy vyvolávajícím momentem vyjmenovaných obtíží je úraz,

- b) infekční nemoc, i když byla přenesena zraněním, a pracovní úraz a nemoc z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle článku 11,
- c) následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčby následků úrazu, dojde-li v důsledku úrazu ke zhoršení nebo projevení se nemocí, včetně zhoršení či projevení se obtíží majících původ v degenerativních změnách,
- e) sebevražda, pokus o ni ani úmyslné sebepoškození.

Článek 13

Pojistitel neplní z událostí, k nimž dojde:

- a) v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítel, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučními událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodní mírovou misí, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu,
- b) v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojistěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách,
- c) přímým nebo nepřímým působením jaderné energie,
- d) v souvislosti s řízením motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně. Pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto soutěží nebo příprav na ně jako spolujezdec,
- e) vykonává-li pojištěný funkci pilota nebo jiného člena posádky letadla s výjimkou toho, vykonává-li tuto činnost jako své povolání na palubě dopravního letadla letecké společnosti přepravujícího osoby nebo náklad; při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padáky z letadel i z výšin, při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting apod.,
- g) v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řídičské oprávnění.

Článek 14

Omezení plnění pojistitele

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt anebo jímž jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti.

Článek 15

Pojistné plnění

1. Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
2. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel poskytne pojistěnému, resp. oprávněné osobě na požádání ve smyslu § 16 odst. 3 ZPS příměřenou zálohu.
3. Pojistitel poskytne pojistné plnění na základě písemného oznámení na tiskopisu pojistitele, není-li dohodnuto jinak.

Článek 16

Výplata pojistného plnění

1. Z pojištění pojistitel poskytne jednorázové plnění nebo vyplácí důchod, a to podle toho, co bylo dohodnuto v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.
2. Bylo-li sjednáno v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události plnění ve formě důchodu, vyplácí se důchod v dohodnutých obdobích, a to předem.
3. Právo na výplatu důchodu vzniká prvního dne měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém došlo k pojistné události.
4. Důchod se vyplácí pojistěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu důchodu, po dohodnutou dobu v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.

Článek 17

Povinnosti pojistěného

1. Povinnosti pojistěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, a vyžaduje-li to pojistitel, předložit požadované doklady nebo dát se vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí. V případě pozdního ošetření, které mělo vliv na délku léčby a rozsah trvalých následků, má pojistitel právo pojistné plnění adekvátně snížit.
2. V případě pochybností je povinností pojistěného prokázat, že k úrazu došlo a za jakých okolností.
3. Při hodnocení trvalých následků je pojištěný povinen prokázat se občanským průkazem či jiným platným identifikačním dokladem.
4. Pojištěný je povinen při šetření pojistné události předložit doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 18

Oprávnění pojistitele

1. Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojistěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu osoby, která není způsobitá k právním úkonům, dává její zákonný zástupce nebo opatrovník podpisem pojistné smlouvy.
3. Skutečností, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

Článek 19

Vinkulace

1. Lze dohodnout, že pojistné plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojištění plnění nebo odkupné pojistitel vyplatí třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vinkulováno (vinkulační věřitel), pokud vinkulační věřitel nedá souhlas k vyplacení plnění oprávněné osobě podle pojistné smlouvy. Uhrazením plnění vinkulačnímu věřiteli splní pojistitel svůj závazek vůči oprávněné osobě.
2. Vinkulace plnění může být provedena pouze na žádost pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, lze vinkulovat plnění jen se souhlasem pojištěného.

Článek 20

Doručování

1. Písemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojistitel známou adresu účastníka pojištění na území ČR, jemuž je určena. Písemnost může být doručena i zaměstnancem pojistitele nebo jinou pověřenou osobou.
2. Pojistník (pojištěný) je povinen pojistiteli oznámit změnu adresy, kam mu mají být písemnosti zaslány.
3. Nebyl-li adresát zašten, doručovatel uloží písemnost pojistitele v místě příslušné provozovně držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li adresát písemnost do 15 dnů od jejího uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení písemnosti nedozvěděl.
4. Odmítl-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl. O následcích odmítnutí musí být adresát poučen.
5. Pokud se adresát v místě doručení nezdružuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zápiska pojistiteli vrácena jako nedoručitelná.

Článek 21

Řešení sporů

1. Smluvní strany se dohodly, že všechny majetkové spory vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které se týkají úplného i částečného nezaplacení běžného či jednorázového pojistného, jeho výše nebo splatnosti, budou rozhodovány s vyloučením pravomoci obecných soudů v rozhodčím řízení s výjimkou uvedenou v článku 21 odstavec 2 těchto pojistných podmínek. Tyto spory budou rozhodovány jedním rozhodcem jmenovaným Správcem Seznamu rozhodců, vedeném Společností pro rozhodčí řízení, a.s. IČ: 26421381 se sídlem Praha 2, Sokolská 60, PSČ 120 00 (dále jen „Společnost“). Smluvní strany prohlašují, že jsou srozuměny s obsahem Jednacího řádu pro rozhodčí řízení Společnosti, Pravidly o nákladech rozhodčího řízení, Organizačním a Kancelářským řádem Společnosti. O právech a povinnostech plnících z těchto dokumentů se smluvní strany mohou rovněž informovat v sídle Společnosti, kde mohou též obdržet stejnopis Jednacího řádu a Pravidel o nákladech rozhodčího řízení po úhradě nákladů na pořízení kopie, nebo na internetové adrese: <http://www.rozhodci-rizeni.cz/>.

Obě smluvní strany se dohodly a berou na vědomí, že rozhodčí řízení je neveřejné, zpravidla pouze písemné, a že nevyjádří-li se žalovaný do sedmi kalendářních dnů ode dne, kdy mu byla doručena žaloba, jsou skutečnosti vyjádřené a uvedené v žalobě považovány za nesporné. Jednacím místem je zpravidla sídlo Společnosti. Veškeré písemnosti jsou doručovány poštou, případně osobně. Při doručování poštou straně sporu, jež nebyla zastížena, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, se použije příměřené ustanovení občanského soudního řádu o doručování písemností do vlastních rukou, přičemž opětovně doručování zápisly se nevyžaduje a platí, že nevyzvedne-li si adresát zápislu do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o doručení nedozvěděl. Písemnosti se doručují na adresu žalovaného strany, uvedenou v pojistné smlouvě, nesdělí-li tato strana písemně adresu jinou, k čemuž se zavazuje, pokud chce, aby jí na tuto jinou adresu byly písemnosti doručovány. V případě, že žalovaná strana tuto svoji povinnost nesplní a zdržuje se na jiné adrese, budou v rozhodčím řízení písemnosti doručovány na žalobci známou adresu a žalovaná strana bere na vědomí, že se tak děje s účinky pro rozhodčí řízení rozhodnými, jako by se na této adrese zdržovala.

2. Smluvní strany se dohodly na tom, že rozhodčí doložka sjednaná v ustanovení článku 21 odstavec 1 těchto pojistných podmínek se v rozsahu rozhodování konkrétního majetkového sporu, ve věci kterého nebylo dosud zahájeno rozhodčí řízení, ruší zahájením soudního řízení ve věci tohoto konkrétního majetkového sporu.
3. Všechny další spory, vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které vzhledem k jejich předmětu nelze podřídit pod ustanovení článku 21 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, budou rozhodovány obecnými věcně a místně příslušnými soudy.

Článek 22

Poplatky

Pojistitel je oprávněn účtovat pojistníkovi nebo pojištěnému poplatky za mimořádné úkony, které provádí na žádost pojistníka nebo pojištěného a jsou uvedeny v Přehledu poplatků. Výši poplatků určuje pojistitel a je obsažena v aktuálním Přehledu poplatků přístupném na obchodních místech pojistitele. Úhrada poplatků se provádí započetím vzájemných pohledávek. Není-li započtení možno provést, je splatná předem.

Článek 23

Povinnosti oprávněné osoby

Oprávněná osoba je povinna předložit při šetření pojistné události doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce. V případě pochybností při smrti pojištěného následkem úrazu je povinností oprávněné osoby prokázat, že k úrazu došlo a za jakých okolností.

Článek 24

Náklady

Není-li sjednáno jinak, nemá pojištěný ani oprávněná osoba právo na úhradu nákladů vynaložených v souvislosti se šetřením pojistné události.

Článek 25

Výklad pojmu

Písemnými dotazy pojistitele týkajícími se sjednáváného pojištění jsou všechny dotazy nutné k uzavření pojistné smlouvy. Těmito dotazy se rozumí i dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného i pojistníka.

Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývá ho osoba určená podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č. j.: 02/2007 (VPP-PN)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pojištění pro případ nemoci, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťovna“), se řídí zákonem¹, dalšími obecně závaznými právními předpisy², těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“), zvláštními, případně i doplňkovými pojistnými podmínkami, které blíže upravují jednotlivé typy pojištění a které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pro případ nemoci (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním a je sjednáváno jako pojištění škodové³ nebo obnosové⁴.
- Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“), a které může vyvolat pojistnou událost definovanou pro jednotlivé typy pojištění ve zvláštních pojistných podmínkách (dále jen „ZPP“).
- Podmínky přijetí do pojištění jsou stanoveny směrnicí pojišťovny, která je zájemcům o pojištění, pojistníkům a pojištěným dostupná na webových stránkách pojišťovny.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, vztahuje se pojistná ochrana jen na území ČR. Zdravotní péče a hospitalizace pojištěného musí být poskytnuta tuzemskými zdravotnickými zařízeními. Úkony a jiné skutečnosti, související se zdravotním stavem pojištěného, se kterými je spojena povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění, musí být učiněny nebo nastat na území České republiky a musí být v souladu s platnou právní úpravou⁵.
- Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, nedohodnou-li se účastníci jinak.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

- Nebýlo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojistná doba). Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojišťovna nebo pojistník neméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno.
- Pojištění vzniká v 00.00 hodin dne, určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, pojištění vzniká v 00.00 hodin prvního dne následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy.
- Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
- Zánik pojištění nastává ve 24.00 hodin dne, kdy na základě úkonů účastníků anebo nastalých skutečností, se kterými je podle těchto pojistných podmínek spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
- Pojišťovna a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
- Pojištění zanikne na základě těchto úkonů účastníků (pojišťovny nebo pojistníka):
 - pisemnou výpovědí doručenu do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jež musí uplynoutím pojištění zanikne,
 - pisemnou výpovědí ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná,
 - pisemnou výpovědí podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události, dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíc, jež musí uplynoutím pojištění zanikne,
 - uplatní-li pojistník nesouhlas se změnou výše pojistného, v tomto případě pojištění zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - odstoupením od pojistné smlouvy za podmínek stanovených zákonem,
 - odmítnutím plnit v pojistné smlouvě ze strany pojišťovny, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.

- Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - dnem, kdy pojištěný nebo pojistník přestane mít trvalé bydliště nebo sídlo na území České republiky, pokud se účastníci před zánikem pojištění nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistníkem k zaplacení dlužného pojistného,
 - dnem, ve kterém pojišťovna obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu⁶,
 - dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako přípojištění.
- Další skutečnosti, na základě kterých pojištění zaniká, vymezují ZPP pro jednotlivé typy pojištění.

Článek 4

Pojistné období

- Pojistným obdobím se rozumí časové období, za které se platí pojistné.
- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, a pokud není v pojistné smlouvě účastníky dohodnuto, je pojistným obdobím jeden měsíc.

Článek 5

Pojistné a splatnost pojistného

- Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojišťovnou.
- Nebýlo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Osoby, které jsou pojištěny jako nezletilé, jsou od pojistného období následujícího po dovršení 18 let věku povinny hradit pojistné stanovené pro tuto věkovou kategorii.
- Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojišťovna oprávněna požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného je pojišťovna oprávněna požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovného.
- Pojišťovna je oprávněna započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
- Přeplatky pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, použije pojišťovna k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 6

Přizpůsobení pojistného

- Jedenkrát ročně může pojišťovna provést porovnávací kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
- Při změně výše pojistného je pojišťovna povinen postupovat způsobem stanoveným zákonem. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Pojištění pak zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.

Článek 7

Čekací doba

- Nárok na pojistné plnění z pojištění vzniká teprve u pojistné události, nastalé po uplynutí čekací doby.
- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
- Délka čekací doby je pro jednotlivé typy pojištění vymezena ve ZPP.

Článek 8

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je nahodilá skutečnost, blíže označená ve ZPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojišťovny poskytnout pojistné plnění.
- Pojistnou událost je nutno pojišťovně oznámit způsobem stanoveným pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Pojistná částka

- Výše pojistného plnění vyplývá z pojistné částky, sjednané v pojistné smlouvě.
- Pojistná částka představuje horní hranici plnění⁷. Horní hranice plnění může být určena také limitem pojistného plnění.

Článek 10

Oprávněnost pojistného plnění

- O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojišťovna v souladu s pojistnou smlouvou a na základě dokumentů předložených pojištěným, pojistníkem nebo oprávněnou osobou.
- Pojišťovna si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojišťovna je též oprávněna složit pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.

Článek 11

Redukce výše pojistného plnění

- Pojišťovna je oprávněna pojistné plnění snížit:
 - porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností stanovenou zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zveřejnění rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojišťovna pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojišťovna pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 12

Vyluky z pojištění

- Pojišťovna neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - u nemoci nebo úrazu, který vznikl v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocněl v souvislosti s používáním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných či plynových látek,
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a v čekací lhůtě,
 - u nemocí z povolání a u pracovních úrazů,
 - pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocněl v souvislosti

- s výtržností, kterou vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným,
- pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionální provozováním sportu.

- Pojišťovna dále nezpovídá povinnost poskytnout pojistné plnění v případech, stanovených pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP.

Článek 13

Výplata pojistného plnění

- Z pojistné smlouvy je pojišťovnou poskytováno pojistné plnění pojištěnému nebo tomu, komu v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
- Pojišťovna je povinen po oznámení pojistné události, za kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření pojistné události a šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co mu byla pojistná událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.
- Nemůže-li pojišťovna šetření pojistné události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojistné události, je povinen oprávněnou osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojišťovna skončí šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojišťovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojistné plnění je pojišťovna povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované ve ZPP.
- Pokud vznikne pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění po dobu delší než jeden měsíc, vyplácí pojistné plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co je mu doložen nárok na výplatu dalšího pojistného plnění.
- Pojišťovna není v prodlení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinnosti, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto všeobecných pojistných podmínek a ZPP zavázaly plnit při pojistné události.
- Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z nějakého důvodu nenáleželo, potom je ten, kdo uplatnil právo na pojistné plnění povinen pojistné plnění, které mu bylo neprávem vyplaceno vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.

Článek 14

Měna pojistného plnění

Pojistné a pojistná plnění jsou splatná v České republice a v měně, která je ke dni jejich splatnosti na základě zvláštního předpisu určena jako platidlo na území České republiky.

POVINNOSTI POJISTNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15

Dotazy pojišťovny

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťovny týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (vykonávaného povolání), zdravotního stavu pojištěného, uzavřených pojištění s jinými pojišťovnami na stejná rizika a další, uplatněné pojišťovnou jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí apod.
- Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojišťovny týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojišťovny na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavření pojistné smlouvy, onemocnění před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavření pojistné smlouvy včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a další. Tyto údaje je třeba sdělit pojišťovně a pojištěnému, pojistník a oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojišťovny, týkající se pojištění.
- Dotazy pojišťovny je pojištěný, resp. pojistník povinen sdělit i zmocněnci pojišťovny.
- Součástí písemných dotazů pojišťovny je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 18), který je obsažen v pojistné smlouvě.
- Úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplné zodpovězení písemných dotazů pojišťovny mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojišťovny od pojistné smlouvy⁸ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy⁹.

Článek 16

Oznamovací povinnost

- Pojistník, a pokud není pojišťovna a pojištěný jedna osoba, tak i pojištěný jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojišťovně písemně oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů¹⁰, uvedených v pojistné smlouvě.
- Pojistník je dále povinen oznámit pojišťovně uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojištěním¹¹.
- Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba povinni oznámit pojišťovně, jsou stanoveny ve ZPP. Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojišťovně.

Článek 17

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění (dále jen „pojištěný“), je povinen včas pojišťovně písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady, stanovenými pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojišťovna vyžádá. Tyto dokumenty si pojišťovna ponechává.
- Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojišťovna vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojišťovně doručena ve lhůtách stanovených pojišťovnou. Brání-li pojištěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojišťovně bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.

¹ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě), v platném znění

² Např. občanský zákoník v platném znění, zákon o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, a další

³ Viz ustanovení § 26 a násl. zákona o pojistné smlouvě

⁴ Viz ustanovení § 34 a násl. zákona o pojistné smlouvě

⁵ Viz např. zákon o péči o zdraví lidí v platném znění a další předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění, nemocenské pojištění atd.

⁶ Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě

⁷ Viz ustanovení § 28 zákona o pojistné smlouvě

⁸ Viz ustanovení § 23 zákona o pojistné smlouvě

⁹ Viz ustanovení § 24 zákona o pojistné smlouvě

¹⁰ Viz ustanovení § 4 odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě

¹¹ Viz ustanovení § 31 zákona o pojistné smlouvě

¹² Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě

¹³ Viz ustanovení § 18 zákona o pojistné smlouvě

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 18

Dotazník o zdravotním stavu

- Pojištěný je povinen pravdivě a úplně vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
- Pravdivě a úplně zodpovězení dotazů pojistitele a uvedení všech požadovaných údajů je nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy. To platí i v případě změny pojistné smlouvy nebo obnovy pojištění a dojde-li před uzavřením pojistné smlouvy (změny pojištění) k jakýmkoli změnám v údajích, uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
- Za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 19

Zkoumání zdravotního stavu

- Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného¹² při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem od lékařů, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojistitel sám určí. Zjišťování zdravotního stavu provádí pojistitel prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.
- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy.
- Pojištěný je povinen umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
- Pojištěný je povinen se podrobit na požádání pojistitele vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, je povinen pojistitele včas informovat o důvodech, které mu brání ve splnění této povinnosti a dohodnout s pojistitelem náhradní termín vyšetření.
- Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro uzavření pojistné smlouvy a plnění závazků z pojištění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěného.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 20

Postoupení pohledávky

- Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetí osobě, je povinen tyto nároky až do výše poskytnutého pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
- Vzdá-li se pojištěný nárok dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez předchozího písemného souhlasu pojistitele, je

pojistitel zproštěn povinnosti plnit v rozsahu, v jakém mohl požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 21

Změna pojištění

- Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky. Jedno vyhotovení dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
- Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojištění sjezdaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění.
- Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění v 00.00 hodin dne, který byl účastníky dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 22

Přerušení pojištění

- Pojištění může být během pojistné doby přerušeno¹³. Za dobu přerušeni netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušeni pojištění a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- Pojištění může být přerušeno dohodou účastníků.
- Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušeni pojištění je pojistník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojištění.
- Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zaplaceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 23

Doručování písemnosti

- Písemnosti adresované pojištěnému, pojistníkovi nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojištěteli známou adresu účastníka pojištění, jemuž je určena (dále jen „místo doručení“). Nastane-li pojištná událost, jsou písemnosti doručovány pouze do místa, určeného ošetřujícím lékařem jako „přesná adresa v době pracovní neschopnosti“ a uvedená na formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“.
- Nebyl-li adresát zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místně příslušné provozovně pošty a adresát se vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Písemnost se považuje za doručenou dnem uložení, i když se adresát o uložení zásilky nedozvěděl.

- Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmitne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
- Písemnosti adresované a doručované pojistiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
- Oznámi-li pojistník (pojištěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesné stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.
- Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 24

Forma právních úkonů

- Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně.
- Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a dodatky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušeni, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění, musí mít písemnou formu.
- Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu, výkonu povolání a příjmu pojištěného, tak případně další dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (dále jen „zájemce o pojištění“), tak i odpovědi na ně.

Článek 25

Příslušnost soudu a volba práva

Jákykoliv spor vyvíjející z pojištění nemoci bude řešen u příslušného soudu v ČR a podle právních předpisů platných na území ČR.

Článek 26

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojistitel v aktualizovaném Seznamu způsobilých úkonů, přístupném v místě sídla pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek a není-li započtení možné, je splatná předem.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5. 9. 2007.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 10. 2007.

Zvláštní pojistné podmínky pro obnovení pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č. j.: 03/2007 (ZPP PDD-O)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnovení, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nemoci č. j.: 02/2007 ze dne 5. 9. 2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnovení¹.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu² příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatelé“).
- Povoláním se pro účely těchto pojistných podmínek míní výkon práce na základě pracovněprávního nebo jemu obdobného vztahu³, vykonávaného u konkrétního zaměstnavatele, živnostenské podnikání⁴ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, usku- tečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵ a specifikovaných v pojistné smlouvě.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel od určeného dne pracovní neschopnosti (tj. po uplynutí karenční doby) denní dávku při pracovní neschopnosti (dále jen „denní dávka“), a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

Pojištění vzniká dnem, který byl v pojistné smlouvě dohodnut jako počátek pojištění a nebyl-li počátek pojištění v pojistné smlouvě určen, vzniká pojištění prvním dnem bezprostředně následujícího kalendářního měsíce po měsíci uzavření pojistné smlouvy. Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 VPP a na základě těchto dalších skutečností, kdy pojištění zaniká:

- dnem, který předchází dni, ve kterém pojištěný zahájí výkon jiného povolání, než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, nedohodnou-li se účastníci na změně pojištění před jeho zánikem,
- uplynutím doby 6 měsíců po kterou pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil živnostenské podnikání či výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), nedohodnou-li se účastníci na změně nebo přerušeni pojištění před jeho zánikem,
- dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁶ nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před

dosažením důchodového věku ve smyslu zákona⁷ nejpозději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,

- dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty přiznaného plného nebo částečného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů,
- vyplacením pojistného plnění (denní dávky) v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění (čl. 6) po dobu 52 týdnů.

Článek 3

Čekací doba

- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Zvýší-li se pojistná částka (výše denní dávky) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.
- V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpokladu, že:
 - úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejpозději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizován; to neplatí v případě, brání-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit a pojištěný věrohodným způsobem doloží existenci těchto překážek,
 - hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet plnoci strávených v nemocnici (nejméně 2 plnoci).Pro odpadnutí čekací doby musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění a po uplynutí čekací doby. Pracovní neschopnost nastala v době, ve které pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě, není pojistnou událostí.
- Pro účely pojištění se pracovní neschopností rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy výše vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti⁸, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenskou

dávky podle zákona o nemocenském pojištění⁹ nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění,

- doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka) a byl pojistiteli doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojistná událost,
 - opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
 - pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v Potvrzení o prac. neschopnosti.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem. Účastníci se mohou dohodnout na posouzení nezbytné doby trvání pracovní neschopnosti nezávislým zdravotnickým zařízením, veškeré náklady spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jdou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravotního posudku vyžádá.
 - Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 2 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydat potvrzení o pracovní neschopnosti.
 - Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí a nebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
 - Pojistnou událostí se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující přiznané pracovní neschopnosti, změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
 - Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJIŠTĚNÍHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše denní dávky.

Článek 6

Limit pojistného plnění

- Denní dávka při pracovní neschopnosti se vyplácí od smluvně určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby. Pojištěný si může v pojistné smlouvě dohodnout jen jeden počátek pojistného plnění.
- Denní dávka je zaručena po dobu trvání pojištění a její výplata je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů (limit

¹ Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

² Zákon o dani z příjmu v platném znění

³ Zákoník práce v platném znění

⁴ Zákon o živnostenském podnikání v platném znění

⁵ Např. dle zákona o péči o zdraví lidí, zákona o advokacii v platném znění, zákona o notářích a jejich činnosti v platném znění a další

⁶ Vydaného na základě zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a dle dalších právních předpisů

⁷ Zákon o důchodovém pojištění v platném znění

⁸ Potvrzení prac. neschopnosti

⁹ Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

pojistného plnění). Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do doby vymezené v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí. Pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.

3. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7 Výluky z pojištění

1. Podmínky, za kterých nevzniká pojištění povinnost poskytnout pojistné plnění (výluka z pojištění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - a) při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - b) při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastal následkem úrazu,
 - c) při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hracské závislosti,
 - d) při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojištěný s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - e) při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - f) při pracovní neschopnosti, která nastala v době po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti).
2. Pojistitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - a) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojištěný v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěného upozornil,
 - b) za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (tj. v době po kterou nebyl zaměstnán nebo přerušil či ukončil živnostensk

- podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
- c) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojištěný určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - d) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 9 těchto ZPP,
 - e) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.
3. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
2. Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - a) každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - b) ukončení (přerušeni) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění,
 - c) ztrátu příjmu,
 - d) změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - e) zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“), povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - a) je povinen včas, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění, pojištěný písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 4 těchto ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojištěný vyžádá,
 - b) trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný

povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 14 dnů trvání pracovní neschopnosti nebo pojištěný bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.

2. Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení do konce uplynutí karenční doby; pokud ze závazných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
3. Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojištěnému, a to včetně osob zmocněným pojištěným, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojištěnému nezbytnou součinnost.
4. Pojištěný je povinen zdržet se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován v nemocnici nebo opustil místo bydliště s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
5. Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svédomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozptýlení vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění nemocí (VPP-PN) č. j.: 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5. 9. 2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5. 9. 2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 10. 2007.

Zvláštní pojistné podmínky pro škodové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č. j.: 04/2007 (ZPP PDD-Š)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění škodové, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nemocí č. j.: 02/2007 ze dne 5. 9. 2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové¹.
2. Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona² příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatelé“).
3. Povolání se pro účely těchto pojistných podmínek míní výkon práce na základě pracovněprávního nebo jemu obdobného vztahu³, vykonávaného u konkrétního zaměstnavatele, uvedeného v pojistné smlouvě, živnostenské podnikání⁴ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵ a specifikovaných v pojistné smlouvě.
4. V případě pojistné události je pojištěný povinen poskytnout náhradu škody způsobenou snížením nebo ztrátou příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti. Náhradu poskytuje formou výplaty denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.
5. Výše denní dávky je v pojistné smlouvě stanovena pojistnou částkou a pojištělý je povinen poskytnout náhradu škody jen ve výši prokázané skutečné ztráty či snížení příjmu pojištěného, tj. ve výši pojistitelné denní dávky ve smyslu čl. 5 těchto ZPP.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

Pojištění vzniká dnem, který byl v pojistné smlouvě dohodnut jako počátek pojištění a nebyl-li počátek pojištění v pojistné smlouvě určen, vzniká pojištění prvním dnem bezprostředně následujícího kalendářního měsíce po měsíci uzavření pojistné smlouvy. Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 VPP a na základě těchto dalších skutečností, kdy pojištění zaniká:

- a) dnem, který předchází dni, ve kterém pojištěný zahájí výkon jiné povolání, než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, nedohodnou-li se účastníci na změně pojištění před jeho zánikem,
- b) uplynutím doby 6 měsíců, po kterou pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil živnostenské podnikání či výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), nedohodnou-li se účastníci na změně nebo přerušeni pojištění před jeho zánikem,
- c) dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁶ nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona⁷, nejpozději však

- d) dnem, kdy byl pojištěný uznan invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty přiznaného plného nebo částečného invalidního důchodu, požádá-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů⁸,
- e) vyplácením pojistného plnění (denní dávky) v rozsahu stanoveným limitem pojistného plnění (čl. 6) po dobu 52 týdnů.

Článek 3

Čekací doba

1. Délka čekací doby činí tři měsíce.
 2. Zvýšili-li se pojistná částka (výše denní dávky) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti tohoto pojištění.
 3. V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpokladu, že:
 - a) úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejpozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizován; to neplatí v případě, brání-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit a pojištěný věrohodným způsobem doloží pojištěnému existenci těchto překážek,
 - b) hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnočních strávených v nemocnici (nejméně 2 půlnoci).
- Pro odpadnutí čekací doby musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 4

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění po uplynutí čekací doby a dále za předpokladu, že při ní dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného. Pracovní neschopnost nastala v době, ve které pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě, není pojistnou událostí. Snížení nebo ztrátu příjmu je pojištěný povinen prokázat a pojištěný doložit způsobem vymezeným v čl. 7 těchto ZPP.
2. Pro účely pojištění se pracovní neschopnosti rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojištěnému jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - a) pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - b) pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti⁹, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost pojištěných, kteří mají nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění¹⁰, nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojištěného v případěch, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění,

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

1. Pojistná částka je na návrh pojistníka stanovena v pojistné smlouvě tak, aby odpovídala předpokládanému snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného při pracovní neschopnosti z výkonu povolání, které je specifikováno v pojistné smlouvě podle návrhu pojistníka.
2. Výše pojistné částky se určí dle směrnice pojistitele. Pojistitel je oprávněn měnit i v průběhu pojištění pravidla pro stanovení výše pojistné částky, a to v závislosti na aktuálně dosažovaném příjmu z výdělečné činnosti pojištěných osob, vyplácených nemocenských a sociálních dávkách a stanoví tak nové maximální výši předpokládané náhrady škody (výši pojistné částky).
3. Při stanovení výše pojistné částky se vychází z dosaženého příjmu pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem nebo změnou pojištění. Pojistitel je oprávněn při uzavření pojistné smlouvy nebo změny pojištění, jakož i při šetření pojistných událostí přezkoumávat výši příjmu pojištěného.
4. Při pojistné události plní pojištělý denní dávku do výše sjednané pojistné částky (horní hranice plnění), nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky.
5. Pojistitelná denní dávka je skutečná ztráta příjmu pojištěného, připadající na 1 kalendářní den. Vypočítává se ze součtu prokazatelně doložených čistých příjmů pojištěného za poslední zdaňovací období

¹ Viz ustanovení § 26 a násl. zákona o pojistné smlouvě

² Zákon o dani z příjmu, v platném znění

³ Zákoník práce v platném znění

⁴ Zákon o živnostenském podnikání v platném znění

⁵ Např. dle zákona o péči o zdraví lidu, zákona o advokacii v platném znění,

⁶ Zákon o notářích a jejich činnosti a dal.

⁷ Vydaného na základě zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a dle dalších právních předpisů

⁸ Zákon o důchodovém pojištění, v platném znění

⁹ Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění

¹⁰ Potvrzení prac. neschopnosti

¹¹ Zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších předpisů

před vznikem pojistné události. Od těchto příjmů se odečtou další nároky, které pojistněnému náleží z důvodů pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojistěný v případě pojistné události může nárokovat od zaměstnavatele, nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení nebo od ostatních pojistitelů k vyrovnání své ztráty příjmu nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.

6. Výše vyplácené denní dávky nesmí spolu s příjmy, které náleží pojistěnému v době pracovní neschopnosti ve smyslu odst. 5, překročit v přepočtu na jeden kalendářní den čistý příjem pojistěného, stanovený ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.
7. Přesahuje-li pojistná částka pojistitelovou denní dávku, nebo přesahuje-li doba vyplácení mzdy nebo její náhrady smluvně dohodnutý počátek plnění dle čl. 6 těchto ZPP, je pojistitel oprávněn pojistnou částku, počátek plnění a pojistné přizpůsobit skutečným poměrům. Přizpůsobení pojistění nastává v kalendářním měsíci následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém tyto skutečnosti pojistitel zjistil, a to s účinností ode dne, který se označením shoduje se dnem počátku pojistění, určeným v pojistné smlouvě. Nesplnil-li pojistěný (pojistník) oznamovací povinnost dle čl. 9 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP, náleží pojistiteli pojistné v původní výši do přizpůsobení pojistění.
8. Za trvání pojistění může jak pojistitel, tak i pojistník navrhnout, aby pojistná částka, počátek plnění a pojistné byly přizpůsobeny skutečným poměrům. Přizpůsobení pojistění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojistění ve smyslu čl. 21 VPP.

Článek 6

Limit pojistného plnění

1. Denní dávka při pracovní neschopnosti se vyplácí od smluvně určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby. Pojistěný si může v pojistné smlouvě dohodnout jen jeden počátek pojistného plnění.
2. Denní dávka je zaručena po dobu trvání pojistění a její výplata je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů (limit pojistného plnění). Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do doby vymezené v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí. Pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
3. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojistění.

Článek 7

Čistý příjem a jeho dokládání

1. Při pojistné události musí pojistěný doložit výši čistého příjmu způsobem určeným pojistitelem, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události¹¹. Dále je na výzvu pojistitele povinen doložit výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemocenského či důchodového pojištění případně od ostatních pojistitelů k vyrovnání ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
2. Stane-li se pojistěný osobou, která nemá ve smyslu těchto pojistných podmínek žádný čistý příjem, pojistění zaniká za podmínek stanovených v čl. 2 písm. a) těchto ZPP.
3. Čistým příjmem se pro účely tohoto pojistění rozumí:
 - a) příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o dani z příjmu, a to po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění;
 - b) příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o dani z příjmu po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení, příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnuty do těchto výdajů.
4. Ke zjištění příjmů rozhodných pro výplatu denní dávky je pojistěný povinen na žádost pojistitele prokázat výši čistých příjmů způsobem

¹¹ Např. úplným výpisem příznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, vydaným a ověřeným přísl. finančním úřadem nebo potvrzením zaměstnavatele o vyúčtování daně z příjmu za předchozí zdaňovací období

vymezeným pojistitelem. Za tímto účelem je pojistěný povinen zprostit mlčenlivosti instituce a úřady, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, finanční úřady), čímž se rozjímá i udělení písemné plné moci pojistiteli k nahlášení do spisů vedných těmito institucemi a úřady.

Článek 8

Výluky z pojistění

1. Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výluky z pojistění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - a) při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojistěného,
 - b) při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - c) při pobytu pojistěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hracské závislosti,
 - d) při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - e) při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - f) při pracovní neschopnosti, která nastala v době, po kterou pojistěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojistění (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živnostenského podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti).
2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - a) za dobu pracovní neschopnosti pojistěného, kterou pojistěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci setření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojistěného vyžval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojistěného upozornil,
 - b) za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojistěný nedoložil prokazatelným způsobem ztrátu nebo snížení příjmu z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
 - c) za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojistěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojistění (t.j. v době, po kterou nebyl zaměstnán nebo přerušil či ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
 - d) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetření nenechal,
 - e) za dobu pracovní neschopnosti pojistěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 10 těchto ZPP,
 - f) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojistěným, tj. zjistil-li zejména, že pojistěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojistěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.
3. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

POVINNOSTI POJISTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 9

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojistění ve smyslu čl. 15 VPP. Součástí těchto dotazů

jsou i písemné dotazy pojistitele, týkající se dosahovaného příjmu pojistěného z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.

2. Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnosti oznámit pojistiteli:
 - a) každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojistěného,
 - b) ukončení (přerušeni) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojistění,
 - c) ztrátu příjmu,
 - d) snížení příjmů pojistěného, pokud tyto poklesly oproti příjmu, na základě kterých byla stanovena pojistná částka.
 - e) změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - f) zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 10

Povinnosti pojistěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojistěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojistěný“), povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - a) je povinen včas, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 4 těchto ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - b) trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojistěný povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 14 dnů trvání pracovní neschopnosti nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit,
 - c) doložit pojistiteli výši čistého příjmu způsobem vymezeným v čl. 7 těchto ZPP.
2. Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení do konce uplynutí karenční doby; pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojistěný splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
3. Pojistěný, pojistník a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojistění, snížení příjmu v důsledku pracovní neschopnosti a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
4. Pojistěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován v nemocnici nebo opustil místo bydliště s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zdravotního stavu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojistěného do místa bydliště.
5. Pojistěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozptýlení vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 11

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojistění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojistění nemocí (VPP PN) č.j. 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5. 9. 2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5. 9. 2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 10. 2007.

Zvláštní pojistné podmínky

pro obnosové pojistění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j.: 05/2007 (ZPP N-O)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ:

Pro pojistění denní podpory při pobytu v nemocnici, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“) jako pojistění obnosové, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojistění nemocí č. j.: 02/2007 ze dne 5. 9. 2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojistění

1. Pojistění denní podpory při pobytu v nemocnici (dále jen „pojistění“) je soukromým pojistěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a je sjednáváno jako pojistění obnosové².
2. V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní podporu při pobytu v nemocnici (dále jen „podpora“), a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojistění

Pojistění vzniká dnem, který byl v pojistné smlouvě dohodnut jako počátek pojistění a nebyl-li počátek pojistění v pojistné smlouvě určen, vzniká pojistění prvním dnem následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy. Pojistění zaniká na základě ukončení účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 VPP.

Článek 3

Čekací doba

1. Délka čekací doby činí tři měsíce.
2. Čekací doba počíná běžet od počátku pojistění.
3. V případě úrazu, který nastal v době trvání pojistění, se čekací

¹ Viz ustanovení § 62 zákona o pojistné smlouvě

² Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

však vztahuje pouze na léčebnou péči v zařízeních, která splňují podmínky vymezené v odst. 2.

5. Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojistěný přijat k hospitalizaci a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
6. Pojistnou událostí není, byl-li pojistěný přijat k hospitalizaci před počátkem pojistění, v čekací době nebo ve zvláštní čekací době.
7. Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše podpory.

Článek 6

Limit pojistného plnění

1. Podpora se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace, která je z lékařského hlediska nezbytná, a poskytuje se bez časového omezení, pokud se v dalších ustanoveních těchto ZPP nestanoví jinak.
2. Pro účely poskytnutí podpory se den, kdy byl pojistěný k hospitalizaci přijat a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
3. Při hospitalizaci při porodu náleží podpora pouze za 7 dní hospitalizace pojistěného, při hospitalizaci v důsledku onemocnění souvisejících s těhotenstvím pouze za 14 dní hospitalizace pro každé těhotenství.
4. Výplata podpory končí nejpozději se zánikem pojistění.

Článek 7 Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojištění povinnost poskytnout pojištění plnění (výluky z pojištění) jsou vymezeny v čl. 12 VPP. Pojistitelé dále nevzniká povinnost poskytnout pojištění plnění:
 - při hospitalizaci v nemocničních zařízeních, která pojistitel vyloučil z pojištění ochrany, a to zejména v případě, že k pojištění události došlo poté, co pojistitel o této výluce pojištěného písemně informoval,
 - při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž při pobytu pojištěného v ústavech sociální péče a na ošetrovnách vojenských útvarů,
 - při hospitalizaci v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - při léčebném pobytu pojištěného v léčebnách léčby závislosti na alkoholu, toxikomanie a hracské závislosti,
 - při hospitalizaci pojištěného související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - při léčebném pobytu v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních,
 - při hospitalizaci za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
 - při hospitalizaci vzniklé v souvislosti s nemocí z povolání nebo pracovním úrazem,
 - při hospitalizaci plánované před počátkem pojištění nebo

³ Propouštěcí zpráva z nemocnice

hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění.

- Pojištění dále nevzniká povinnost poskytnout pojištění plnění za dobu:
 - kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval nebo jestliže hospitalizace pojištěného trvala méně než 24 hodin,
 - za dobu hospitalizace, kterou pojištěný nedoložil dokladem o poskytnutí nemocniční lůžkové péče ve smyslu čl. 8 těchto ZPP, který si pojistitel v rámci pojištění události vyžádal, a k jehož doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného upozornil.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - změnu ošetrujícího lékaře a jeho adresy,
 - zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“), povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:

Zvláštní pojistné podmínky

pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č. j.: 03/2010 (ZPP-PP)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Článek 1

Úvodní ustanovení

Pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (dále jen „zákon“), další obecně závazné právní předpisy¹, Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č. j.: 02/2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové² a jako připojištění (doplňkové pojištění) k jinému soukromému pojištění s běžným pojištěním.
- Pojištění plateb pojistného lze sjednat jen pro fyzické osoby, které vykonávají povolání vyznačené v pojistné smlouvě a mají ve smyslu zákona o daních z příjmů³ příjem z výdělečné činnosti, jsou-li současně smluvní stranou pojistné smlouvy a plátcem běžného pojištění (pojistníkem) ze soukromého pojištění sjednaného s pojistitelem nebo s jiným pojistitelem (dále jen „základní pojištění“) a takto sjednané pojištění trvá ke dni počátku pojištění plateb pojistného.
- Povoláním se pro účely pojištění plateb pojistného mívá výkon práce na základě pracovněprávního nebo jemu obdobného vztahu („zaměstnanci“), živnostenské podnikání⁴, jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵ („podnikatelé“).
- Základním pojištěním se rozumí jakékoliv soukromé pojištění, ke kterému bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako připojištění.
- Běžným pojištěním se rozumí pojistné ze základního pojištění placené pojistníkem v dohodnuté výši za dohodnuté pojistné období.
- Pokud není pojistnou smlouvou stanoveno jinak, pojistná ochrana se vztahuje na platby běžného pojištění ze všech sjednaných pojištění, ke kterým bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako připojištění. Pojistná ochrana se vztahuje i na tzv. indexaci pojištěného, tj. zvýšení běžného pojištění pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulý rok. Pojistná ochrana se nevztahuje na pojistné hrazené pojistníkem za trvání pojištění nad rámec sjednané výše běžného pojištění ze základního pojištění (mimořádné běžné pojistné), a rovněž na dobu, na kterou bylo pojistníkově povoleno přerušování placení pojistného ze základního pojištění.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel po uplynutí stanovené délky pracovní neschopnosti opakovaně plnění oprávněné osobě, trvá-li jedna a tažá pracovní neschopnost pojištěného, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou. Pojistné plnění může mít i formu úhrady běžného pojištění hrazeného přímo pojistitelem, poskytkyčím základní pojištění, pokud to bylo v pojistné smlouvě takto ujednáno.
- Do pojištění plateb pojistného nemůže být přijat zájemce, který neudělil pojištění výslovný souhlas ke zjišťování zdravotního stavu nebo přičiny smrti ve smyslu zákona⁶, a to za účelem šetření pojistných událostí. Podmínky přijetí do pojištění stanoví pojistitel.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

- Pojištění plateb pojistného vzniká dnem, který byl v pojistné smlouvě dohodnut jako počátek pojištění, a nebyl-li počátek pojištění v pojistné smlouvě určen, vzniká pojištění prvním dnem bezprostředně následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy.

¹ Např. zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění, zákon č.

277/2009 Sb., o pojistovnictví, v platném znění a dal.

² Viz ustanovení § 34 až § 36 zákona

³ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění

⁴ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění

⁵ Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění

⁶ Např. dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, zákona č. 85/1996 Sb.,

o advokacii, zákona č. 358/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti a dal.

⁷ Ustanovení § 50 zákona

⁸ Viz zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

- při vzniku pojistné události pojistitelé doručí vyplněný formulář pojistitele a doklad o poskytnutí nemocniční lůžkové péče, vydaný příslušným zdravotnickým zařízením⁷,
 - doklady vymezené pod písm. a) musí obsahovat identifikaci pojištěného (jméno a příjmení ošetřované osoby, její rodné číslo, bydliště), označení druhu onemocnění (diagnóza dle klasifikace ICD), datum počátku a datum ukončení hospitalizace, jakož i další potřebné údaje vyžádané pojistitelem.
- Doklady uvedené v odst. 1 je pojištěný povinen předložit u pojistitele bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojistitel poskytuje na žádost pojištěného zálohu (zálohy) na pojištění plnění, je nutno nárok pojištěného doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění nemoci (VPP-PN) č. j.: 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5. 9. 2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5. 9. 2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 10. 2007.

se pracovní neschopností rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:

- pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu za zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti⁸ vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění, nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění,
 - doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka) a byl pojistiteli doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojistná událost,
 - opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
 - pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.
- Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je osobou pojištěnému blízkou⁹, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 1 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.
 - Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí anebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
 - Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 11 těchto ZPP.

ROZSAH POJIŠTĚNÉHO PLNĚNÍ

Článek 6

Pojistná částka

- Při pojistné události poskytuje pojistitel opakovaně plnění nebo plnění formou úhrady pojistného, a to ve výši sjednané pojistné částky (sjednaného obnosu), která, není-li dohodnuto něco jiného, představuje výši běžného pojištění (celkového lůžkového pojištění) po slevě za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná) z uzavřené pojistné smlouvy, a to běžného pojištění za dobu odpovídající době trvání pracovní neschopnosti, dosáhne-li délka pracovní neschopnosti smluvně dohodnutého dne (dnů) pracovní neschopnosti, k němuž (nimž) vzniká oprávněná osobě (čl. 9 odst. 1 těchto ZPP) podle pojistné smlouvy právo na plnění z pojištění plateb pojistného.
- Není-li pojistnou smlouvou stanoveno jinak, první pojistné plnění ve výši 1/12 běžného pojištění připadajícího na 1 rok trvání pojištění plateb pojistného náleží oprávněné osobě po dovršení 30 dnů nepřetržitého trvání pracovní neschopnosti, další pojistné plnění ve stejné výši za každých dalších dovršených 30 dnů jedné a téže pracovní neschopnosti pojištěného, nejvýše však do limitu pojistného plnění dle odst. 3.
- Pojistné plnění je zaručeno po dobu trvání pojištění plateb pojistného. Výplata pojistného plnění je při každé pojistné události omezena výši ročního běžného pojištění ze základního pojištění, ke kterému bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako připojištění (limit pojistného plnění). Pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Dojde-li během trvání pojištění plateb pojistného ke snížení výše běžného pojištění ze základního pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana, plní pojistitel jen ve výši sníženého běžného

⁹ Viz ustanovení § 57 až § 60 zákona č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění, v platném znění

¹⁰ Viz ustanovení § 116 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění

pojistného, a to ode dne účinnosti změny pojištění plateb pojistného. Dojde-li během trvání pojištění plateb pojistného ke zvýšení běžného pojistného ze základního pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana, plní pojistitel ve výši zvýšeného běžného pojistného až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny základního pojištění.

5. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění plateb pojistného.

Článek 7

Počátek pojištění plnění

1. Pojistné plnění se vyplácí od smluvně dohodnutého dne trvání pracovní neschopnosti ve výši sjednané pojistné částky.
2. Další, opakované plnění náleží oprávněné osobě v případě, trvá-li pracovní neschopnost pojištěného k smluvně dohodnutému dni pracovní neschopnosti, který zakládá právo na výplatu dalšího opakovaného plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to až do stanoveného limitu pojistného plnění (horní hranice plnění při pojistné události).

Článek 8

Výluka z pojištění

1. Podmínky, za kterých nevzniká pojištění povinnost poskytnout pojistné plnění (výluka z pojištění), jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - a) ze škodných událostí vzniklých v důsledku vrozené vady pojištěného, onemocnění pojištěného, které vzniklo nebo podle posudku revizního lékaře určeného pojistitelem muselo vzniknout před počátkem pojištění, úrazu pojištěného nastalého před počátkem pojištění nebo vzniklých jako následek či komplikace vyplývající z událostí a stavů uvedených v této větě,
 - b) při pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - c) při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo nepřiznivého psychického stavu, pokud nastaly následkem úrazu,
 - d) při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - e) při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech, kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas; přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - f) při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - g) při pracovní neschopnosti, která nastala v době, po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
 - h) pokud pojištěný utrpěl úraz při provozování tzv. „adrenalinových sportů“, jako je např. bungee-jumping, canyoning, sky-surfing a další,
 - i) utrpěl-li pojištěný úraz nebo poškození zdraví v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události příslušné řidičské oprávnění, respektive pokud mu bylo řízení motorových vozidel zakázáno pravomocným rozhodnutím soudu nebo správního orgánu,
 - j) při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s provozováním sportů, při nichž se používají motorová nebo bezmotorová letadla a letací stroje, dvoustopá a jedностopá vozidla, dále v souvislosti s výkonem horolezeckého sportu, jezdectví, potápění a dálkových plavb,

- k) při pracovní neschopnosti vzniklé pro degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky (VAS),
 - l) při pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nakažených pohlavní nemocí a virem HIV.
2. Pojistitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - a) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného upozornil,
 - b) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 11 odst. 2 těchto ZPP,
 - c) nevykonává-li pojištěný ke dni vzniku pracovní neschopnosti povolání (zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost).
 3. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet pojistné plnění).

Článek 9

Výplata pojistného plnění

1. Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojistné plnění pojištěnému nebo tomu, komu v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
2. Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované v čl. 17 VPP a v čl. 5 a čl. 11 těchto ZPP.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 10

Oznamovací povinnost

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
2. Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - a) zánik základního pojištění, ke kterému bylo toto pojištění sjednáno jako připojištění,
 - b) změnu ošetřujícího lékaře pojištěného a jeho adresy,
 - c) zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 11

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění, je povinen včas, tj. ve smyslu odst. 2 tohoto článku, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 5 těchto ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává.
2. Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení nejpozději do 10 pracovních dnů po vzniku práva na pojistné plnění, a pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
3. Trvá-li pracovní neschopnost déle než 30 dnů, je pojištěný povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 30 dnů trvání pracovní neschopnosti, nebo pojistitelé bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.
4. Právo na další opakované plnění lze uplatnit pouze, jsou-li pojistiteli doručeny doklady o trvání pracovní neschopnosti ve lhůtách a způsobem vymezeným výše.
5. Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné

smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojistitele plnit, a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.

6. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého trvalého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován nebo opustil místo bydliště s předchozím souhlasem ošetřujícího lékaře nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
7. Pojištěný je povinen postarat se o znovu nabytí své pracovní neschopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 12

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pojištění pro případ nemoci č.j.: 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5. 9. 2007, které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 4. 11. 2010.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 12. 2010.

Příloha č. 1

ke Zvláštním pojistným podmínkám pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č.j.: 03/2010 (ZPP-PP)

Sazby pojistného pro pojištění plateb pojistného (Tarif 644) platné od 1. 1. 2008

Vstupní věk pojištěného ¹	% z celkového lhůtního pojistného po slevě ²	Vstupní věk pojištěného	% z celkového lhůtního pojistného po slevě
15	2,7 %	38	3,7 %
16	2,8 %	39	3,8 %
17	2,8 %	40	3,8 %
18	2,8 %	41	3,9 %
19	2,9 %	42	4,0 %
20	2,9 %	43	4,0 %
21	2,9 %	44	4,1 %
22	3,0 %	45	4,2 %
23	3,0 %	46	4,3 %
24	3,0 %	47	4,3 %
25	3,1 %	48	4,4 %
26	3,1 %	49	4,5 %
27	3,2 %	50	4,6 %
28	3,2 %	51	4,8 %
29	3,2 %	52	4,9 %
30	3,3 %	53	5,1 %
31	3,3 %	54	5,3 %
32	3,4 %	55	5,5 %
33	3,4 %	56	5,9 %
34	3,5 %	57	6,4 %
35	3,5 %	58	7,6 %
36	3,6 %	59	15,2 %
37	3,7 %		

¹ Vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a kalendářního roku jeho narození

² Celkové lhůtní pojistné po slevě za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná stanoví pojistník po dohodě s pojistitelem při sjednávání pojištění

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění finančních ztrát č. j.: 12/2009 (VPP-FZ)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění finančních ztrát, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí právní úprava zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen „Zákon“), tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „VPP“), příslušné zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“) a případně doplňkové pojistné podmínky (dále jen „DPP“), na které ZPP odkazují.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění finančních ztrát¹ (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním a je sjednáváno jako pojištění škodové.
2. Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, která může vyvolat pojistnou událost, definovanou pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP.

Článek 2

Územní platnost pojištění

1. Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, vztahuje se pojistná ochrana jen na území České republiky a finanční závazky pojištěného musí být založeny účinným smluvním vztahem, konkrétně specifikovaným v pojistné smlouvě a sjednaným s bankou, jinou peněžní institucí či právníkou osobou oprávněnou tyto služby na jejím území poskytovat.
2. Nedohodnou-li se účastníci pojištění jinak, musí mít pojištěný trvalý pobyt na území České republiky po celou dobu trvání pojištění,

nebo v případě cizinců povolení k trvalému či přechodnému pobytu na jejím území.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

1. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu jednoho roku. Uplnutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem.
2. Počátek pojištění nastává v 00:00 hodin dne určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
3. Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
4. Pojištění dále zanikne na základě úkonů pojistitele nebo pojistníka učiněných v souladu se Zákonem² nebo na základě těchto skutečností:
 - a) uplynutím sjednané pojistné doby,
 - b) dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalý pobyt nebo povolení k pobytu v případě cizinců na území České republiky, pokud se účastníci pojištění nedohodnou jinak,
 - c) smrtí pojištěného,
 - d) uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, nesouhlasil-li pojistník se změnou výše běžného pojistného³,
 - e) nezaplacením pojistného na první nebo další pojistné období za podmínek a ve lhůtách stanovených Zákonem²; pojistitelé v tomto případě náleží pojistné do zániku pojištění,
 - f) dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako připojištění.
5. Zánik pojištění nastává ve 24:00 hodin dne, kdy na základě úkonů

pojistitele nebo pojistníka anebo nastalých skutečností, se kterými je spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.

6. Nestanoví-li pojistná smlouva něco jiného, práva a povinnosti z pojištění vzniklá na základě pojistné smlouvy trvají i po zániku účinnosti pojistné smlouvy.

Článek 4

Pojistné období

1. Pojistným obdobím se rozumí dohodnuté časové období, za které se platí pojistné.
2. Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, a pokud není v pojistné smlouvě sjednáno, je pojistným obdobím jeden měsíc.

Článek 5

Pojistné a splatnost pojistného

1. Pojistné je úplata (cena) za poskytování pojistné ochrany. Pojistitel má právo na pojistné za pojistnou dobu.
2. Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb pojistného stanovených pojistitelem. Pro stanovení výše pojistného je rozhodující rozsah a doba poskytnuté pojistné ochrany.
3. Pojistné na první pojistné období a jednorázové pojistné je splatné ke dni uzavření pojistné smlouvy. Pojistné na další pojistné období (tzv. „běžné pojistné“) je splatné vždy prvního dne následujícího pojistného období, pokud není v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Jednorázovým pojistným se rozumí pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.
4. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného je pojistitel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovního.

¹ Ustanovení § 48 zákona o pojistné smlouvě

² Ustanovení § 26 a násl. zákona o pojistné smlouvě

³ Viz ustanovení § 19 a násl. zákona o pojistné smlouvě

⁴ Viz ustanovení § 13 odst. 4 zákona o pojistné smlouvě

⁵ Viz ustanovení § 20 zákona o pojistné smlouvě

3. Přeplatky pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, použije pojistitel k úhradě pojistného na další pojistná období.

Článek 6

Přízpůsobení pojistného

1. Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, anebo kalkulovaného a skutečného vývoje pojistného rizika, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
2. Při změně výše pojistného je pojistitel povinen postupovat způsobem stanoveným Zákonem. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Pojistění pak zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.

Článek 7

Čekací doba a karenční doba

1. Nárok na pojistné plnění vzniká teprve u pojistné události, nastalé po uplynutí čekací doby. Čekací doba počíná běžet od počátku pojistění nebo změny pojistění a její délka je pro jednotlivé typy pojistění sjednána v pojistné smlouvě nebo stanovena ve ZPP.
2. Karenční dobou se rozumí doba, po kterou pojistitel neplní od vzniku pojistné události do stanoveného počátku plnění, sjednaného v pojistné smlouvě.

Článek 8

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je nahodilá skutečnost, blíže označená ve ZPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
2. Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem stanoveným pro jednotlivé typy pojistění ve ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Hranice pojistného plnění

1. Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je pojistné plnění pojistěním omezeno horní hranicí.
2. Horní hranice pojistného plnění se v pojistné smlouvě určí pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění⁶.

Článek 10

Oprávněnost pojistného plnění

1. O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnou smlouvou a na základě dokumentů předložených pojistěním, pojistníkem nebo oprávněnou osobou.
2. Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojistitel je též oprávněn složitě pojistné události konzultovat nebo zaslat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.

Článek 11

Redukce výše pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - a) porušil-li při sjednávání pojistění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojistěný některou z povinností stanovenou Zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - b) pokud mělo porušení povinností stanovených Zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
2. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 písm. a), může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 písm. b), může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 12

Výluky z pojistění

1. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - a) z finančních ztrát vzniklých v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - b) z finančních ztrát vzniklých před počátkem pojistění nebo v čekací době,
 - c) z finančních ztrát vzniklých v souvislosti s trestnou činností, kterou pojistěný spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným, dále způsobených úmyslně nebo hrubou nedbalostí,
 - d) z finančních ztrát vzniklých pojistěnému z uplatněných smluvních pokut, úroků z prodlení či dalších sankcí.
2. Pojistitel dále neposkytuje pojistné plnění v případech, stanovených pro jednotlivé typy pojistění ve ZPP.

Článek 13

Výplata pojistného plnění

1. Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojistné plnění pojistěnému nebo tomu, komu v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
2. Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření pojistné události a šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co mu byla pojistná událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.

3. Nemůže-li pojistitel šetření pojistné události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojistné události, je povinen oprávněné osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
4. Pojistné plnění je splatné po patnácti dnech, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledek oprávněné osobě.
5. Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované ve ZPP.
6. Pokud vznikne pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění po dobu delší než jeden měsíc, vyplácí pojistné plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co je mu doložen nárok na výplatu dalšího pojistného plnění.
7. Pojistitel není v prodlení s plněním po dobu, po kterou jsou pojistěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto VPP a ZPP zavázali plnit při pojistné události.
8. Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojistění.
9. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z nějakého důvodu nenáleželo, potom je ten, kdo uplatnil právo na pojistné plnění povinen pojistné plnění, které mu bylo neprávem vyplaceno vrátit, a to i tehdy, jestliže pojistění již zaniklo.

Článek 14

Měna pojistného plnění

Pojistné a pojistná plnění jsou splatná v České republice a v měně, která je ke dni jejich splatnosti na základě zvláštního předpisu určená jako platidlo na jejím území.

POVINNOSTI POJISTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15

Dotazy pojistitele

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojistění, a to včetně dotazů týkajících se vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (vykonávaného povolání) pojistěného, uzavřených pojistění s jinými pojistiteli na stejná rizika, existujících finančních závazků pojistěného v době uzavření pojistné smlouvy, známých budoucích finančních závazků a další, uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojistění, tak při jeho změně nebo při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí, apod. (dále jen „dotazy pojistitele“).
2. Pojistěný, pojistník a oprávněná osoba jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na každý dotaz pojistitele a odpovědi sdělit i zmocnění pojistitele.
3. Úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplně zodpovězené dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy⁷ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy⁸.

Článek 16

Oznamovací a další povinnosti

1. Pojistník, a pokud není pojistník a pojistěný jedna osoba, tak i pojistěný jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů⁹, uvedených v pojistné smlouvě či pojistce.
2. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu nebo zánik pojistného rizika; v případě pojistění cizího pojistného rizika má tuto povinnost pojistěný. Pojistník je dále povinen oznámit pojistiteli uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem¹⁰.
3. Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojistěný nebo oprávněná osoba povinni oznámit pojistiteli, jsou stanoveny ve ZPP. Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

Článek 17

Povinnosti pojistěného při pojistné události

1. Pojistěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění (dále jen „pojistěný“), je povinen včas pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady, stanovenými pro jednotlivé typy pojistění ve ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává.
2. Pojistěný je povinen zabezpečit, aby veškerá dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojistěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojistitele bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 18

Postupové pohledávky

1. Pokud má pojistěný nárok na náhradu škody vůči třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše poskytnutého pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
2. Vzdá-li se pojistěný nároků dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez předchozího písemného souhlasu pojistitele, je pojistitel zproštěn povinností plnit v rozsahu, v jakém mohlo požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJISTĚNÍ

Článek 19

Změna pojistění

1. Pojistitel a pojistník se mohou dohodnout na změně pojistění. Dohoda o změně pojistění musí být vyhotovena písemně a podepsána smluvními stranami. Jedno vyhotovení dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
2. Pokud se smluvní strany pojistné smlouvy dohodnou na změně pojistění, plní pojistitel ze změněného pojistění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem sjednané účinnosti změny pojistění.

Článek 20

Přerušení pojistění

1. Pojistění může být během pojistné doby písemnou dohodou pojistitele a pojistníka přerušeno¹¹. Za dobu přerušení netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušení pojistění, a které by jinak byly pojistnými událostmi.
2. Doba přerušení pojistění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušení pojistění je pojistník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojistění, nebylo-li pojistnou smlouvou dohodnuto něco jiného.
3. Pojistění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti¹².

DORUČOVÁNÍ

Článek 21

Doručování písemnosti

1. Písemnosti adresované pojistěnému, pojistníkovi nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojistiteli známou adresu účastníka pojistění, jemuž jsou určeny (dále jen „místo doručení“).
2. Nebyl-li adresát zaštiťen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místě příslušné provozovně pošty a adresát se vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Písemnost se považuje za doručeno dnem uložení, i když se adresát o uložení zásilky nedozvěděl.
3. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmítne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
4. Písemnosti adresované a doručované pojistiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
5. Oznámí-li pojistník (pojistěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zaslány po přesně stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení, a není-li tato doba uvedena, do doby, než mu je oznámena adresa jiná.
6. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území České republiky.
7. V pojistné smlouvě může být dohodnut odlišný způsob komunikace mezi pojistitelem a pojistníkem, a to zejména s využitím prostředků elektronické komunikace, pokud pro příslušný úkon Zákon anebo tyto VPP nevyžadují písemnou formu.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 22

Forma právních úkonů

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně.
2. Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a dodatky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušování, změny nebo zániku pojistění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojistění musejí mít písemnou formu.
3. Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též dotazy pojistitele, týkající se pojistěného a jeho finančních závazků, tak i dotazy na toho, kdo s pojistitelem sjednává pojistění, a odpovědi na ně.

Článek 23

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojistění bude řešen v příslušného soudu v České republice a podle právních předpisů aktuálně účinných na jejím území.

Článek 24

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojistění. Výši náhrady nákladů stanoví pojistitel v aktualizovaném Seznamku zpoplatněných úkonů, přístupném v místě sídla pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek, a není-li započtení možné, je splatná předem.

Článek 25

Uplatnění pojistných podmínek

1. Právní vztahy účastníků pojistění se řídí Zákonem, pojistnou smlouvou, těmito VPP, ZPP a případně i DPP, pokud na ně ZPP odkazují.
2. Od ustanovení všech článků těchto VPP se lze v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojistění. V případě rozporů má přednost úprava obsažená v pojistné smlouvě.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 7. prosince 2009.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. ledna 2010.

⁶ Viz ustanovení § 28 zákona o pojistné smlouvě

⁷ Viz ustanovení § 23 zákona o pojistné smlouvě

⁸ Viz ustanovení § 24 zákona o pojistné smlouvě

⁹ Viz ustanovení § 4 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě

¹⁰ Viz ustanovení § 31 o pojistné smlouvě

¹¹ Viz ustanovení § 18 zákona o pojistné smlouvě

¹² Viz ustanovení § 18 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu č. j.: 13/2009 (ZPP-Ú)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu (dále jen „pojištění“), které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťovna“), platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění finančních ztrát č. j.: 12/2009 (VPP-FZ) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Rozsah pojistné ochrany vyplývá z pojistné smlouvy a není-li v ní sjednáno jinak, spočívá v úhradě peněžitých závazků pojištěného ze smlouvy o hypotečním úvěru, úvěru ze stavebního spoření, spotřebitelském úvěru s dobou splatnosti úvěru v délce minimálně 24 měsíců a finančním leasingu, jakož i plateb běžného pojistného z pojištění sjednaných v této pojistné smlouvě (dále jen „peněžité závazky“) a splatných v době ztráty příjmu, pokud ke ztrátě příjmu pojištěného došlo za podmínek vymezených pojistnou smlouvou a tímto ZPP.
- Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem z výdělečné činnosti a smluvně se zavázaly pravidelně splácet peněžité závazky², jejichž výše a splatnost je definována v příslušném smluvním dokumentu. Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí dočasné ztráty schopnosti pojištěného splácet peněžité závazky v případě, kdy příčinou vzniku pojistné události je ztráta příjmu pojištěného.

Článek 2

Vymezení pojmů

Pro účely těchto ZPP se rozumí

- výdělečnou činností** výkon závislé nebo samostatné výdělečné činnosti podléhající dani z příjmu dle právní úpravy platné na území České republiky³,
- ztrátou příjmu** buď ztráta zaměstnání spočívající ve skončení pracovního poměru vypovědí zaměstnavatele nebo dohodou z organizačních důvodů⁴, pro nadbytečnost⁵ či pozbylí-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu dlouhodobě způsobilost konat dále dosavadní práci⁶, dále okamžitým zrušením pracovního poměru zaměstnancem z důvodů stanovených zákonem⁷, nebo ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti z důvodů, které nejsou závislé na vůli pojištěného,
- zařazením pojištěného do evidence uchazečů o zaměstnání** jeho zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce s vyznačeným datem, od kterého je pojištěný do evidence zařazen.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

- Pojistná doba, počátek a zánik pojištění se řídí čl. 3 VPP-FZ.
- Mimo skutečnosti vymezených v čl. 3 odst. 4 písm. a) až e) VPP-FZ pojištění zaniká současně se zánikem peněžitých závazků pojištěného, na které se vztahuje pojistná ochrana.

Článek 4

Čekací a karenční doba

- Není-li pojistnou smlouvou stanoveno jinak, délka čekací doby činí tři měsíce.
- Zvyšší-li se sjednaný rozsah plnění (horní hranice plnění) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu plnění. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.
- Není-li v pojistné smlouvě sjednána délka karenční doby, uplatňuje se u pojištění karenční doba v délce 30 kalendářních dnů.

Článek 5

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je ztráta příjmu a zařazení pojištěného do evidence uchazečů o zaměstnání, pokud tyto skutečnosti nastaly v pojistné době a po uplynutí čekací doby.
- Peněžité závazky pojištěného musí být založen smluvním vztahem sjednaným a účinným před ztrátou příjmu.
- Pojistnou událost je nutno pojištěnému oznámit (písemně, telefonicky nebo prostředky elektronické komunikace) a doložit doklady specifikovanými v čl. 10 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 6

Limit pojistného plnění

- Horní hranice plnění je v pojistné smlouvě sjednána limitem pojistného plnění na příslušné období a na celkovou dobu, po kterou se pojištělý zavázal plnit v případě pojistné události.
- Limitem pojistného plnění lze v pojistné smlouvě omezit i výši plnění ze všech pojistných událostí uplatněných ze sjednaného pojištění.
- Za trvání pojištění může jak pojištělý, tak i pojišťovna navrhnout přizpůsobení limitu pojistného plnění, počátku plnění a pojistného skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění v tomto případě

nastává ode dne účinnosti změny pojištění ve smyslu čl. 19 VPP-FZ.

Článek 7

Výluky z pojištění

- Pojištělý neposkytuje pojistné plnění v případech, kdy je pojištěný zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce po rozvázání pracovního poměru:
 - o němž se pojištěný dozvěděl nebo mohl dozvědět před sjednaným počátkem pojištění, i když k rozvázání pracovního poměru došlo v pojistné době,
 - ve zkušební době⁸,
 - vypovědí zaměstnavatele⁹,
 - sjednaného na dobu určitou v době před počátkem pojištění nebo za jeho trvání¹⁰,
 - vypovědí zaměstnavatele, nespĺňuje-li zaměstnanec předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce nebo nespĺňuje-li bez zavinění zaměstnavatele požadavky pro řádný výkon této práce¹¹,
 - vypovědí zaměstnavatele, jsou-li u zaměstnance dány důvody, pro které by s ním zaměstnavatel mohl okamžitě zrušit pracovní poměr, nebo pro závažné porušení povinnosti vyplývající z právních předpisů vztahujících se k zaměstnancem vykonávané práci¹²,
 - okamžitým zrušením pracovního poměru ze strany zaměstnavatele ve smyslu zákona¹³,
 - dohodou¹⁴, s výjimkou případů, kdy byl pracovní poměr rozvázán dohodou z důvodů, pro které může dát zaměstnavatel pojištěnému vypověď z organizačních důvodů nebo pro nadbytečnost¹⁵, dále pozbyl-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podle lékařského posudku nebo rozhodnutí příslušného správního úřadu dlouhodobě způsobilost konat dále dosavadní práci¹⁶,
 - v němž zaměstnavatelem pojištěného (příp. osobou jednajícím v pracovněprávních vztazích jménem či za zaměstnavatele), byla osoba jemu blízká; nebo pojištěný (příp. osoba jemu blízká), byl společníkem zaměstnavatele či členem statutárního nebo dozorčího orgánu zaměstnavatele; a dále sjednaného mezi pojištěným a osobou, která je osobou jednajícím z pojištěným ve shodě ve smyslu zákona¹⁷.
- U osob samostatně výdělečně činných se pojištění nevztahuje a pojištělý neposkytuje plnění při přerušení podnikání¹⁸, a dále při ukončení podnikání z důvodů závislých na vůli pojištěného (zrušení živnostenského nebo jiného oprávnění k podnikatelské činnosti na návrh pojištěného, a to i v případech, kdy povinnost učinit příslušný úkon vyplývá z obecně závazného právního předpisu). Pojištělý neplní rovněž v případě, kdy soudem nebo správním orgánem bylo rozhodnuto o odejmutí nebo pozastavení oprávnění k podnikání, a to na základě zavinění pojištěného spočívajícího ve spáchání trestného činu, správního deliktu anebo přestupku.
- Pojištělý dále neposkytuje pojistné plnění v případech, kdy pojištěný nevykonával výdělečnou činnost nejméně po dobu 12 měsíců bezprostředně předcházejících ztrátě příjmu pojištěného nebo výkon výdělečné činnosti nedoložil příslušnými doklady ve smyslu čl. 10 odst. 2 písm. d) těchto ZPP.
- Pojištělý neposkytuje pojistné plnění z peněžitých závazků sjednaných pojištěným v době, kdy pojištěný po ztrátě příjmu nevykonával výdělečnou činnost, a z navýšených splátek peněžitých závazků co do rozsahu navýšení, sjednaných v tomto období z podnětu pojištěného. Dále neplní nad rámec sjednaných splátek peněžitých závazků (nenahrazuje škodu vzniklou uplatněním smluvních pokut, úroků z prodlení, poplatků za správu úvěru nezahrnutých v jeho splátkách a dal.).

Článek 8

Počátek a výše pojistného plnění

- Při pojistné události poskytuje pojištělý náhradu škody ve výši splátky (splátek) peněžitých závazků pojištěného, nejvýše však do sjednaného limitu pojistného plnění na příslušné období a po sjednanou celkovou dobu plnění ve smyslu čl. 6 těchto ZPP. Plnění poskytuje pojištělý formou jednorázového nebo opakovaného pojistného plnění.
- Nárok na plnění z pojistné události vzniká, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, uplynutím karenční doby v délce 30 kalendářních dnů, a to ke dni splatnosti první splátky peněžitého závazku pojištěného bezprostředně následujícího po uplynutí karenční doby, jakož i dalších splatných splátek peněžitých závazků pojištěného, trvá-li ke dni jejich splatnosti ztráta příjmu pojištěného. Pro počátek běhu karenční doby je rozhodující den, kdy byl pojištěný zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání.
- Při prodlení s oznámením pojistné události ve smyslu čl. 10 odst. 1 těchto ZPP pojištělý plní až od splátky peněžitého závazku, jejíž splatnost nastala až po dni oznámení pojistné události.
- Právo na další (opakované) plnění lze uplatnit pouze tehdy, jsou-li pojištěnému doručeny doklady o trvání ztráty příjmu a splátek peněžitých závazků ve smyslu čl. 10 těchto ZPP.
- Pojistné plnění se poskytuje z pojistných událostí, které nastaly za trvání pojištění po uplynutí čekací doby a karenční doby, byly-li tyto doby sjednány.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 9

Oznamovací a další povinnosti

- Pojištěný, a pokud není pojištěným jedná osobou, tak i pojištěný jsou povinni plnit povinnosti vymezené v čl. 16 VPP-FZ.
- Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojištěnému.

Článek 10

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Pojistnou událost je nutno pojištěnému oznámit (písemně, telefonicky nebo prostředky elektronické komunikace), a to nejpozději ke dni splatnosti první splátky peněžitého závazku bezprostředně následující po uplynutí karenční doby. Pokud pojištěný, a není-li současně i pojištěným, tak pojištěný, nemůže ze závažných důvodů uvedenou povinnost splnit, je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
- Pojištěný, a není-li současně i pojištěným, tak pojištěný, je povinen podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků pojistné události a předložit pojištěnému následující doklady:
 - vyplněný formulář „Oznámení pojistné události“ s uvedenou výší a splatností závazku pojištěného,
 - kopii smluvního dokumentu, na základě kterého byl peněžité závazek pojištěného sjednán a kopii platebního dokumentu, na základě kterého byl peněžité závazek pojištěným splacen,
 - kopii „Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení“ (podpora v nezaměstnanosti) nebo potvrzení, že je pojištěným veden v evidenci uchazečů o zaměstnání,
 - kopieí dokladů (pracovní smlouvy, přiznáním k dani z příjmu apod.), ze kterých bude zřejmé, že výdělečná činnost pojištěného bez přerušení trvala nejméně po dobu 12 měsíců bezprostředně předcházejících ztrátě příjmu.
- Ztrátu příjmu pojištěného ve smyslu čl. 2 písm. b) a čl. 5 odst. 1 těchto ZPP je nutno pojištěnému prokázat a doložit následujícími doklady:
 - kopii vypovědi zaměstnavatele nebo dohody o rozvázání pracovního poměru z důvodů organizačních změn či pro nadbytečnost nebo pozbylí-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu dlouhodobě způsobilost konat dále dosavadní práci ve smyslu platných právních předpisů¹⁹, ze kterých bude zřejmé, že tyto úkony nastaly v pojistné době, nebo kopii okamžitého zrušení pracovního poměru, zrušili-li pojištěný pracovní poměr okamžitě v případech stanovených zákonem²⁰ během pojistné doby, nebo
 - kopii rozhodnutí příslušného živnostenského úřadu o zrušení živnostenského oprávnění nebo rozhodnutí stavovské korporace či profesního sdružení²¹ o zániku oprávnění pojištěného k výkonu samostatné výdělečné činnosti z důvodu zániku kterékoli z podmínek způsobilosti k výkonu této činnosti stanovené samostatným zákonem, na jehož základě byla samostatná výdělečná činnost provozována, nastala-li právní moc tohoto rozhodnutí v pojistné době, nebo z vážných zdravotních důvodů, které pojištěného při výkonu samostatné výdělečné činnosti přímo ohrožují na zdraví či životě nebo mu neumožňují tuto činnost nadále vykonávat a které vznikly bez jeho zavinění a nezávisle na jeho vůli v pojistné době a pojištěný tuto skutečnost doloží pojištěnému.
- V případě prodlení s plněním povinností uvedených v odst. 1 až 3 není pojištěnému povinen poskytnout pojistné plnění za peněžité závazky splatné v době, po kterou trvalo prodlení pojištěného nebo pojištěníka.
- Pojištěný, pojištěný a případně oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojištěnému, a to včetně osob zmocněných pojištěným, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, prokazování vzniku a trvání nároku na výplatu pojistného plnění a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojištěného plnit a poskytnout pojištěnému nezbytnou součinnost.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 11

Uplatnění pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění finančních ztrát č. j.: 12/2009 (VPP-FZ) a pojistnou smlouvou.

Od ustanovení všech článků těchto ZPP se lze v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění. V případě rozporů má přednost úprava obsažená v pojistné smlouvě.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 7. prosince 2009.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. ledna 2010.

¹ Např. formou účinné úvěrové smlouvy, smlouvy o leasingu, pojistné smlouvy atd.

² Splátky poskytnutých úvěrů a půjček, platby běžného pojistného atd.

³ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, v platném znění

⁴ Viz ustanovení § 52 písm. a) a b) zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce,

v platném znění (dále jen „zákoník práce“)

⁵ Viz ustanovení § 52 písm. c) zákoník práce

⁶ Viz ustanovení § 52 písm. e) zákoník práce

⁷ Viz ustanovení § 56 zákoník práce

⁸ Viz ustanovení § 66 zákoník práce

⁹ Viz ustanovení § 50 odst. 3 zákoník práce

¹⁰ Viz ustanovení § 39 zákoník práce

¹¹ Viz ustanovení § 52 písm. f) zákoník práce

¹² Viz ustanovení § 52 písm. g) zákoník práce

¹³ Viz ustanovení § 55 zákoník práce

¹⁴ Ve smyslu ustanovení § 49 zákoník práce

¹⁵ Viz ustanovení § 52 písm. a), b) a písm. c) zákoník práce

¹⁶ Viz ustanovení § 52 písm. e) zákoník práce

¹⁷ Viz ustanovení § 66b zák. č. 513/1991, obchodní zákoník, v platném znění

¹⁸ Viz např. ustanovení § 31 odst. 12 zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění

¹⁹ Viz ustanovení § 52 písm. a), b), c) a písm. e) zákoník práce

²⁰ Viz ustanovení § 56 zákoník práce

²¹ Např. České advokátní komory, Komory daňových poradců ČR a další

Zvláštní pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci (Asistence) č. j.: 02/2012

OBECNÁ USTANOVENÍ

1. Úvodní ustanovení

1.1 Pro pojištění pro případ nemoci, které sjednává Česká pojišťovna a.s. (dále jen „pojišťovna“) jako doplňkové pojištění, se použije právní řád České republiky a platí příslušná ustanovení zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“) a doplňkových pojistných podmínek ŽP-DPP-KORP-0004 a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále též „ZPP“).

Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle ZPS (dále jen „pojištění“).
Pojištění pro případ nemoci sjednává pojištěním je pojištěním škodovým.

1.2 Předmětem pojištění pro případ nemoci je zdravotní a úrazová asistence MEDIK a MEDIK PLUS, která zajišťuje poskytnutí pojistného plnění formou asistenčních služeb v rozsahu a dle podmínek pojistné smlouvy a těchto ZPP.

1.3 VPP ÚP se rozumí Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 10. 6. 2008 pod č. j. 2.

2. Rozsah pojistného plnění

2.1 Pojistné plnění poskytne pojišťovna v rozsahu sjednaném pojistnou smlouvou a definovaném těmito ZPP.

2.2 Limity pojistného plnění uvedené v tabulkách v ZPP představují nejvyšší možné částky, které pojišťovna poskytne na jednu nebo všechny pojistné události, jež nastanou v době trvání pojištění, není-li dále uvedeno jinak. V přehledu jsou rovněž uvedeny limity důležitých pojistných plnění v podobě plnění ve formě poskytnutí služby. Při stanovení limitu pojistného plnění pojišťovna využije aktuální cenu smluvních dodavatelů za poskytované služby či informace.

2.3 Pojišťovna není povinen poskytnout plnění, provede-li se v době trvání pojištění důsledky události nastalé před počátkem pojištění.

2.4 V případech, kdy je zajištění asistenčních služeb prováděno bez předchozího nahlášení a schválení asistenční centrály, nebudou vzniklé náklady pojištěnému zpětně hrazeny.

3. Počátek, změna, doba trvání a zánik pojištění

3.1 Pojištění se sjednává na dobu jednoho roku, a to od data počátku uvedeného v pojistné smlouvě (pojistný rok), resp. od data účinnosti změny pojištění v případě pozdějšího sjednání pojištění pro případ nemoci. Pojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek o další rok, neoznámí-li jedna ze smluvních stran druhé nejmeně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby, že nemá na dalším trvání pojištění zájem. V případě změny výše pojistného za toto pojištění, zašle pojišťovně pojišťovníkovi informaci o nové výši pojistného nejmeně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby. Pokud pojišťovník sdělí pojištěnému, že za těchto podmínek nemá na dalším trvání pojištění zájem, pojištění zanikne uplynutím pojistné doby v příslušném pojistném roce.

3.2 Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.

3.3 U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.

3.4 Pokud se účastníci dohodnou o změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojišťovna za změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.

3.5 Zánik pojištění se řídí článkem 10 VPP ÚP odst. 1 písm. a)–i) a písm. k)–l), dále odst. 2, 3 a 4.

3.6 Pojištění zanikne smrtí pojištěného. Nejpозději pojištění zanikne, dožije-li se pojištěný konce pojištění.

3.7 Pro neplacení pojistného pojištění zaniká bez náhrady.

3.8 U pojištění pro případ nemoci nenastává přerušování pojištění ve smyslu § 18 ZPS.

4. Pojistné

4.1 Výše a platnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojištěním.

4.2 Je-li pojišťovník v prodlení s placením pojistného, je pojišťovna oprávněn požadovat úrok z prodlení.

4.3 Běžným pojistným se rozumí pojistné placené pojišťovníkem pravidelně v dohodnuté výši za dohodnutá pojistná období. První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění. Další běžné pojistné je splatné prvního dne sjednaného pojistného období.

4.4 Dluží-li pojišťovník pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení dluhu, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké období mělo být pojistné skutečně zaplacené.

5. Výluky z pojištění

5.1 Pojišťovna není povinen poskytnout pojistné plnění v případě výluk uvedených ve zvláštních pojistných podmínkách a také tehdy, dojde-li ke škodné události:

- a) v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítelce, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučním událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodní mírovou misí, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu
- b) v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách
- c) přímým nebo nepřímým působením jaderné energie
- d) v souvislosti či v důsledku úmyslného jednání pojištěného nebo jiné osoby z jeho podnětu

- e) v souvislosti či v důsledku hrubé nedbalosti pojištěného
- f) v souvislosti či v důsledku jednání pojištěného pod vlivem alkoholu, omamných či psychotropních látek
- g) v souvislosti či v důsledku událostí spojených se spácháním úmyslného trestného činu pojištěným, úmyslného přestupku nebo úmyslného způsobení škody
- h) v souvislosti či v důsledku událostí spojených s náhradou škody vzniklé v důsledku neplnění závazků pojištěného
- i) v souvislosti či v důsledku sebepoškození, sebevraždy nebo psychické nemoci pojištěného
- j) v souvislosti či v důsledku s imobilitou nebo invaliditou, která existovala již před uzavřením pojistné smlouvy
- k) v souvislosti či v důsledku změněné pracovní schopnosti, která existovala již před uzavřením pojistné smlouvy
- l) v souvislosti či v důsledku se závodní či profesionální sportovní činností jakéhokoliv druhu, účasti na závodech nebo tréninku na závody
- m) v důsledku či v souvislosti s výkonem horolezeckého sportu, vysokohorskou turistiku, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovým potápěním s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting apod.
- n) v souvislosti či v důsledku události, kdy její vznik mohl pojištěný s ohledem na okolnosti očekávat nebo mohl zabránit vzniku pojistné události, ale neučinil tak
- o) v souvislosti či v důsledku jakéhokoliv jiného závažného

6. Osobní údaje

V případech využití telefonu jako komunikačního prostředku ze strany pojištěného, pojišťovna anebo správce budou nahrávány příchozí i odchozí telefonické hovory správcem pojištění na zvukový záznam a takový záznam bude použit v souvislosti se smluvním nebo jiným právním vztahem pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví. Souhlas s výše uvedeným uděluje pojišťovník a pojištěný podpisem Prohlášením. Správce pojištění bude záznam telefonního hovoru uchovávat po dobu platnosti pojistné smlouvy s tím, že po uplynutí této doby bude možno záznam využít pouze za účelem ochrany práv pojištěného a správce pojištění jako správce a zpracovatele v něm obsažených osobních údajů pojištěného a pojišťovna a to zejména jako důkazní prostředek v soudním, správním či jiném řízení, jež jeho pojišťovna, správce pojištění, pojišťovník nebo pojištěný účastníkem.

- 7.** Povinnosti pojištěného se řídí článkem 17 bod 2. a 3. VPP ÚP.
- 8.** Forma právních úkonů se řídí takto označeným bodem příslušných Doplňkových pojistných podmínek.
- 9.** Informace o pojištění jsou obsaženy v příslušných Doplňkových pojistných podmínkách, v takto označeném bodě pojistných podmínek.
- 10.** Doručování se řídí článkem 20 VPP ÚP.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ

11. Nárok na poskytnutí plnění

11.1 Poskytovatelem asistenčních služeb je společnost ČP ASISTENCE s.r.o., se sídlem Na Pankráci 1658/121, 140 21 Praha 4, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, vložka C 186601, IČ: 24184985 (dále též „asistenční služba“).

11.2 Nárok na poskytování asistenčních služeb či služeb hrazených v rámci zdravotní a úrazové asistence MEDIK a MEDIK PLUS vzniká pouze za podmínky zajištění služeb prostřednictvím centrály asistenční služby (dále „asistenční centrála“).

12. Rozsah plnění formou asistenčních služeb MEDIK

12.1 Pojištěný, který má sjednáno pojištění pro případ nemoci Zdravotní a úrazová asistence MEDIK má k dispozici službu Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem. Pojistnou událostí je možná změna zdravotního stavu pojištěného, příp. úraz nebo jeho odůvodněná potřeba zjistit údaje týkající se zdravotního stavu.

12.2 Disponibilita služeb. Služba Lékař na telefonu je k dispozici vždy ve všední den od 9:00 do 18:00. Služba Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem může využít pojištěný i pro získání lékařských informací týkajících se nejbližších rodinných příslušníků.

12.3 Služby Lékař na telefonu poskytují kompetentní lékař asistenční služby. Telefonický hovor je přijat vyškoleným operátorem, který dle požadovaného typu konzultace klientovi bezprostředně zajistí telefonát s lékařem.

12.4 Okruhy poskytovaných informací v rámci služby Lékař na telefonu jsou uvedené níže v Tabulce plnění pod písm. A a B.

13. Rozsah plnění formou asistenčních služeb MEDIK PLUS

13.1 Pojištěný, který má sjednáno pojištění pro případ nemoci Zdravotní a úrazová asistence MEDIK PLUS má k dispozici službu Lékař na telefonu, Lékařské informace poskytované operátorem, Konzultant v právní oblasti zdraví na telefonu, Doprava do/z nemocnice, Objednání k lékaři a Osobní asistent. Službu Osobní asistent lze využít v základním rozsahu (telefonická konzultace) po běžném ošetření úrazu či při onemocnění a v rozšířeném rozsahu pro případ imobility či změněné pracovní schopnosti (telefonická nebo osobní konzultace, dovoz léků nebo zdravotnických pomůcek, zajištění nákupu, úklid domácnosti, projekt úpravy).

13.2 Disponibilita služeb. Služby Lékař na telefonu, Konzultant v právní oblasti zdraví na telefonu, Objednání k lékaři, Doprava do/z nemocnice, Dovozy léků nebo zdravotnických pomůcek, Úklid domácnosti, Zajištění nákupu, Projekt úpravy jsou k dispozici vždy ve všední den

od 9:00 do 18:00. Službu Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem pojištěný může využít i pro získání informací týkajících se nejbližších rodinných příslušníků. Služba Osobní asistent základní a telefonická nebo osobní konzultace ve službě Osobní asistent rozšířená je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně.

13.3 Službu Lékař na telefonu poskytují kompetentní lékař asistenční služby. Telefonický hovor je přijat vyškoleným operátorem, který dle požadovaného typu konzultace pojištěnému bezprostředně zajistí telefonát s lékařem. Službu Konzultant v právní oblasti zdraví na telefonu poskytují právníci asistenční služby, který se dle dané problematiky rozhoduje o využití experta na danou problematiku. Službu Objednání k lékaři poskytují vyškolení operátoři asistenční služby. Pojistnou událostí je možná změna zdravotního stavu pojištěného, příp. úraz nebo jeho odůvodněná potřeba zjistit údaje týkající se zdravotního stavu.

13.4 Doprava do/z nemocnice. Pojištěný si může na asistenční centrále objednat bezplatný odvoz do nebo z nemocnice. Transport bude zajištěn prostředkem odpovídajícím zdravotnímu stavu pojištěného (taxi, sanitní vůz, sanitní vůz s doprovodem, apod.). Podmínkou využití této služby (pojistnou událostí) je plánované či uskutečněné vyšetření, ošetření, propuštění po hospitalizaci, nebo jiný podobný lékařský výkon provedený pojištěným u dané nemocnice. Limit služby je 2500 Kč na jedno využití. Tuto službu může využít pojištěný maximálně 2x v každém pojistném roce.

13.5 Služba Osobní asistent základní. Službu Osobní asistent může pojištěný využít kdykoliv po úrazu či při onemocnění. Při kontaktování asistenční centrály si pojištěný může objednat telefonickou konzultaci na téma řešení osobní životní situace, která nastala vlivem změny zdravotního stavu. Okruhy těchto konzultací a jejich omezení jsou uvedeny v Tabulce plnění v rámci jednotlivých služeb. Podmínkou využití této služby (pojistnou událostí) je prokazatelná změna zdravotního stavu. Služba je hrazena v rozsahu 1 hodina telefonické konzultace na jednu pojistnou událost (změnu zdravotního stavu).

13.6 Služba Osobní asistent rozšířená. Nárok na plnění z rozšířené služby Osobní asistent pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti dle definic těchto ZPP (pojistná událost).

13.6.1. Telefonická nebo osobní konzultace. Při kontaktování asistenční centrály si pojištěný může objednat telefonickou nebo osobní konzultaci na téma řešení osobní životní situace, která nastala vlivem změny zdravotního stavu. Okruhy těchto konzultací a jejich omezení jsou uvedeny v Tabulce plnění v rámci jednotlivých služeb. Při zvolení osobní konzultace zajistí asistenční centrála návštěvu odborníka u pojištěného. Asistenční centrála je hrazena dopravou odborníka k pojištěnému a čas konzultace maximálně do výše limitu 2500 Kč na pojistnou událost.

13.6.2. Dovozy léků nebo zdravotnických pomůcek. Nárok na plnění v rámci služby Dovozy léků nebo zdravotnických pomůcek pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti dle definic těchto ZPP (pojistná událost). Asistenční centrála zajistí dovoz požadovaných léků nebo pomůcek dle objednaní klienta. Při vyzvednutí léků nebo pomůcek na předpis je předpokladem plnění součinnost pojištěného. Asistenční centrála je hrazena dopravou léků nebo zdravotnických pomůcek pojištěnému maximálně dvakrát za jeden pojistný rok a do limitu 2 500 Kč na jednu pojistnou událost.

13.6.3. Úklid domácnosti. Nárok na plnění v rámci služby Úklid domácnosti pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti dle definic těchto ZPP (pojistná událost). Úklid probíhá jedenkrát týdně vždy ve všední den v rozsahu mytí nebo lúxování podlahových ploch vnitřní části bytu, mytí koupelny, mytí WC, vynešení odpadu, mytí nádobí. Nárok na úklid trvá po dobu dvou nebo tří týdnů po návratu domů z hospitalizace. Délku trvání nároku určí lékař asistenční centrály na základě lékařské zprávy. Rozhodující pro určení nároku je stupeň imobility a změněné pracovní schopnosti pojištěného. Službu si pojištěný objedná na asistenční centrále.

13.6.4. Zajištění nákupu. Nárok na plnění v rámci služby Zajištění nákupu pojištěnému vzniká buď po minimálně 48 hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti dle definic těchto ZPP (pojistná událost). Nákup probíhá jedenkrát týdně vždy ve všední den v rozsahu dohodnutém s pojištěným v nákupním středisku v bezprostřední blízkosti bydliště pojištěného. Pokud nebude vzájemnou dohodou stanoveno jinak, jsou nákupem myšleny pouze potraviny a základní hygienické potřeby či základní drogistické zboží nutné pro nezbytný chod domácnosti. Nárok na zajištění nákupu trvá po dobu dvou maximálně tří týdnů po návratu domů z hospitalizace. Délku trvání nároku určí lékař asistenční centrály na základě lékařské zprávy. Rozhodující pro určení nároku je stupeň imobility a změněné pracovní schopnosti pojištěného. Asistenční centrála hradí organizační zajištění nákupu včetně jeho dopravy pojištěnému, na zaplacení ceny zakoupeného zboží či služeb (např. čistírna, prádelna apod.) se plnění nevztahuje.

13.6.5. Projekt úpravy. Nárok na plnění pojištěnému vzniká při jeho předpokládané změněné pracovní schopnosti trvajících déle než 10 týdnů (pojistná událost). Na žádost pojištěného zajistí asistenční centrála vypracování projektu na úpravu domu, domácnosti, pracoviště či vozidla související se změněným zdravotním stavem pojištěného. Asistenční centrála hradí vlastní tvorbu projektu a jeho realizaci až do limitu služby ve výši 5 000 Kč na jednu pojistnou událost.

13.7 Okruhy poskytovaných informací a služby v rámci služby MEDIK PLUS jsou uvedené níže v Tabulce plnění pod písm. A–G.

14. TABULKA PLNĚNÍ PRO ASISTENČNÍ SLUŽBY MEDIK A MEDIK PLUS

MEDIK	Označení služby	Popis plnění	Limity plnění
	<p>A Lékař na telefonu</p>	<p>Poskytnutí lékařské informace/konzultace po telefonu lékařem v následujících oblastech: Konzultace zdravotního stavu Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> vysvětlení symptomů – vysvětlení příznaků onemocnění, zdravotních potíží, dalších případných souvisejících symptomů vysvětlení možných příčin – vysvětlení příčin popsanych symptomů a možný vliv předchozích zdravotních komplikací či aktivit <p>Vysvětlení lékařských pojmů Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, zdravotnických zařízeních vysvětlení zkratk a názvů z lékařských zpráv a jiných lékařských odborných dokumentací vysvětlení latinských pojmů z lékařské dokumentace vysvětlení diagnóz (v rámci zaslané dokumentace), jejich možných následků a souvislostí vysvětlení číselných kódů diagnóz vysvětlení následného nutného postupu při léčbě pro danou diagnózu <p>Vysvětlení laboratorních výsledků Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> informace o základních laboratorních vyšetřeních účel jednotlivých vyšetření formu jednotlivých vyšetření a jejich náročnost pro pacienta vysvětlení zkratk a základních typů naměřených hodnot informace o rozmezí výsledků jednotlivých hodnot, vztahení těchto hodnot k obvyklým výsledkům a označení výkladu odchylek od normálních hodnot <p>Vysvětlení lékařských postupů Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> vysvětlení obecných postupů léčby daného onemocnění vysvětlení všeobecných diagnostických postupů při daném onemocnění základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění <p>Informace o lécích a jejich účincích Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> informace o účinných látkách léků informace o možných nežádoucích účincích <p>Vysvětlení pojmů z oblasti prenatální problematiky Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> informace, na co má těhotná žena nárok v rámci prenatálních prohlídek informace, jaká vyšetření se provádějí a proč 	<p>Bez omezení</p>
	<p>B Lékařské informace poskytované operátorem</p>	<p>Všeobecné informace</p> <ul style="list-style-type: none"> nejbližší vhodný lékař, nejbližší lékárna, nejbližší lékařská pohotovost 	<p>Bez omezení</p>
	<p>C Objednání k lékaři</p>	<p>Operátor asistenční služby zajistí vyhledání vhodného smluvního lékaře zdravotní pojišťovny pojištěného dle požadavku pojištěného a k tomuto lékaři provede objednání, je-li toto u daného lékaře možné. Výsledek objednání a jeho detaily sdělí pojištěnému dle výběru formou telefonátu, SMS nebo e-mailu.</p>	<p>Bez omezení</p>
	<p>D Konzultant pro právní oblast zdraví na telefonu</p>	<p>Okruhy, pro které poskytne pojištěnému telefonickou konzultaci interní právník asistenční služby nebo, dle problematiky vybraný, jiný vhodný právník:</p> <ul style="list-style-type: none"> výklad práv pacientů/pojištěnců právo na informace (pacienta i blízkých osob/příbuzných) ochrana práv pacienta výklad povinností pacientů/pojištěnců konzultace na téma formální korespondence s jednotlivými subjekty na trhu zdravotnických služeb (žádost, objednání, žádanka, stížnost apod.) problematika platby a výběru pojistného dlužníci a jejich práva a povinnosti kvalita výkonů poskytovatelů, reklamační řízení, revize výkonů, reklamační lhůty dané zákonem právní postavení alternativní medicíny vztah klienta/pacienta k jednotlivým subjektům na trhu zdravotnických služeb soudní systém a možnost domoci se práva soudní výlohy a poplatky, lhůty odpovědnostní škody na zdraví problematika pracovních úrazů problematika nemocí z povolání problematika pochybení a sankcí při poskytování chirurgické péče problematika pochybení a sankcí při poskytování lékařské péče povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků ochrana práva na náboženské přesvědčení u hospitalizovaných osob transplantace lidských tkání a orgánů – základní principy právní úpravy 	<p>Bez omezení</p>
	<p>E Doprava do/z nemocnice</p>	<p>Transport taxi, sanitním vozem, sanitním vozem s doprovodem, vždy dle zdravotního stavu pojištěného. O typu transportního prostředku rozhoduje lékař asistenční služby ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pojištěného.</p>	<p>Nárok na služby vzniká maximálně dvakrát v pojistném roce. Limit 2500Kč na jedno využití služby.</p>
	<p>F Osobní asistent základní</p>	<p>V souvislosti se změnou svého zdravotního stavu může pojištěný požádat o zajištění telefonické konzultace pro následující okruhy:</p> <ul style="list-style-type: none"> rehabilitace vztah se státními institucemi vztah se zaměstnavatelem bydlení a zdravotní stav finanční situace a vztah ke zdravotnímu stavu 	<p>Limit služby je 1 hodina telefonické konzultace na jednu pojistnou událost (změnu zdravotního stavu).</p>
	<p>G Osobní asistent rozšířená</p>	<p>Pokud vlivem úrazu či onemocnění absoluuje pojištěný hospitalizaci delší než 48 hodin, nebo pokud splňuje podmínku imobility nebo změněné pracovní schopnosti dle definice uvedené v ZPP, může pojištěný čerpat následující služby uvedené v písm. G1–G5.</p> <p>G1: Telefonickou nebo osobní konzultaci s odborníkem na následující témata:</p> <ul style="list-style-type: none"> rehabilitace vztah se státními institucemi vztah se zaměstnavatelem bydlení a zdravotní stav finanční situace a vztah ke zdravotnímu stavu <p>G2: Dovož léků nebo zdravotnických pomůcek po hospitalizaci či při imobilitě klienta.</p> <p>G3: Zajištění nákupu po hospitalizaci či při imobilitě klienta.</p> <p>G4: Zajištění úklidu po hospitalizaci či při imobilitě klienta.</p> <p>G5: Projekt úpravy. Při předpokládané změně pracovní schopnosti trávící déle než 10 týdnů zajistí asistenční centrála pojištěnému vypracování a realizaci projektu na úpravu domu, domácnosti, pracoviště či vozidla související se změněným zdravotním stavem pojištěného.</p>	<p>Limit služby je 2500Kč na jednu pojistnou událost.</p> <p>Limit plnění je 2500Kč na pojistnou událost. Zajištění služby maximálně dvakrát za 1 pojistný rok.</p> <p>Limit plnění je jedenkrát týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility.</p> <p>Limit plnění je jedenkrát týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility.</p> <p>Limit plnění je 5000Kč na jednu pojistnou událost.</p>

MEDIK PLUS

15. Územní rozsah

Plnění formou zajištění asistenčních služeb může být využito kdekoli na území České republiky.

16. Ostatní ustanovení

16.1. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění, došlo-li k navýšení nákladů spojených s vyřizováním pojistné události zaviněním či úmyslným jednáním pojištěného.

16.2. V případě, že pojištěný obdržel za vzniklé výlohy, které by byly předmětem pojistného plnění z tohoto pojištění náhradu od třetí strany nebo cestou jiného právního vztahu, je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění o částku, kterou pojištěný jako náhradu obdržel.

16.3. Vzniklo-li v souvislosti s hrozcí nebo nastalou pojistnou událostí oprávněné osobě, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází výplatou plnění z pojištění toto právo na pojistitele, a to až do výše částek, které pojistitel ze soukromého pojištění oprávněné osobě, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, vyplatil.

Upozornění pojistitele: Toto pojištění a příslušný závazek pojistitele poskytnout v případě pojistné události oprávněným osobám asistenční služby nenahrazuje a ani nemůže nahradit poslání útvarů či sborů zřízených ze zákona státními nebo místními orgány k zajišťování záchranných zdravotnických či jiných podobných služeb.

17. Postup při kontaktování asistenční centrály

17.1. Pojištěným je v nepřetržitém provozu k dispozici asistenční centrála na telefonním čísle: +420 841 114 114, další kontakty jsou e-mail asistence@cspasistence.cz, fax: +420 241 040 399.

17.2. Při kontaktování asistenční služby je pojištěný povinen sdělit následující informace:

- své jméno a příjmení, datum narození
 - číslo pojistné smlouvy
- Dále bude pojištěný pracovníkem asistenční služby požádán o sdělení:
- svého telefonního čísla
 - důvodu kontaktování asistenční služby
 - pojištěný bude také požádán o zajištění dokumentace, která prokazuje jeho nárok na plnění v programu MEDIK PLUS (např. lékařskou zprávu apod.)

18. Pojmy

Službami ve smyslu tohoto pojištění se rozumí služby, které má pojistitel zorganizovat nebo zorganizovat a uhradit pojištěnému v případě pojistné události, a na jejichž poskytnutí se pojištěný dohodl s asistenční centrálou.

Změněnou pracovní schopností ve smyslu tohoto pojištění se rozumí (dále též „ZmPS“) změna funkce tělesných systémů pojištěného (např. pohybového, smyslového, atd.), která významně ovlivňuje jeho schopnost vykonávat pracovní činnost v rozsahu obvyklém před úrazem či nemocí.

Imobilitou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí změna funkce pohybového systému pojištěného, která významně ovlivňuje jeho schopnost vykonávat pracovní či běžné denní činnosti v rozsahu obvyklém před úrazem či nemocí.

Hospitalizací ve smyslu tohoto pojištění se rozumí pobyt pojištěného v nemocnici či v jiném zařízení tohoto typu, ve kterém se pojištěný nachází za účelem léčení úrazu či nemoci, či za účelem jejich diagnostiky.

Smluvním dodavatelem/dodavatelem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí právnická či fyzická osoba, která poskytuje služby či provádí práce, které jsou objednány asistenční centrálou a vykonávány pro pojištěného, a která má pro poskytování a provádění takových služeb oprávnění.

Zajištěním služeb ve smyslu tohoto pojištění se rozumí forma

pojistného plnění, kdy pojistitel prostřednictvím asistenční centrály provede úkony potřebné k poskytnutí služby pojištěnému v rozsahu a dle limitů ZPP.

Zmocněnec pojistitele/ú: EUROP ASSISTANCE HOLDING, se sídlem 7 boulevard Haussmann – 75009 Paris, Francie, registrována v Pařížském registru firem pod ref. číslem 632 016 382 prostřednictvím organizační složky Europ Assistance Holding Irish Branch se sídlem v 79 Merrion Square, Dublin 2, Irsko, vedená v Registru firem Irské vlády pod ref. číslem 905036.

Asistenční centrála/správce pojištění se pro účely tohoto pojištění rozumí: ČP ASISTENCE s.r.o., se sídlem Na Pankráci 1658/121, 140 21 Praha 4, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, vložka C 186601, IČ: 24184985.

Pojistnou událostí se rozumí nahodilá skutečnost související s úrazem nebo změnou zdravotního stavu pojištěného (skutečnou nebo předpokládanou), která je blíže určena v těchto ZPP, která nastala v době trvání pojištění a s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Škodní událostí se rozumí skutečnost, ze které vznikla škoda, a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění z tohoto pojištění.

Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví.

Nejbližším rodinným příslušníkem se rozumí: manžel/manželka, registrovaný partner/partnerka, děti.



Životní pojištění



Úrazové pojištění



Pojištění pohřbu



Pojištění zvířat



Pojištění vozidel



Pojištění majetku



Pojištění odpovědnosti



Cestovní pojištění

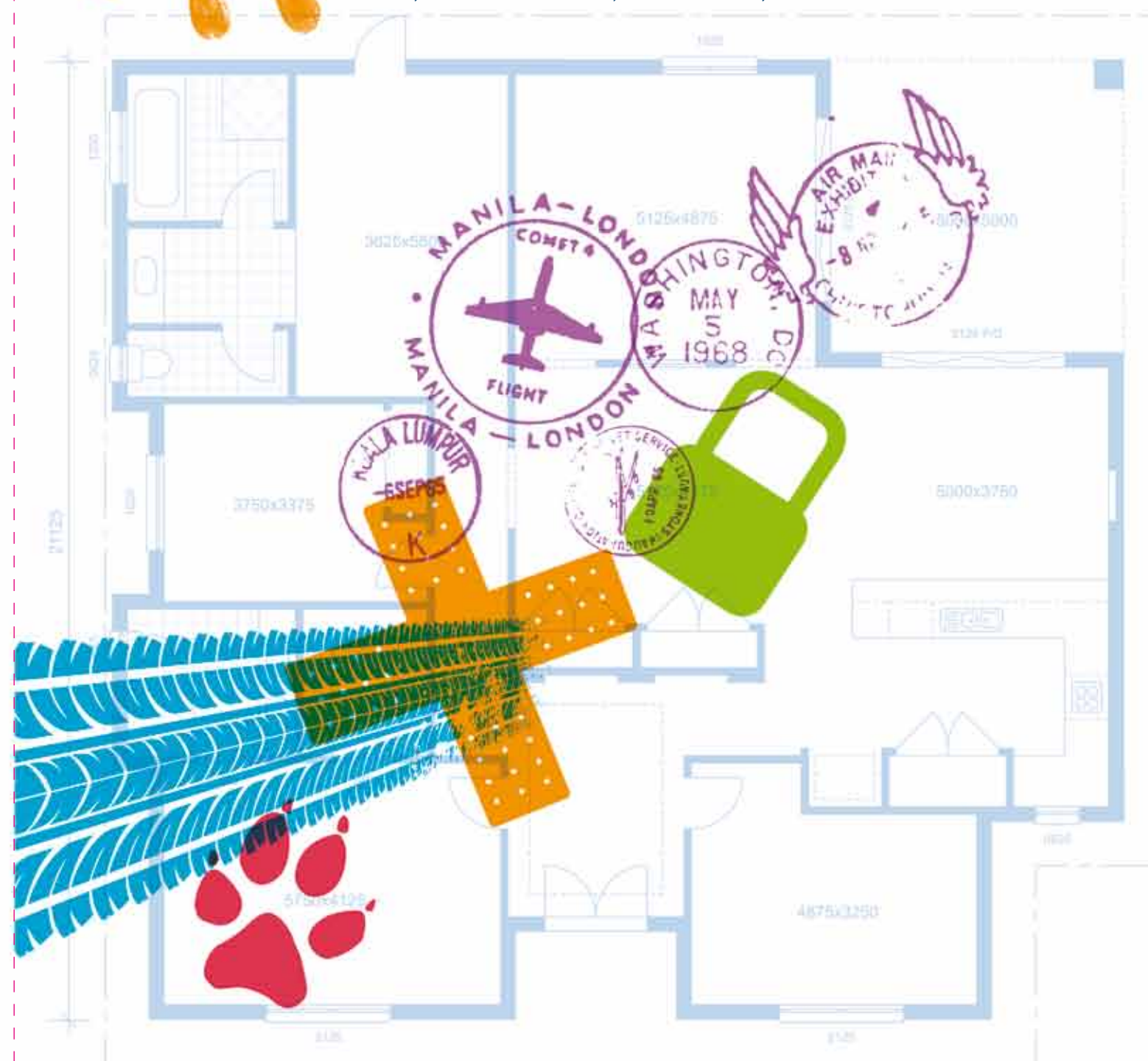


QR kód pro stažení aplikace ČP

www.ceskapojistovna.cz > infolinka **841 114 114**



ODLOŽTE STAROSTI U NÁS A MŮŽETE JÍT DÁL.
POJIŠTÍME VÁŠ ŽIVOT, ZDRAVÍ I MAJETEK.



 **ČESKÁ POJIŠŤOVNA**
Pomáháme vám jít dál

Platba pojistného

Frekvence placení: měsíčně čtvrtletně
 pololetně ročně

Číslo účtu: Kč

- Životní pojištění: 246000/5500
- Mimořádné pojistné nebo vklad: 123246/5500
- Neživotní pojištění: 246246/5500
- Pojištění motorových vozidel: 1135011/0100

Variabilní symbol:

Konstantní symbol: 3558 (bezhotovostní platba) nebo 3559 (složenka)

Sleva pro vás nebo vaše blízké ve výši

až 25 %*

na pojištění Multirisik, které chrání vás i vaše blízké

*výsledná sleva může být i vyšší, než je uvedeno; více informací získáte od svého poradce

Sleva pro vás nebo vaše blízké ve výši

5 %*

na nově uzavřené pojištění majetku a odpovědnosti

*slevu je možné dále navýšit; více informací získáte od svého poradce

Sleva pro vás nebo vaše blízké ve výši

20 %*

na nově uzavřené povinné ručení

*výsledná sleva může být i vyšší s ohledem na bonus; platí pro osoby starší 28 let s osobním nebo nákladním automobilem do 3500 kg; více informací získáte od svého poradce

Sleva pro vás nebo vaše blízké ve výši

10 %*

na nově uzavřené havarijní pojištění

*výsledná sleva může být i vyšší s ohledem na bonus; více informací získáte od svého poradce



Obecné rady a informace

Potřebujete poradit?

- Obráťte se na zástupce pojišťovny, který s vámi smlouvu sjednal
- Navštivte nás na jakémkoliv obchodním místě. Seznam naleznete na www.ceskapojistovna.cz
- Volejte Informační linku 841 114 114 v pracovní dny od 7 do 19 hodin

Kontaktní údaje:



www.ceskapojistovna.cz
Klientský servis + 420 841 114 114
Česká pojišťovna a.s., P.O. Box 305
601 00 Brno



www.zdravi.cz
Klientský servis + 420 841 111 132
Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8
100 05 Praha 10

Pojistnou událost můžete nahlásit způsobem, který vám nejlépe vyhovuje:

- Telefonicky na čísle **klientského servisu 841 114 114** v pracovní dny od 7 do 19 hodin
- Elektronicky na internetových stránkách www.ceskapojistovna.cz
- Prostřednictvím aplikace Pojišťovna pro chytré telefony rovnou při dopravní nehodě
- Osobně na kterémkoliv obchodním místě České pojišťovny
- Poštou, vyplněním papírového formuláře (k dispozici na www.ceskapojistovna.cz)

Obdrželi jste jinou nabídku? Uvažujete o zrušení pojištění?

S ukončením vaší pojistné smlouvy mohou být spojena i rizika. Můžete přijít o:

- Zabezpečení v případě nenadálé události – smrt, úraz, oheň, voda, autonehoda...
- Významnou část svých naspořených peněz, zejména v prvních třech letech od sjednání
- Úsporu na daních, navíc již uplatněné slevy na dani musíte zpětně dodat

Kontaktujte nás a zjistěte si, jak se věci opravdu mají! Společně najdeme to pravé řešení vaší situace.

Věnujte pozornost svému pojištění, dokud je čas!

Kdy kontaktovat pojišťovnu?

- Při změně osobních údajů – změně jména, korespondenční adresy, telefonu, e-mailu
- Při změně povolání
- Při přestěhování domácnosti
- Při prodeji nebo darování nemovitosti nebo vozidla

Odpovídá mé pojištění skutečnosti?

- Minimálně jednou za dva roky doporučujeme provést revizi všech vašich pojištění
- Mám já i mí blízcí stále dostatečné zajištění?
- Mám své finanční závazky a majetek dostatečně zajištěn?

Klientská zóna České pojišťovny

- Přehled o platnosti smlouvy, výši pojistného a frekvenci placení
- Jednoduché nahlášení škody a přehled o stavu jejího řešení
- Možnost provádět vybrané úpravy na smlouvě a jednoduchá aktualizace vašich osobních údajů
- Stačí se zaregistrovat na www.ceskapojistovna.cz/kz

Mobilní aplikace „Pojišťovna“ pro chytré telefony

Noste Českou v kapse! Mobilní aplikace Pojišťovna vám umožňuje rychlý a snadný přístup ke službám a produktům České pojišťovny, kdekoli a kdykoli budete potřebovat!

Co vám aplikace přináší?

- Sjednání cestovního pojištění online kdekoli a kdykoli
- SOS obrazovku – důležitá telefonní čísla pro krizové situace
- Mapu poboček České pojišťovny
- Průvodce „Co dělat po dopravní nehodě“
- Hlášení dopravní nehody – bezprostřední nahlášení přímo z místa jejího vzniku