

Praktické rady klientům

1. Jaké změny v pojistné smlouvě je možné provést?

S případnými změnami vaší pojistné smlouvy vám doporučujeme kontaktovat vašeho finančního poradce.

- zvýšení/snížení pojistné částky
- zvýšení/snížení pojistného
- změna pojistné doby
- přerušení placení pojistného
- mimořádné vklady/výběry
- pravidelný mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované
- mimořádné pojistné
- změna alokačního poměru
- převod podílových jednotek
- dodatečné sjednání, zrušení nebo změna parametrů volitelných pojistění
- dodatečné sjednání, zrušení nebo změna parametrů úrazového pojistění dětí
- změna frekvence a způsobu placení
- možnost sjednání automatického přechodu do fondů životního cyklu (tzv. investiční brzda)

2. Jak postupovat při platbě běžného pojistného?

Zašlete pojistné na účet číslo 246000/5500 (variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy).

3. Jak postupovat při platbě mimořádného pojistného?

Zašlete pojistné, které chcete investovat v rámci sjednaného pojistění, na účet číslo 123246/5500 (variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy). Finanční prostředky můžete zasílat bez předchozího nahlášení.

4. Co je třeba předložit v případě pojistné události?

V případě dožití se konce pojistění:

- budete kontaktováni obchodním zástupcem nebo navštívíte obchodní místo ČP pro vyplnění písemné žádosti obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojistěného, číslo pojistné smlouvy, číslo občanského průkazu pojistěného a informaci o tom, jakým způsobem má být pojistné plnění vyplaceno (číslo účtu, příp. adresa); žádost je třeba opatřit vlastnoručním podpisem pojistěného (žádostí se rozumí i vyplnění tzv. avíza dožití)

V případě úmrtí pojistěného předložte:

- písemnou žádost obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojistěného, číslo pojistné smlouvy, jméno, adresu, rodné číslo, číslo občanského průkazu a vlastnoruční podpis žadatele, informaci o tom, jakým způsobem má být pojistné plnění vyplaceno (číslo účtu, příp. adresa), kopii úmrtního listu pojistěného
- potvrzení o příčině smrti (pouze v případě, že k úmrtí došlo do 3 let od uzavření pojistění)

- vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“ (pouze v případě smrti následkem úrazu)
- pokud okolnosti úmrtí šetřila Policie ČR – usnesení nebo relace policie o šetření okolností úmrtí, případně rozsudek soudu

V případě invalidity pojistěného (zproštění od placení pojistného, měsíční invalidní renta) předložte:

- písemnou žádost obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojistěného, číslo pojistné smlouvy, číslo občanského průkazu a vlastnoruční podpis pojistěného
- kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání plného invalidního důchodu, resp. invalidního důchodu III. stupně

V případě závažného či kritického onemocnění předložte:

- vyplněné a pojistěným vlastnoručně podepsané příslušné oznámení pojistné události. Při vyplňování postupujte v souladu s pokyny, které jsou uvedeny v informacích pro klienta při hlášení těchto pojistných událostí.
- tiskopis musí obsahovat vyplněnou zprávu lékaře (2. strana oznámení)

5. Co dělat v případě úrazu?

Vyhleďte neprodleně lékařské ošetření a při léčení dodržujte pokyny lékaře.

V případě hlášení pojistné události z úrazového pojistění předložte:

- tiskopis „Oznámení pojistné události Úraz“, vyplněný a vlastnoručně podepsaný
- v případě hlášení hospitalizace předložte tiskopis „Oznámení pojistné události Úraz“ a propouštěcí zprávu z nemocnice

V případě hlášení trvalých následků úrazu nebo trvalé invalidity předložte:

- vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu“. Hodnocení trvalých následků se provádí po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, hodnotí se jejich stav ke konci této lhůty
- v případě hlášení trvalé invalidity předložte tiskopis „Oznámení pojistné události Trvalá invalidita“

6. Co dělat v případě pracovní neschopnosti?

Nejpozději do 28. dne trvání pracovní neschopnosti zašlete kopii II. dílu „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“, tzv. „státní neschopenky“, vystavené ošetřujícím lékařem do ČP ZDRAVÍ nebo ji odevzdejte na obchodním místě České pojišťovny. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti je nutné zasílat minimálně jednou za měsíc doklad o trvání pracovní neschopnosti potvrzený ošetřujícím lékařem.

7. Jak získat denní podporu při pobytu v nemocnici?

Po ukončení hospitalizace zašlete do 30 dnů kopii propouštěcí zprávy z nemocnice do ČP ZDRAVÍ nebo ji odevzdejte na obchodním místě České pojišťovny.

8. Jak postupovat při ztrátě příjmu?

Nejpozději ke dni splatnosti první splátky úvěru po uplynutí 30 dnů od zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání zašlete do ČP ZDRAVÍ nebo odevzdejte na obchodním místě České pojišťovny vyplněný formulář „Oznámení pojistné události“ s uvedenou výší a splatností vašeho závazku.

Dále je nutné doložit:

- kopii smlouvy o hypotečním úvěru, úvěru ze stavebního úspory, spotřebitelském úvěru nebo finančním leasingu a kopii platebního dokladu o splácení závazku z této smlouvy
- kopii „Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení“ (podpory v nezaměstnanosti) nebo potvrzení o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání
- kopie dokladů (pracovní smlouva, přiznání k dani z příjmu apod.), ze kterých bude zřejmé, že výdělečná činnost trvala nejméně 12 měsíců bezprostředně předcházejících ztrátě příjmu
- kopie dokladů prokazujících zánik pracovního poměru nebo důvod ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti

9. Jak čerpat asistenční služby

Pokud máte sjednány asistenční služby, je vám k dispozici asistenční centrála na telefonním čísle: (+420) 221 586 675, dalšími kontakty jsou e-mail:

cpoj@europ-assistance.cz a fax: (+420) 221 586 100.

Při kontaktování asistenční služby budete požádán o následující informace:

- jméno a příjmení
- číslo pojistné smlouvy nebo rodné číslo
- telefonní číslo
- důvod kontaktování asistenční služby
- v programu MEDIK PLUS zajištění dokumentace, která prokazuje váš nárok na plnění (např. lékařskou zprávu)

10. Kde hlásit změny v pojistění a pojistné události?

Žádost o změny v pojistění nebo doklady k vyřízení pojistné události můžete zasílat na adresu centrální podatelny: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, Brno, PSČ 601 00, nebo předložit na kterémkoli obchodním místě České pojišťovny a.s.

V případě pojistné události z pojistění pro případ nemoci kontaktujte centrálu České pojišťovny ZDRAVÍ, Litevská 1174/8, Praha 10, PSČ 100 05, fax: 267 222 936, nebo zákaznické centrum ČP ZDRAVÍ na telefonním čísle 267 222 515, e-mail: info@zdravi.cz.



Chcete mít kvalitnější a rychlejší servis při správě pojistění?

Sdělte nám svůj email a mobil a můžete mít:

- průběžné informace o stavu likvidace pojistné události
- průběžné informace o platnosti smlouvy a provedených změnách
- přístup do klientské zóny na webu České pojišťovny

Více informací naleznete v klientské on-line zóně na www.ceskapojistovna.cz

Pod 1 Úvodní ustanovení

- 1.1. 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 ÚP“). Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění sjednávané s CPZ, 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 obnosové pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j. 05/2007, Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č. j. 01/2007 a Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro pojištění finančních ztrát č. j. 12/2009, 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 úrazové asistence, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Zvláštní pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci (Asistence) č. j. 01/2010. 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.
- 1.2. Pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti nebo dožití. 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.

Pod 2 Definice pojmů

- 2.1. **Běžným pojistným** se rozumí pojistné placené pojistníkem pravidelně v dohodnuté výši za dohodnutá pojistná období.
- 2.2. **Mimořádným běžným pojistným (též „mimořádné pojistné“)** se rozumí pojistné uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec dohodnutého placení běžného pojistného podle čl. 6 VPP ŽP. Do dohodnutých pojistných období u mimořádného pojistného se rozumí pojistné období, ve kterém bylo mimořádné pojistné zapláceno.
- 2.3. **Rizikovým pojistným** se rozumí úplata za pojištění rizika smrti nebo jiného rizika pojistného pojištěním sjednaným pojistnou smlouvou.
- 2.4. **Zúčtovacím obdobím** se rozumí jeden měsíc. Počátek zúčtovacího období se stanoví na den v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl dohodnut jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně počátek lhůty na jeho poslední den. Zúčtovací období končí v den předcházející dni v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl dohodnut jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně konec zúčtovacího období na den předcházející poslednímu dni měsíce.
- 2.5. **Kapitálovou hodnotou se rozumí aktuální hodnota pojištění a člení se na kapitálovou hodnotu s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálovou hodnotu negarantovanou.** Kapitálová hodnota se snižuje k 1. dni každého zúčtovacího období o rizikové pojistné za základní pojištění, počáteční a správní náklady a poplatky. Kapitálová hodnota se zvyšuje o zaplacené pojistné. Kapitálová hodnota se může měnit s ohledem na vývoj cen podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů. Dále se kapitálová hodnota může snižovat o mimořádné výběry.
Výplata kapitálové hodnoty pojištění
Dojde-li k zániku pojištění nebo k pojistné události s výplatou kapitálové hodnoty pojištění, stanoví pojistitel výši kapitálové hodnoty pojištění. Výše kapitálové hodnoty se stanovuje oddělně od výše kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou a výše kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Stanovení výše kapitálové hodnoty tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu je investičním úkonem, při kterém dochází k odkupu všech podílových jednotek vnitřního fondu. V souladu s bodem 9.1.11. pojistitel stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu na základě ceny podílových jednotek vnitřního fondu k datu odkupu všech podílových jednotek.
- 2.6. **Kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou** se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného určenou na závazky vyplývající ze sjednaného základního pojištění a o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do této kapitálové hodnoty. Dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o úrok odpovídající ročnímu úročení 2 %.
- 2.7. **Kapitálová hodnota negarantovaná se skládá z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů.**
Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do jednotlivých složek kapitálové hodnoty negarantované. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o zaplacené mimořádné pojistné.
 - 2.7.1. **Kapitálová hodnota s vyhlášenou úrokovou mírou** se zvyšuje o zaplacené pojistné do ní alokované a dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o měsíční úrok odpovídající ročnímu úročení ve výši uvedené v Přehledu poplatků.
 - 2.7.2. **Kapitálová hodnota tvořená podílovými jednotkami vnitřního fondu** se zvyšuje o podílové jednotky nakoupené za zaplacené pojistné do ní alokované.
- 2.8. **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.
- 2.9. **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.

- 2.10. 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.
- 2.11. Pojištěným v úrazovém pojištění se rozumí pojištěný/pojištěné dítě označený/-é jménem, příjmením a pořadovým číslem v části pojistné smlouvy upravující úrazové pojištění.

ČLÁNEK 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Pod 1 Pojistné

Běžné pojistné

- 1.1. První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění.
- 1.2. Další běžné pojistné je splatné prvního dne sjednaného pojistného období.
- 1.3. Přispívá-li na pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel, pojistné je považováno za zaplacené, je-li uhrazena jak část pojistného hrazená pojistníkem, tak část pojistného hrazená zaměstnavatelem.
- 1.4. Dlužil-li 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 zapláceno.
- 1.5. Pojistitel má právo na náhradu nákladů na upomínání o zaplacení pojistného, které nebylo včas a řádně zapláceno.

Rizikové pojistné

- 1.6. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o rizikové pojistné za základní pojištění.
- 1.7. Rizikové pojistné za základní pojištění stanoví pojistitel podle pojistné technických zásad pojistitele, především s ohledem na pohlaví a věk pojištěného, pojistnou částku platnou pro aktuální zúčtovací období a na zdravotní stav pojištěného k datu sjednání pojištění nebo k datu poslední změny pojistné částky nebo pojistného.

Pod 2 Indexace pojištění (zvyšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednává 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., 2.11., 2.12. a 2.13. se pojistné za základní pojištění zvyšuje o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem s ohledem na index úrustu spotřebitelských cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulý rok. Pojistná částka pro případ smrti, pojistná částka pro případ dožití, byla-li sjednána, 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 pojistné technických zásad pojistitele. Při výpočtu pojistné částky pojištění vychází zejména z aktuální pojistné částky, resp. výše měsíční invalidní renty, aktuálního věku pojištěného, nového pojistného a pojistné doby zbývající do konce pojištění. Jiné částky základního pojištění se nezvyšují. 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 zasláním obvyčejnou zásilkou na adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě nebo některým z prostředků komunikace na dálku.
- 2.2. Pojistné a pojistná částka, resp. měsíční invalidní renta, se zvyšují vždy od výročního dne pojištění, pokud stanoví pojistitel indexační procento a zároveň pojistník neodmítne zvýšení 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 tu 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 obnovení. Pojistník je oprávněn požádat o obnovení 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 vyplácena měsíční invalidní renta.
- 2.9. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vypláceno pojistné plnění z pojištění závažných onemocnění.
- 2.10. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vypláceno pojistné plnění z pojištění kritických onemocnění.
- 2.11. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo ocenění rizika hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.
- 2.12. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž k výročnímu dni pojištění přispívá na pojistné zaměstnavatel v plné výši.

- 2.13. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k redukcí pojištění.

Pod 3 Náklady a poplatky

- 3.1. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o počáteční a správní náklady stanovené podle pojistné technických zásad pojistitele.
- 3.2. Pojistitel je oprávněn započítat pojistníkovi inkasní náklady za každé zaplacené pojistné.

Pod 4 Vznik 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.

Pod 5 Změny pojištění

- 5.1. 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, změna výše běžné placené pojistného). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojištěného, aktuální zdravotní stav pojištěného) žádost o změnu pojištění zamítnout.
 - 5.1.1. Přispívá-li na běžné nebo mimořádné pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel a požádá-li pojistník o změnu v pojistné smlouvě mající vliv na výši pojistného hrazeného zaměstnavatelem a na uplatnění daňových výhod, bude tato změna provedena pouze, pokud bude společně se žádostí o provedení změny předloženo písemný souhlas zaměstnavatele s touto změnou.
- 5.2. **Mimořádné výběry**
 - 5.2.1. Pojistník je oprávněn požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované v průběhu trvání pojištění. Pojistník je oprávněn požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou po splnění podmínek nároku na odkupné dle čl. 8 VPP ŽP.
 - 5.2.2. Mimořádný výběr lze provést ve lhůtách a četnosti uvedené v Přehledu poplatků.
 - 5.2.3. Za provedení mimořádného výběru je pojistitel oprávněn účtovat poplatek podle platného Přehledu poplatků.
 - 5.2.4. Mimořádný výběr je nejprve realizován z kapitálové hodnoty negarantované, poté z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, nepostačují-li prostředky na provedení mimořádného výběru z kapitálové hodnoty negarantované.
 - 5.2.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o mimořádný výběr zamítnout.
 - 5.2.6. Mimořádný výběr nelze provadět při redukcí pojištění a při přeřazení placení běžného pojistného.
 - 5.2.7. Minimální výše mimořádného výběru je stanovena v Přehledu poplatků. Maximální výše mimořádného výběru je stanovena pojistitelem na základě pojistné technických zásad pojistitele. Pojistitel vyplatí požadovaný mimořádný výběr nejvýše v hodnotě maximální výše mimořádného výběru.
 - 5.2.8. Mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované bude proveden v aktuálním poměru peněžních hodnot jednotlivých kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou, nebude-li dohodnuto jinak.
- 5.3. **Redukce pojištění**
 - 5.3.1. Pokud bylo zapláceno běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP ŽP a nezaplátá-li pojistník řádné běžné pojistné za další pojistná období, dojde v 00.00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce na zaplacení pojistného k redukcí pojištění.
 - 5.3.2. Pokud bylo zapláceno běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP ŽP, může pojistník o redukcí pojištění požádat. V 00.00 hodin prvního dne nejbližšího zúčtovacího období, na které není zapláceno běžné pojistné, dojde k redukcí pojištění (redukce na žádost).
 - 5.3.3. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP ŽP) nebo na žádost pojistníka k redukcí pojistné doby, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití, pojištění závažných onemocnění, bylo-li sjednáno a pojištění kritických onemocnění, bylo-li sjednáno, zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ dožití, byla-li sjednána, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána, se snižuje na redukovanou pojistnou částku stanovenou podle pojistné technických zásad pojistitele. Při dožití konce pojištění pojistitel vyplatí pojistnému kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění a redukovanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána. Při smrti pojištěného před dožitím sjednaného konce pojištění vyplatí pojistitel oprávněné osobě redukovanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojištění.
 - 5.3.4. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP ŽP) nebo na žádost pojistníka k redukcí pojistné doby, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití, pojištění závažných onemocnění, bylo-li sjednáno a pojištění kritických onemocnění, bylo-li sjednáno, a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ dožití, byla-li sjednána, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána, zůstává zachována. Při dožití konce redukované pojistné doby bude pojistnému vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu konce redukování pojištění. Při smrti pojištěného před uplynutím redukování pojistné doby vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění k datu oznámení pojistné události pojištění.
 - 5.3.5. U redukování pojištění pojistníkovi zaniká povinnost platit běžné pojistné. Pojistník není oprávněn platit mimořádné pojistné, pojistník nesmí provádět mimořádné výběry.

5.3.6. U redukovaneho pojistiění nelze provést přerušení placení pojistného.

Bod 6 Zánik pojistiění

- Podle ustanovení § 22 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě mohou být sjednaná pojistiění vypovězena pojistníkem i pojistitelem do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo sjednání dalšího pojistiění, s osmidenní vypovědní lhůtou.
- Po uplynutí dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy může ve smyslu ustanovení § 22 odst. 1 a 5 zákona o pojistné smlouvě všechna sjednaná pojistiění vypovědět pojistník. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojistiění a pojistiění pro případ nemoci. Vypověď musí být dána alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Vypovědi základního pojistiění zanikají všechna sjednaná pojistiění. Pojistitel vyplatí pojistníkovi negarantovanou kapitálovou hodnotu ve výši stanovené po odečtení poplatku za ukončení pojistiění uvedeného v Přehledu poplatků a hodnoty závazků pojistníka vůči pojistiteli vzniklých v souvislosti s tímto pojistiěním. Vypovědi úrazového pojistiění, pojistiění závažných onemocnění, pojistiění kritických onemocnění, pojistiění invalidity nebo pojistiění pro případ nemoci zaniká jen vypovězené pojistiění.
- Podle ustanovení § 22 odst. 3 a 5 zákona o pojistné smlouvě pojistitel nebo pojistník mohou sjednané pojistiění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojistiění a pojistiění pro případ nemoci.
- U úrazového pojistiění, pojistiění závažných onemocnění, pojistiění kritických onemocnění, pojistiění pro případ invalidity a pojistiění pro případ nemoci je konec pojistiění shodný se sjednaným koncem základního pojistiění, pokud nezaniklo některé z těchto pojistiění v průběhu trvání pojistiění.
- Zánik pojistiění odpadnutím důvodu dalšího pojistiění a uplynutím doby, na niž bylo sjednáno**
 - Pojistiění zanikne smrtí 1. pojistiěného. Nejpозději pojistiění zanikne, dožije-li se 1. pojistiěný konce pojistiění.
 - Jestliže u pojistiění s redukovanou pojistnou dobou součet rizikového pojistného, počátečních a správních nákladů a poplatků je vyšší než kapitálová hodnota s garantovanou technikou úrokovou mírou, pojistiění zaniká. Pojistitel je povinen o takovém zániku pojistníka informovat.

6.6. Zánik pojistiění jako důsledek neplacení běžného pojistného
Pokud pojistiění zanikne z důvodu neplacení běžného pojistného, pojistitel má právo na rizikové pojistné, počáteční a správní náklady a na poplatky do zániku pojistiění. Pojistníkovi je vyplacena část kapitálové hodnoty negarantované stanovené na základě pojistné technických zásad pojistitele.

6.7. Zánik pojistiění odmítnutím plnění

Pokud pojistiění zanikne odmítnutím plnění podle ustanovení § 24 zákona o pojistné smlouvě, pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu negarantovanou k datu oznámení pojistné události pojistiteli, sníženou o poplatek za ukončení pojistiění. Není-li pojistiěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota negarantovaná vyplacena pojistníkovi.

6.8. Dojde-li k zániku tohoto pojistiění v době uvedené v Přehledu poplatků jako „Rozhodná doba“, vzniká nárok na výplatu částky, která byla převedena na tuto pojistnou smlouvu a jež odpovídá výši rozdílu částky rezervy nebo kapitálové hodnoty pojistiění dle dosavadní pojistné smlouvy, stanovené k datu jejího zániku, a částky, jež by byla vyplacena jako odkupné z takto zaniklé dosavadní pojistné smlouvy („částka převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy“). O částku převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy se v takovém případě sníží plnění nebo částka, vypláčené z důvodu zániku tohoto pojistiění (např. odkupné). Ustanovení předchozí věty neplatí, jedná-li se o zánik pojistiění z důvodu výplaty pojistného plnění při pojistné události nebo pokud bude uzavřena nová pojistná smlouva, na niž by byla převáděna rezerva nebo kapitálová hodnota zanikajícího pojistiění.

Bod 7 Forma právních úkonů

- Právní úkony týkající se pojistiění mají písemnou formu, není-li uvedeno jinak.
- 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.
- 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.
- Úkony uvedené v bodech 7.2. a 7.3. 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 8 Informace o pojistiění

- Pojistitelem je Česká pojišťovna a.s., která má sídlo v České republice. V případě sjednání pojistiění pro případ nemoci je pojistitelem i Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., která má sídlo v České republice.
- Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy.
- Odkupné se určuje jako část nespotebávaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistně matematickými metodami k datu zániku pojistiění.
- Pojistné lze platit měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně, a to hotovostně nebo bezhotovostně.
- Pojistitel i pojistník mají právo od pojistné smlouvy odstoupit. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojistiěný zodpoví při sjednávání pojistné smlouvy úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplné písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváního pojistiění, 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 nepravdivé nebo neúplné zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednáváního pojistiění. 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.

- Na pojistiění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění.
- Odstoupení od pojistné smlouvy, stížnosti pojistníků, pojistiěných nebo oprávněných osob se zasílají na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno, a v případě stížnosti týkajících se pojistiění pro případ nemoci na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10. Stížnosti budou vyřizovány bez zbytečného odkladu specializovanými zaměstnanci. Pojistníci, pojistiěný nebo oprávněné osoby se mohou se svými stížnostmi obrátit i na Českou národní banku.
- Pojistník a pojistiěný 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.
- Pokud pojistník nebo pojistiěný 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.
- Pojistitel informuje pojistníka (pojistiěného), 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 nutné zejména pro stanovení výše pojistného rizika.
- 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 zajistitelům za podmínek stanovených zákonem o ochraně osobních údajů a dále subjektům oprávněným požadovat zpřístupnění údajů podle zvláštních právních předpisů.

Bod 9 Vnitřní fondy

9.1. Definice investičních pojmů

- Vnitřním fondem** se rozumí soubor různých typů investic spravovaných pojistitelem vyhradně pro účely pojistiění (dále jen portfolio). Pojistitel spravuje toto portfolio investic vytvořené z prostředků tohoto pojistiění oddělené od ostatního majetku pojistitele.
- Podílovou jednotkou** se rozumí podíl vnitřního fondu sloužící k výpočtu peněžních nároků plýnoucích z pojistiění.
- Cena podílové jednotky** se stanoví na základě hodnoty podkladových aktiv vnitřního fondu a celkového počtu podílových jednotek tohoto vnitřního fondu. Pokud vyjde najevo, že v důsledku chybné stanovené ceny podílové jednotky, obdržela oprávněná osoba, příp. pojistník, vyšší částku, než které oddělená reálná hodnota podílové jednotky, je oprávněná osoba, příp. pojistník, povinen uhradit pojistiteli částku představující rozdíl mezi obdrženým plněním a reálnou hodnotou podílové jednotky, a to bez zbytečného prodloužení poté, co jí bude tato skutečnost pojistitelem oznámena. Pohledávku podle předchozí věty je pojistitel oprávněn započítat proti pojistnému plnění nebo jakékoli jiné pohledávce oprávněné osoby, příp. pojistníka, za pojistitelem a s ohledem na tuto skutečnost upravit parametry pojistné smlouvy.
- Účet pojistníka** se rozumí individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami jednotlivých vnitřních fondů.
- Oceňovací den** je den, ke kterému pojistitel stanoví cenu podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů.
- Obchodování s podílovými jednotkami** se rozumí nákup, odkup a převod podílových jednotek vnitřního fondu.
- Nákupem podílových jednotek** se rozumí zvýšení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.
- Odkupem podílových jednotek** se rozumí snížení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.
- Převodem podílových jednotek** se rozumí snížení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka u daného vnitřního fondu a současně zvýšení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka pro nově zvolený vnitřní fond.
- Alokačním poměrem** se rozumí procentuální poměr, ve kterém se umísťuje (dále jen alokuje) zaplacené pojistné. Alokační poměry se stanovují pro běžné a mimořádné pojistné. Běžné pojistné lze alokovat do kapitálové hodnoty s garantovanou technikou úrokovou mírou a do kapitálové hodnoty negarantované. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.
- Investičním úkonem** se rozumí provedení nákupu, odkupu nebo převodu podílových jednotek vnitřního fondu. Investiční úkon je důsledkem změny, popř. důsledkem zániku pojistné smlouvy, provedeným pojistitelem na základě žádosti pojistníka nebo vyplývajících z těchto doplňkových pojistných podmínek a všeobecných pojistných podmínek, při které dochází ke změně počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka.
- Investiční riziko** spojené s prováděním investičního úkonu a proměnlivou cenou podílové jednotky nese pojistník.
- K provedení požadovaného investičního úkonu** pojistníka, resp. investičního úkonu pojistitele, dojde ke dni realizace skutečného nákupu nebo odkupu podkladových aktiv vnitřních fondů pojistitelem. K tomuto datu jsou nakoupeny, odkoupeny nebo převedeny podílové jednotky na účtu pojistníka.

Souběh investičních úkonů
Pojistitel je oprávněn zamítnout, popř. pozastavit, provedení investičního úkonu vyplývajícího z pojistné technické úkonu, provádí-li jiné investiční úkony související s touto pojistnou smlouvu. Pominou-li důvody pozastavení, pojistitel provede daný investiční úkon bez zbytečného odkladu.

9.2. Informace o vnitřních fondech

- Pojistitel nabízí vnitřní fondy vedené v podílových jednotkách, a to v české měně, které se odlišují investiční strategií, povahou podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.
- Každý vnitřní fond je veden pojistitelem jako oddělená a identifikovatelná podkladová aktiva.
- Výnosy z podkladových aktiv v příslušném vnitřním fondu, snížené o prokazatelné náklady, zvyšují hodnotu vnitřního fondu.

Pojistník je oprávněn si zvolit vnitřní fondy pojistitele, které se odlišují investiční strategií, druhem podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.

Vzhledem k charakteru vnitřních fondů není cena jejich podílových jednotek garantována. Pojistitel garantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu s výjimkou bodu 9.3.

Pojistitel si vyhrazuje právo pro účely pojistiění omezit vstup do vnitřního fondu.

Pojistitel tvoří ze zaplaceného pojistného alokovaného do vnitřního fondu rezervu na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojistiěných (rezerva životních pojistiění s investičním rizikem pojistníka).

Způsob umístění prostředků rezerv na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojistiěných se řídí obecně platnými právními předpisy a za podmínek v nich stanovených pak rozhodnutím pojistitele. Pojistitel stanoví podmínky, za kterých investuje v příslušném vnitřním fondu, v investiční strategii vnitřního fondu.

Podílové jednotky mohou být nakoupeny pouze, pokud jsou do fondu přidána podkladová aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.

S výjimkou bodů 9.2.13. a 9.2.14. mohou být podílové jednotky z vnitřního fondu odkoupeny pouze, pokud je z vnitřního fondu proveden odkup podkladových aktiv, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.

Nákup, odkup a převod podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů na účtu pojistníka slouží jen ke stanovení výše pojistného plnění a jiných závazků z pojistiění.

Podkladová aktiva jednotlivých vnitřních fondů a výnosy plynoucí z těchto podkladových aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojistiění. Z pojistiění nevzniká právní nárok na žádná podkladová aktiva společnosti a vnitřních fondů ani na žádná výnosy z těchto aktiv plynoucí.

Pojistitel má právo snížit hodnotu vnitřního fondu o všechny daňové srážky spojené s podkladovými aktivy tohoto vnitřního fondu a jiné srážky, které společnost uzná skutečným nebo potenciálním závazkem tohoto vnitřního fondu.

Pojistitel je oprávněn od data počátku pojistiění každý oceňovací den snížit hodnotu vnitřního fondu o poplatek za správu portfolia. Poplatek je odečítán po částech a jeho roční výše je uvedena v platném Přehledu poplatků. Společnost je oprávněna snížit hodnotu vnitřního fondu o administrativní poplatek, jehož výše nepřesáhne 2 % ročně z podkladových aktiv vnitřního fondu. Tento poplatek je odečítán po částech, a to při každém oceňování, a je součástí poplatku za správu portfolia.

Pojistitel je oprávněn od data počátku pojistiění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojistiění o poplatek za evidenci podílových jednotek uvedený v Přehledu poplatků.

9.3. Změna podkladových aktiv vnitřního fondu

Pojistitel je oprávněn měnit podkladová aktiva vnitřních fondů. Povaha podkladových aktiv těchto fondů je neměnná. Při změně podkladových aktiv pojistitel negarantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu, ale garantuje zachování hodnoty podílových jednotek vnitřního fondu k datu změny podkladových aktiv.

9.4. Omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu

- V průběhu trvání pojistiění může dojít k omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu.
- V době omezení obchodování je pojistitel oprávněn přijímat požadavky pojistníka k provedení úkonů, které mají vliv na kapitálovou hodnotu, tvořenou podílovými jednotkami vnitřního fondu, např. převod podílových jednotek, změna alokačního poměru, mimořádné výběry, platba běžného a mimořádného pojistného, žádost o zrušení pojistiění s výplatu odkupné. Pojistitel provede požadované úkony, které nemohou provést v době omezení obchodování, po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami tohoto vnitřního fondu.
- Nebude-li možné, při stanovení výše pojistného plnění a při stanovení výše odkupné, z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanoví vyšší kapitálové hodnoty pojistiění, bude výše kapitálové hodnoty pojistiění stanovena pojistitelem z počtu podílových jednotek vnitřního fondu se známou cenou. Po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu bude bez zbytečného odkladu zbývající hodnota podílových jednotek vnitřního fondu vyplacena.
- Nebude-li možné, při stanovení výše plnění při zániku pojistiění podle bodu 6 z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanoví vyšší kapitálové hodnoty pojistiění, bude výše kapitálové hodnoty pojistiění stanovena pojistitelem po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu a pojistitel vyplatí celí plnění.

9.5. Změna vnitřního fondu

- Pojistitel je oprávněn rozhodnout o změně vnitřního fondu při zachování povahy podkladových aktiv, zejména v případě, že dochází k významnému poklesu ceny podílových jednotek měněného vnitřního fondu.
- Změnou vnitřního fondu se rozumí převod podílových jednotek do jiného vnitřního fondu se stejnou povahou podkladových aktiv a odpovídající změna alokačního poměru.

Bod 10 Alokační poměr

10.1. Alokace běžného pojistného

Pojistitel je oprávněn stanovit minimální procento alokace pojistného nebo minimální peněžní hodnotu alokovaného pojistného do kapitálové hodnoty s garantovanou technikou úrokovou mírou, do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů.

10.2. Změna alokačního poměru

- Pojistník může požádat o změnu alokačních poměrů běžného i mimořádného pojistného.
- Změna alokačního poměru běžného pojistného je účinná ode dne uvedeního pojistníkem v žádosti o provedení změny, nejdříve však od nejbližší splatnosti nezaplaceného běžného pojistného.
- Změna alokačního poměru mimořádného pojistného je účinná ode dne uvedeního pojistníkem v žádosti o provedení změny. Touto změnou nelze ovlivnit již alokované mimořádné pojistné.
- Změnu alokačních poměrů nelze provádět při redukci pojistiění.

10.2.5. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o změnu alokačního poměru zamítnout.

10.2.6. Pojistitel má právo na poplatek za provedení změny alokačního poměru podle platného Přehledu poplatků.

10.3. Automatická změna alokačního poměru (automatický přechod do fondů životního cyklu)

Je-li sjednán automatický přechod do fondů životního cyklu, pojistitel provede změnu alokačních poměrů běžného i mimořádného pojistného dohodnutý počet let před koncem pojistění. Při této změně alokačních poměrů dochází ke změně vnitřních fondů s určitou povahou podkladových aktiv na vnitřní fondy životního cyklu, přičemž je zohledněn sjednaný konec pojistění a povaha podkladových aktiv jednotlivých vnitřních fondů. Zásady pro automatický přechod do fondů životního cyklu jsou uvedeny na internetových stránkách pojistitele a obchodních místech pojistitele.

Bod 11

Změna rozložení prostředků

11.1. Převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů

11.1.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek mezi jednotlivými kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a nakoupí podílové jednotky jiného pojistníkem určeného vnitřního fondu.

11.1.2. Podílové jednotky se převádějí mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů podle cen k datu provedení požadovaného investičního úkonu.

11.1.3. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

11.1.4. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů zamítnout.

11.1.5. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

11.2. Převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou

11.2.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a vloží peněžní prostředky v hodnotě odkupu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.

11.2.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

11.2.3. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou zamítnout.

11.2.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

11.3. Převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu

11.3.1. Pojistník může požádat o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu. Na základě této žádosti pojistitel provede výběr peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a nakoupí podílové jednotky pojistníkem určeného vnitřního fondu.

11.3.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální peněžní hodnotu převáděných peněžních prostředků.

11.3.3. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu zamítnout.

11.3.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

11.4. Převod podílových jednotek a peněžních prostředků do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou (převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou)

11.4.1. Pojistník není oprávněn provádět převod podílových jednotek z kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou.

11.4.2. Současně pojistník není oprávněn provádět převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.

11.5. Automatický převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů (automatický přechod do fondů životního cyklu)

Je-li sjednán automatický přechod do fondů životního cyklu, pojistitel provede převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů dohodnutý počet let před koncem pojistění. Při tomto převodu podílových jednotek pojistitel převede podílové jednotky z kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů s určitou povahou podkladových aktiv do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami fondů životního cyklu, přičemž je zohledněn sjednaný konec pojistění a povaha podkladových aktiv jednotlivých vnitřních fondů. Zásady pro automatický přechod do fondů životního cyklu jsou uvedeny na internetových stránkách pojistitele a obchodních místech pojistitele.

ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ 1. POJIŠTĚNÉHO (též „základní pojistění“)

ČLÁNEK 2

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ

Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dožije-li se pojištěný dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojistění, pojistitel vyplatí pojištěnému sjednanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána při uzavření pojistné smlouvy a kapitálovou hodnotu pojistění ve výši stanovené k datu konce pojistění. Požadá-li o to pojištěný, pojistitel dohodne s pojištěným namísto jednorázového plnění výplatu doživotního nebo časově omezeného důchodu. Splátka důchodu nesmí činit méně než minimální výše uvedená v Přehledu poplatků.

1.2. Dojde-li v době trvání pojistění ke smrti pojištěného, nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojistění, pojistitel vyplatí oprávněné osobě sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojistění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

1.3. Zemře-li pojištěný v prvních dvou letech trvání pojistění následkem sebevraždy, zanikají bez práva na plnění všechna sjednaná pojistění. V takovém případě pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu pojistění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojistiteli. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota pojistění vyplacena pojistníkem.

1.4. Zemře-li pojištěný ve třetím nebo dalším roce trvání pojistění následkem sebevraždy a neuplynuly-li alespoň dva roky od posledního zvýšení pojistné částky, k němuž došlo z jiného důvodu než v důsledku indexace pojistění, vyplatí pojistitel oprávněné osobě součet nejvyšší pojistné částky platné v průběhu dvou let před datem úmrtí pojištěného a kapitálové hodnoty pojistění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

1.5. V případě, že smrt pojištěného není pojistnou událostí, vyplatí pojistitel oprávněné osobě část kapitálové hodnoty stanovenou podle pojistné technických zásad pojistitele k datu, kdy se o smrti dozvěděl. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude tato částka vyplacena pojistníkem.

Bod 2

Pojistné

2.1. Mimořádné pojistné

2.1.1. Pojistník je oprávněn v době trvání pojistění zaplatit mimořádné pojistné, a to v české měně a na místo určené pojistitelem. Pojistitel si vyhradzuje právo mimořádné pojistné odmítnout.

2.1.2. Pojistitel je oprávněn v Přehledu poplatků stanovit bližší podmínky pro výši, četnost a podmínky placení mimořádného pojistného.

2.1.3. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné.

2.1.4. Mimořádné pojistné nelze hradit u redukovaného pojistění.

2.1.5. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.

2.2. Přerušení placení běžného pojistného

2.2.1. Je-li zaplacené běžné pojistné za dva roky, může pojistník požádat o přerušení placení běžného pojistného. Maximální délka přerušení placení je stanovena pojistitelem na základě pojistné technických zásad pojistitele. Pojistitel může žádost pojistníka o přerušení placení běžného pojistného zamítnout.

2.2.2. K přerušení placení dochází od nejbližší splatnosti pojistného po doručení žádosti pojistiteli. Běžné pojistné musí být k tomuto datu řádně zaplacen.

2.2.3. Za provedení přerušení placení si pojistitel účtuje poplatek podle platného Přehledu poplatků.

2.2.4. V průběhu trvání přerušení placení pojistného se přerušuje povinnost platit běžné pojistné. Nelze provést mimořádné výběry, převod podílových jednotek a převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Během přerušení placení běžného pojistného nebude indexace pojistění prováděna.

2.2.5. Pojistník při žádosti o přerušení placení zvolí, zda zůstanou zachována všechna sjednaná pojistění, nebo zůstanou sjednána pouze pojistění pro případ smrti nebo dožití a ostatní sjednaná pojistění budou zrušena k datu počátku přerušení placení. Přerušení placení pojistného neovlivňuje právo na pojistné plnění ze sjednaných pojistění platných v době přerušení placení pojistného.

Bod 3

Podíly na výnosech z rezerv pojistného

3.1. Oprávněná osoba má právo na podíl na výnosech z finančního umístění aktiv, jejichž zdrojem jsou technické rezervy (dále jen „výnosy“) za každý kalendářní rok trvání pojistění, a to za podmínky, že o jejich přiznání za příslušný kalendářní rok rozhodne představenstvo společnosti, a v rozsahu, který ve svém rozhodnutí určí představenstvo společnosti. Představenstvo společnosti učiní rozhodnutí o přiznání či nepřiznání a rozsahu podílu oprávněné osoby na výnosech za uplynulý kalendářní rok do 30. 6. běžného kalendářního roku.

3.2. Podíly na výnosech z rezerv pojistného jsou přiznávány pouze ke kapitálové hodnotě s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálové hodnotě s vyhlášenou úrokovou mírou. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se nepřiznávají ke kapitálovým hodnotám tvořeným podílovými jednotkami vnitřních fondů.

3.3. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se vyplácejí při skončení pojistění, při kterém se vyplácí kapitálová hodnota pojistění.

3.4. Při skončení pojistění, u něhož došlo k redukcí pojistění, se podíly na výnosech z rezerv pojistného nepřiznávají. Podíly na výnosech z rezerv pojistného přiznané do dne účinnosti redukce podle čl. 9 VPP ŽP se k tomuto dni podle pojistné technických zásad pojistitele zahrnují do redukované pojistné částky nebo doby.

ČLÁNEK 3 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dojde-li v době trvání pojistění 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 pojistění závažných onemocnění, vyplatí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku závažných onemocnění a toto pojistění zanikne.

1.2. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojistění závažných onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění závažných onemocnění nevzniká a pojistění závažného onemocnění zaniká. Pojistitel přestane od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojistění závažných onemocnění. Jinak zůstává sjednané základní pojistění 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 ze závažných onemocnění definovaných v bodě 6 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel nepokrytne pojistné plnění ani nedojde k zániku povinnosti platit běžné pojistné, byl-li sjednán tento zánik s pojistěním závažných onemocnění.

1.5. Je-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojistěním 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 pojistění, úrazová pojistění a pojistění pro případ nemoci, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy. Je-li zároveň sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojistěním závažných onemocnění i s pojistěním kritických onemocnění, bude pojistitel strhávat rizikové pojistné pouze jednou, a to za zánik povinnosti platit běžné pojistné sjednaný s pojistěním závažných onemocnění.

Bod 2

Pojistná částka

2.1. Pojistná částka pojistění závažných onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.

Bod 3

Pojistné plnění

3.1. Dojde-li během trvání pojistění závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pojistění závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojistění závažných onemocnění nejříve v den účinnosti této změny.

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

Bod 4

Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojistění závažných onemocnění, pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za riziko závažného onemocnění.

Bod 5

Zánik pojistění

5.1. Zánikem pojistění pro případ smrti nebo dožití zaniká i pojistění závažných onemocnění.

Bod 6

Definice závažných onemocnění

1. INFARKT MYOKARDU

Infarktem myokardu se ve smyslu tohoto pojistění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení vnitřní 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 VĚNČITÝCH TEPEŇ

Operací věnčitých tepen pro ischemickou chorobu srdeční ve smyslu tohoto pojistění se rozumí kardiochirurgický výkon – minimálně dvojnásobný koronární bypass s použitím cévního štěpu (transplantátu), provedený při otevřeném hrudníku. Indikací musí být koronariograficky prokázána 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

Operací srdečních chlopní se ve smyslu tohoto pojistění 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 pojistění se rozumí trvale funkční nebo morfologické poškození

srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující trvalou medikaci a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třída III.–IV., nebo EF \leq 20%. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interní, kardiologie).

5. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkovou příhodou ze 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)

Zhoubným nádorem (rakovinou) ze smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem, hodnoceným podle mezinárodní klasifikace TNM. Pojem rakovina zahrnuje i leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocený pT1 (Clark II.) a vyšší, zhoubné 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 dysplázie 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 ze smyslu tohoto pojištění se rozumí solitní 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 aktivit běžného života splňující kritéria příznákní plného 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 aktivit běžného života splňující kritéria příznákní plného 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. KLÍŠTOVÁ MENINGOENCEFALITIDA

Klíštovou 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 aktivit běžného života splňující kritéria příznákní plného 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 ze 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 (interní, nefrologie).

12. TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Transplantací životně důležitých orgánů ze smyslu tohoto pojištění se rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřeně (u kostní dřeně 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 ze smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta zraku obou očí následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu, zda se 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 ze 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 ZISKANÉ PŘI TRANSFUZI KRVĚ

Onemocněním HIV ze smyslu tohoto pojištění se rozumí nářez virem HIV přenesený 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 potvrzuje.

Výluky z plnění:

Diagnostikovaná hemofilie.

16. LYMSKÁ BORELIÓZA

Lymskou boreliózou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce). Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením moz-

komšního mozku nebo kloboučného punkátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

17. APLASTICKÁ ANÉMIE

Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřeně, 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 dřeně, 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 ze smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáležející na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (přukaz viru, protilátka, 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 ze 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 kůže (opakované záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

20. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušenou sklerózou ze 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), neregující 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 postižením 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 nedefinovaná systémová onemocnění pojiva.

22. PARKINSONOVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET

Parkinsonovou chorobou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s nadměrným úbytkem nervových 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 ze 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 (kongitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládnouti aktivit běžného života a kontaktů 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 ERYTHEMATOSES

Systémový lupus erythematoses ze smyslu tohoto pojištění je multiorganové autoimunní onemocnění s tvorbou autoprotilátek (difuzní onemocnění pojivové tkáně) projevující se specifickým organovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevtořby, cév. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem na základě klinických příznaků, laboratorních vyšetření a splnění definovaných diagnostických kritérií.

Výluky z plnění:

Onemocnění s pouze s kožním postižením.

Jiná systémová onemocnění.

25. BŘIŠNÍ TYFUS

Břišním 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 projevovanou vysokými teplotami, krvavými průjmy, komplikacemi popsanými v lékařské zprávě odborného pracoviště (komplikace: např. krvácení do střev, zánět pobřišnice, kostní dřeně...).

Výluky z plnění:

Pojištění, který nebyl očkován.

Onemocnění Paratyfem A, B, C. Bacilonosič.

26. TBC

Tuberkulóza ze smyslu tohoto onemocnění rozumí infekční onemocnění způsobené Mycobakterií tuberculosis (Kochův bacil), získané nákazou od infikované osoby nebo požitím kontaminované potravy (mléko...). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, odborné oddělení dle konkrétního napadeného orgánu – plice, ledviny, kosti, mozkové obaly...) laboratorní kultivací nebo mikroskopickou detekcí Kochova bacilu.

Výluky z plnění:

Pojištění, který nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

27. OPERACE AORTY

Operaci aorty se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chirurgický zákrok na hrudní nebo břišní aortě po potvrzeném výskytu 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 kardiochirurgie.

Výluky z plnění:

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

28. KARDIOMYOPATIE

Kardiomyopatií (onemocnění srdeční svaloviny – myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pozánětlivé infekční postižení myokardu. Diagnostika musí být stanovena na základě EKG, echokardiografie a katetrizace, eventuelně 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 ze 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 trvajících 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 ze 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. OCHRNUTI – paraplegie, tetraplegie, hemiplegie

Ochrnutím ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta schopnosti aktivního volného 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 BECHTĚREV

Bechtěrevovou 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 nekrózou 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 popsanými 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

- 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.
- 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 přestane od nejbližšího účtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění kritických onemocnění. Sjednané základní pojištění zůstává beze změny.
- 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
- Pro pojištění kritických onemocnění se použije článek 20 VPP ŽP obdobně.

Bod 2 Pojistná částka

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

Bod 3 Pojistné plnění

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

Bod 4 Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění kritických onemocnění, pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za riziko kritického onemocnění.

Bod 5 Zánik pojištění

5.1. Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 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 nekroza srdečního svalstva neboli Q infarkt, prokázaný 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 (zbyttné 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 infastní prognózou. Diagnóza musí být potvrzena jednoznačným histologickým nálezem s 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“) nebo formu měsíční invalidní renty, podle toho, co bylo sjednáno v pojistné smlouvě.

Měsíční invalidní renta

1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet pojistnému měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ZP.

1.2. Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu a platí pro jeden rok trvání pojištění. 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. 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 přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění výplaty měsíční invalidní renty.

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 nejdříve 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, nevychází se splnění podmínek dvou let trvání pojištění podle čl. 21 odst. 1 VPP ZP.

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 ZP.

1.2. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu a týká se běžného pojistného za jeden rok trvání pojištění. 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. 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. Je-li pojištění sjednáno na dobu delší, než dosažení věku 65 let pojištěného, může pojištěný požádat o předčasné ukončení celého pojištění.

1.3. Pojištění zproštěn 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 přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové 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 přiznáním 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 nejdříve ode dne účinnosti změny pojištění.

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 nejdříve 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 nejdříve 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 nejdříve v den účinnosti zvýšení pojistného.

Bod 2 Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 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 vyplatí 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 léčebného tělesného poškození způsobeného úrazem. 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, vyplatí 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 vysoké 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 úrčen 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, vyplatí 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 vysoké 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:

- úrazy vzniklé při uvádní motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,
- úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
- úrazy dopravovaných osob, k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
- úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,
- úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.

3.7. Pojištění se nevztahuje na:

- úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
- úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréinku),
- úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zájždění apod.,
- úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční vále, buldozery,
- 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, 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.

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. Týkali-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.

4.5. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.

4.6. Týkali-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 vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.

4.9. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, vyplatí 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. Bez ohledu na to, jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sniží pojistné plnění za trvalé následky 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 vysoké rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.

4.11. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplatí 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.

4.12. 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 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 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 z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištění trvalé invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného zaniká.

5.3. Týkali-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.

5.4. Týkali-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. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalou invaliditu 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 vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 5.9. 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 poznatků 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 jedním 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, země-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.1.8. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem 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 vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 6.1.9. 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 poznatků 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 uvedených u položky 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 jedním 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, země-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.2.7. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem 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 vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako

profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.

- 6.2.8. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

Bod 7

Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 7.1. 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 vysoce rizikové činnosti nebo nevykonával sport jako profesionální sportovec a platil vyšší pojistné, než měl platit. Přepáčené pojistné se nevrací.
- 7.2. Pojistitel není povinen za pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu a dříve sjednaných pojištění a tím způsobí, že pojištění bylo sjednáno za jiných podmínek, než za nichž mělo být sjednáno.
- 7.3. 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.

Bod 8

Zánik pojištění

- 8.1. Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití zaniká i úrazové pojištění.
- 8.2. Úrazové pojištění končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 70 let, výše celkového pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití. Předchozí věta neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 70 let a vyšším.

Bod 9

Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 9.1. **Riziková skupina 1** zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídicí 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 rizikový úraz je u nich srovnatelné s nevýrobní činností.
- 9.2. **Riziková skupina 2** zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevýrobní činnosti zvýšenému riziku (např. řídicí z povolání), profesionální sportovce bez VŘČ.
- 9.3. **Riziková skupina 3** zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinách dolech; záchranné a havarijní práce báňské záchranné služby; příslušníků veřejné a závodní požární ochrany; členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniků; práce železničnických posunovačů; práce ve výškách, provádění 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, svítíplynem 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 artistů, kaskadérů, krotitelů zvířet; činnost výzkumná a badatelská v neprobádaných krajinách; činnost při zajištění motorových vozidel a při provádění typových zkoušek; činnost továrnických jezdců motorových vozidel a plavidel.
- 9.4. **Vysoce riziková činnost (VŘČ)**

Do skupiny vysoce rizikových činností (VŘČ) patří všechny druhy sportů, které pojištěný 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, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, footbalu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrosso, jachtingu, jezdecký všech sjezdy, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrosu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretek, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákáč boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztléskávaček (cheerleading), rybařského sportu, rychlobruslení, skyrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashu, 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 (VŘČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.

9.5. 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 pojistného je účinná nejdříve od nejbližší splatnosti pojistného následující po doručení sdělení pojistiteli.

Bod 10

Extrémní sporty

- 10.1. Je-li sjednáno připojištění extrémních sportů, vyplátí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde:

- a) při výsokohorské 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 účasti na místních, republikových a mezinárodních závodech a soutěžích, včetně tréninků, v klasickém nebo sjezdovém lyžování, snowboardingu, jízdě na bobech, skibobech, skeletolech nebo saňkování; létání s bezmotorovými letadly, větrními s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závěsného létání; při freestylingu (v jakémkoliv sportu); paraglidingu, při seskocích a letech s padákem z letadla i z výšin; 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 řídicího oprávnění).

- 10.2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 10.1. 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 10.1. 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.
- 10.3. 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 11

Profesionální sportovci

- 11.1. Profesionální 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. Provozování sportovní činnosti se rozumí činnost vykonávaná pojištěným v pracovním 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.
- 11.2. 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 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 vyplátí 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

- 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 dítěti smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 2.3. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění pojistného plnění. 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, 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 konce této doby 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, poskytnete 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, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.

- 3.5. Způsobili-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 pojistníkovi 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 pojistníkovi 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 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. Výplatu pojistného plnění pojištění trvalé invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného dítěte zaniká.
- 4.3. 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.
- 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 pojistníkovi plnění 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 pojistníkovi 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 na plnění, zemřeli 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 ošetřeni a léčeni 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 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.
- 6.7. Pojistitel poskytnout 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. Ústavní pobyty (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 neposkytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu, zemřeli-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, zotavovacích, 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 neudrživosti 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.

- 6.12. Pojištěný je povinen zůroveň s vyplněním „Oznámením pojistné události Úraz“ předložit jako doklad k posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu potvrzení o délce poskytnuté nezbytné hospitalizace na tomto tiskopise a kopii propouštěcí zprávy.

- 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.

Bod 7

Společná ustanovení

- 7.1. Úrazové pojištění dítěte končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění po dovršení 18 let věku dítěte, výše celkového pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití.
- 7.2. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte do 3 let jeho věku, pojistitel neposkytne pojistné 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 vyplacené 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 tréningu nebo výkonu sportu zaraženého do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). 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, bowlingu, benchpressu, 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, intercrosu, jachtingu, jezdeckých psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažorettek, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákáci boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, rozleškačů (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softbalu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní stříbel, squash, 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 jakýkoliv druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.

Bod 8

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 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 sjednané s ČPZ, tak s ČP, včetně dalších pojištění sjednaných s ČPZ, tedy i pojištění splátek úvěru a pojištění finančních ztrát.

Zánik pojištění

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

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění

verze ZP-VPP-DIM-0001

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 pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“). Součástí pojistné smlouvy jsou tyto všeobecné pojistné podmínky. Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle zákona o pojistné smlouvě (dále jen „pojištění“). Životní pojištění sjednává pojistitelem je v souladu s § 54 odst. 2 ZPS pojištěním obnosovým.

OBCENÁ USTANOVENÍ

DRUHY POJIŠTĚNÍ

Článek 1 Druhy pojištění

- 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.
- 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 nejbližší.
- V jedné pojistné smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění. Pro ně pak platí pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

VZNIK A SPRÁVA POJIŠTĚNÍ

Článek 2

Pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění

- 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.
- Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.

Článek 3

Pojistné částky

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

Článek 4

Pojistné, doba placení pojistného

- Výše a splatnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojistitelem pro jednotlivé druhy a sazby pojištění zejména s ohledem na pohlaví a věk pojištěného, pojistnou dobu, platnou pojistnou částku v aktuálním pojistném období a na zdravotní stav pojištěného k datu sjednání pojištění nebo k datu poslední změny pojištění.
- Pokud výše pojistného závisí na věku pojištěného, považuje se pro účely stanovení pojistného za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného (vstupní věk pojištěného).
- Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení.
- Pojistné u pojištění za běžné pojistné se platí po sjednanou pojistnou dobu. Pojistitel může stanovit sazby, u nichž lze pojistné platit po dobu kratší.

Článek 5

Předplacení pojistného

Předplacené pojistné je považováno za jednorázové pojistné, které snižuje běžné placené pojistné během celé doby placení pojistného. Pojištění s předplaceným pojistným je posuzováno jako pojištění za běžné placené pojistné.

Článek 6

Mimořádné pojistné

Mimořádné pojistné je považováno za běžné pojistné uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec dohodnutého placení běžného pojistného.

ZMĚNA POJIŠTĚNÍ

Článek 7

Změna pojištění

- Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.
- Při změně pojištění je pojistitel oprávněn zkontrolovat zdravotní stav pojištěného.
- 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

- Pokud bylo u pojištění za běžné pojistné zaplacené pojistné alespoň za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než jeden rok nebo o pojištění s redukovanou pojistnou částkou nebo o pojištění se zaplaceným předplaceným pojistným, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupné. 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 v pojistné smlouvě nebylo dohodnuto jinak.

- Pojištění zaniká dnem, kdy pojistitel odkupné vyplatil v hotovosti, vystavil šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžním ústavu.
- Výši odkupné pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 9

Důsledky neplacení pojistného

- Pokud bylo u pojištění za běžné pojistné zaplacené pojistné alespoň za dva roky nebo bylo zaplacené předplacené pojistné a pokud nebylo běžné pojistné za další pojistné období zaplacené ve stanovené lhůtě, mění se pojištění na pojištění se sníženou pojistnou částkou (redukcí pojistné částky), se sníženým důchodem (redukce důchodu), a to bez povinnosti platit další pojistné.
- Pokud redukována pojistná 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 (redukce pojistné doby), jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovený počet let, pro neplacení pojistného zaniká.
- K redukcí dojde v 00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty, jejímž uplynutím jinak pojištění zaniká pro neplacení pojistného.
- Redukovanou pojistnou částku, snížený důchod nebo zkrácenou pojistnou dobu pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.

ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 10

Zánik pojištění

- K zániku pojištění může dojít:
 - a) uplynutím doby,
 - b) nezaplacením pojistného,
 - c) dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku pojištění,
 - d) výpovědi pojistníka ke konci pojistného období,
 - e) výpovědi pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy,
 - f) výpovědi pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události,
 - g) výpovědi pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o přechodu 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 odkupné,
 - k) smrtí pojištěné fyzické osoby,
 - l) způsoby uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.Důvody jednotlivých zániků pojištění jsou uvedeny v ZPS, doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.
- Pokud pojištění zaniklo z jiných důvodů, než jsou uvedeny v odstavci 1 písm. h) a i), ne však proto, že pojistnou událostí odpadá dalšího pojištění, je pojistitel povinen vrátit zbývající část běžného pojistného.
- 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.
- Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojistné pojistitel nevrací.

POJISTNÁ UDÁLOST, POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11

Pojistná událost

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

Článek 12

Výluka 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 nepřítele, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolucními událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jedním 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. V takových případech pojistitel vyplatí oprávněné 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, země-li pojištěný v souvislosti s jedním, 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, pojistitel vyplatí pojistníkoví, 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 pojistitel oprávněné osobě pojištění plnění.

Článek 15

Splatnost pojistného plnění

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

Článek 16

Výplata pojistného plnění

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

SPLATNOST POJIŠTĚNÍ

Článek 17

Pojištění pro případ smrti

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

Článek 18

Pojištění pro případ dožití

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

Článek 19

Pojištění pro případ smrti nebo dožití

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

Článek 20

Pojištění závažných onemocnění

- V pojištění závažných onemocnění vyplatí pojistitel 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.
- U pojištěného došlo k závažnému onemocnění bylo-li mu diagnostikováno některé z onemocnění uvedených v pojistné smlouvě nebo prodírbil-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.
- Právo na plnění v případě závažného onemocnění má pojištěný.
- Na základě stavu lékařské vědy může v době trvání pojištění, nejdříve však po pěti letech od uzavření pojistné smlouvy, pojistitel stanovit novou výši pojistného.

Článek 21

Pojištění pro případ invalidity

- V pojištění pro případ invalidity vyplatí pojistitel pojistné plnění, pokud v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od uzavření pojistné smlouvy, byl pojištěnému přiznán 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.
- Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud invalidní důchod byl přiznán vylučně v důsledku úrazu pojištěného definovaného ve všeobecných pojistných podmínkách pro úrazové pojištění pojistitele a k němuž došlo nejdříve po sjednání počátku pojištění.
- Pojistitel má právo ověřovat trvání nároku pojištěného na invalidní důchod.
- Právo na pojistné plnění z pojištění invalidity má pojistník nebo pojištěný podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění může mít formu úhrady běžného pojistného nebo formu důchodu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění se vyplácí po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 22

Oprávnění pojistitele

- Pojistitel 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 pojištěním dán souhlas pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžadované pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřující

cích lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.

2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dávají 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 pojistitel 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 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 24 Doručování

1. Písemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojištěteli známou adresu účastníka pojištění na území České republiky. 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 zastížen, doručovatel uloží písemnost pojistiteli 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 doru-

čenou 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 pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli 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, 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 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 pro 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. Jednací 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 písemnosti do vlastních rukou, přičemž opětovně doručování zásilky se 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, neshledá-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

Pojistitel je oprávněn účtovat pojistníkovi poplatky za mimořádné úkony, které provádí na žádost pojistníka 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 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 pojistitelem v českém jazyce.

Článek 28 Výklad pojmů

Písemnými dotazy pojistitele týkajícími se sjednávaného 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, 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 „pojistitel“) 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 sjednávávané pojistitelem je pojištěním obnosovým.

OBEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Druhy pojistného plnění

- Pojistitel poskytuje z úrazového pojištění pojistné plnění – za smrt způsobenou úrazem, – za trvalé následky úrazu, – za trvalou invaliditu způsobenou úrazem, – za hospitalizaci následkem úrazu, – za dobu nezbytného léčení úrazu.
- Pojistitel 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.
- Pro to, zda se pojištění 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

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

Článek 4 Pojistné částky

Pojistitel 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

- 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 pojištěného a vykonávanou sportovní činnost.
- Pokud výše pojistného závisí na věku pojištěného, považuje se pro účely stanovení pojistného za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného (vstupní věk pojištěného).
- 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

- Pokud bylo u pojištění za jednorázové pojistné, sjednaného na dobu delší než 1 rok, zapláceno pojistné, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupného.
- Výši odkupného pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.
- 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.

PŘEROUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 9

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

ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 10 Zánik pojištění

- K zániku pojištění může dojít:
 - uplynutím doby,
 - nezaplacením pojistného,
 - dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku soukromého pojištění,
 - výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období,
 - výpovědí pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy,
 - výpovědí pojistitele nebo pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události,
 - 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, odstoupením od pojistné smlouvy,
 - odmítnutím plnění,
 - vyplacením odkupného u pojištění za jednorázové pojistné sjednaného na dobu delší než 1 rok,
 - smrtí pojištěné fyzické osoby,
 - způsoby uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.
- 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.
- 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 odečtají 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.
- Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojistné pojistitel nevrací.

POJISTNÁ UDÁLOST, POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11 Pojistná událost

- Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění. Uzemi platnost pojištění není omezena.
- Pokud nebylo dohodnuto v pojistné smlouvě jinak, vztahuje se pojištění na úrazy pojištěného, ke kterým dojde při jakémkoliv činnosti s výjimkou činností uvedených v článku 13.
- Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojištěného. 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 nebo smrt. Pro účely úrazového pojištění se poškozením zdraví rozumí tělesné poškození, které je uvedeno v oceňovacích tabulkách pojistitele.
- Pojistitel plní i za újmy na zdraví, které byly pojištěnému způsobeny
 - nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu,
 - zhoršením následků úrazu nemocí, jíž pojištěný trpěl před úrazem,
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřených rán způsobených úrazem a náklazou tetanem při úrazu,
 - diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu.

Výluky z pojištění Článek 12

Pojistnou událostí není:

- vznik a zhoršení kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amocí stitnice, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových věčků, synovitid, epikondylitid a výhřez meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vertebrogenních algických syndromů, psychická újma, a to ani v případě, kdy vyvolávajícím momentem vyjmenovaných obtíží je úraz,
- infekční nemoc, i když byla přenesena zraněním, a pracovní úraz a nemoc z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle článku 11,
- následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
- dojde-li v důsledku úrazu ke zhoršení nebo projevům se nemocí, včetně zhoršení či projevením se obtíží majících původ v degenerativních změnách,
- sebevražda, pokus o ni ani úmyslné sebepoškození.

Článek 13

- Pojistitel neplní z událostí, k nimž dojde:
- 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,
 - v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách,
 - přímým nebo nepřímým působením jaderné energie,
 - 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,
 - 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, paragli-

dingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin,

- při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lovů 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.,
- v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řidičské 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

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

Článek 16

Výplata pojistného plnění

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

Článek 17

Povinnosti pojištěného

- Povinnosti pojištěného 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 léčení a rozsah tválých následků, má pojistitel právo pojistné plnění adekvátně snížit.
- V případě pochybnosti je povinnosti pojištěného prokázat, že k úrazu došlo a za jakých okolností.
- Při hodnocení tválých následků je pojištěný povinen prokázat se občanským průkazem či jiným platným identifikačním dokladem.
- Pojištěný je povinen při šetření pojistné události předložit doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 18

Oprávnění pojistitele

- Pojistitel 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 pojištěný dán souhlas pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením u ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
- 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.
- Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

Článek 19

Vinkulace

- Lze dohodnout, že pojistné plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojistné 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 závazek vůči oprávněné osobě.
- 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

- Písemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojištěný známou adresu účastníka pojištění na území ČR, jemuž je určena. Písemnost může být doručena i zaměstnancem pojistitele nebo jinou pověřenou osobou.
- Pojistník (pojištěný) je povinen pojistiteli oznámit změnu adresy, kam mu mají být písemnosti zasílány.
- Nebyl-li adresát zastížen, doručovatel uloží písemnost pojistitele 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.
- Odmítl-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doru-

čenou dnem, kdy adresát její přijetí odmítl. O následcích odmítnutí musí být adresát poučen.

1. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojištětele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojištěteli vrácena jako nedoručitelná.

Článek 21 Řešení sporů

1. Smluvní strany se dohodly, že všechny majetkové spory vzniklé z uzavření 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 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 písemné, a že nevymáhá-li se žalovanou do sedmi kalendářních dnů ode dne, kdy mu byla doručena žaloba, jsou skutečnosti vyjádřené a uvedené v žalobě považovány za nesporné. Jednáním místem je zavedená sídlo Společ-

nosti. Veškeré písemnosti jsou doručovány poštou, případně osobně. Při doručování pošou 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 se 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 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 uzavření pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které vzhledem k jejich předmětu nelze podřadit pod ustanovení článku 21 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, budou rozhodovány obecnými věcně a místně příslušnými soudy.

Článek 22 Poplatky

Pojištětel 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 pojištětel a je obsažena v aktuálním Přehledu poplatků přístupném na obchodních místech pojištětele. Úhrada poplatků se provádí započtením 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 pojištětelem v českém jazyce. V případě pochybnosti 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 pojmů

Písemnými dotazy pojištětele týkajícími se sjednávaného 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, nabývají ho osoby určené 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 „pojištětel“), 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

1. Pojištění pro případ nemoci (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním a je sjednáváno jako pojištění škodové³ nebo obnosové⁴.
2. 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“).
3. Podmínky přijetí do pojištění jsou stanoveny směrnicí pojištětele, která je zájemcům o pojištění, pojistníkům a pojištěným dostupná na pracovištích pojištětele.

Článek 2

Územní platnost pojištění

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

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

1. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojistná doba). Uplnutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojištětel nebo pojištěný nejméně 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.
2. 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.
3. Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
4. 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.
5. Pojištětel a pojištěný se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
6. Pojištění zanikne na základě těchto úkonů účastníků (pojištětele nebo pojištěníka):
 - a) písemnou výpovědí doručenu do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - b) písemnou 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,
 - c) písemnou výpovědí podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události, dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíc, jejímž uplynutím pojištění zanikne,

- d) uplatní-li pojištěný nesouhlas se změnou výše pojistného, v tomto případě pojištění zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
- e) odstoupením od pojistné smlouvy za podmínek stanovených zákonem,
- f) odmítnutím plnit z pojistné smlouvy ze strany pojištětele, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.

7. Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - a) dnem, kdy pojištěný nebo pojištěník přestane mít trvalé bydliště nebo sídlo na území České republiky, pokud se účastníci před zánikem pojištění nedohodnou jinak,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojištětelem k zaplacení dlužného pojistného,
 - d) dnem, ve kterém pojištětel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu⁶,
 - e) dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako připojištění.

8. Další skutečnosti, na základě kterých pojištění zaniká, vymezují ZPP pro jednotlivé typy pojištění.

Článek 4

Pojistné období

1. Pojistným obdobím se rozumí časové období, za které se platí pojistné.
2. 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

1. Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojištětelem.
2. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
3. Osoby, které jsou pojištěny jako nezletilé, jsou od pojistného období následujícího po dovršení 18 let věku povinny hradit pojistné stanovené pro tuto věkovou kategorii.
4. Je-li pojištěný v prodloužení s placením pojistného, je pojištětel oprávněn požadovat úrok z prodloužení. Za upomínání dlužného pojistného je pojištětel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovného.
5. Pojištětel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
6. Přeplytky pojistného, pokud pojištěník nepožádá o jejich vrácení, použije pojištětel k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 6

Příspěvení pojistného

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

Článek 7

Čekací doba

1. Nárok na pojistné plnění z pojištění zaniká teprve u pojistné události, nastalé po uplynutí čekací doby.
2. Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.

3. Délka čekací doby je pro jednotlivé typy pojištění vymezena ve ZPP.

Článek 8

Pojistná událost

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

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Pojistná částka

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

Článek 10

Oprávněnost pojistného plnění

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

Článek 11

Redukce výše pojistného plnění

1. Pojištětel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - a) porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojištěník nebo pojištěný 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 jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
2. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojištětel pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojištětel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 12

Výluky z pojištění

1. Pojištětel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - a) u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - b) pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocněl v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných či plyných látek,
 - c) u nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a v čekací lhůtě,
 - d) u nemoci z povolání a u pracovních úrazů,
 - e) pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - f) 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,
 - g) pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozováním sportu.
2. Pojištětel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v případech, stanovených pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP.

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

¹⁴ Viz ustanovení § 18 zákona o pojistné smlouvě

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 do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky 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 pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinnosti, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto všeobecných pojistných podmínek a ZPP zavázali plnit při pojistné události.
8. 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 POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15

Dotazy pojistitele

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele 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 pojistiteli na stejná rizika a další, uplatněných pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při prořezávání vzniku a šetření pojistných událostí apod.
2. Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojistné smlouvy, onemocnění prodělaná před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavírání pojistné smlouvy včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a další. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli a pojištěný, pojistník i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele, týkající se pojištění.
3. Dotazy pojistitele je pojištěný, resp. pojistník povinen sdělit i zmocněnci pojistitele.
4. Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (díl. 18), který je obsažený v pojistné smlouvě.
5. Úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplně zodpovězené písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy⁸ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy⁹.

Článek 16

Oznamovací povinnost

1. Pojistník, a pokud není pojistník a pojištěný jedna osoba, tak i pojištěný jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů¹⁰, uvedených v pojistné smlouvě.
2. Pojistník je dále povinen oznámit pojistiteli uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem¹¹.
3. Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojištěný 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 pojištěného při pojistné události

1. Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění (dále jen „pojištěný“), je povinen včas pojistiteli 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 pojistitel vyžádá. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává.
2. Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojištěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojistitele bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 18

Dotazník o zdravotním stavu

1. Pojištěný je povinen pravdivě a úplně vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
2. Pravdivé 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 jde-li před uzavřením pojistné smlouvy (změny pojištění) k jakýmkoliv změnám v údajích, uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
3. Za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 19

Zkoumání zdravotního stavu

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného¹² při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných z jeho souhlasem od lékaře, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčí 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.
2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy.
3. Pojištěný je povinen umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
4. 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.
5. 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

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

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 21

Změna pojištění

1. Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky. Jedno vyhotovené dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
2. Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění.
3. 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

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

DORUČOVÁNÍ

Článek 23

Doručování písemností

1. 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 pojistná 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“.
2. 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 doručenu 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 pojištěteli 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. Oznámi-li pojistník (pojištěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zaslány po přesně stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebudou v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.
6. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 24

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 pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění, musí mít písemnou formu.
3. 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

Jakýkoliv spor vyplývající 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 Sazebníku zpoplatněných 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 obnosové 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 obnosové, 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

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.¹
- 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 miní 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 specifikova- ných 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 počá- tek pojištění a nebyli-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 dal- ších skutečností, kdy pojištění zaniká:

- dnem, který předchází dni, ve kterém pojištěný zahájí výkon ji- něho povolání, než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, ne- dohodnou-li se účastníci na změně pojištění před jeho zánikem,
- uplynutím doby 6 měsíců po kterou pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměst- nání nebo ukončil nebo přerušil živnostenské podnikání či výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), nedohodnou-li se účastníci na změně nebo přerušeni pojištění před jeho záni- kem,
- dnem, kdy byl pojištěnému přiznána na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁶ nebo soudu staro- bího důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před do- sažením důchodového věku ve smyslu zákona⁷ nejspozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,
- dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním nebo částečně in- validním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl po- jištěnému stanoven počátek výplaty přiznaného plného nebo částečného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zaháje- ní řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů,
- vyplacením pojistného plnění (denní dávky) v rozsahu stanove- ným limitem pojistného plnění (čl. 6) po dobu 52 týdnů.

Článek 3

Čekací doba

- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Zvýšili-li se pojistná částka (výše denní dávky) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšení rozsahu pojistné část- ky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.
- V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpo- kladu, že:
 - úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejspozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospita- lizován; to neplatí v případě, bránil-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí od- stranit a pojištěný věrohodným způsobem doloží existenci těchto překážek,
 - hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, při- čemž rozhodující je počet půlnoci strávených v nemocnici (nej- méně 2 půlnoci).Pro odpadnutí čekací doby musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která na- stala za trvání pojištění a po uplynutí čekací doby. Pracovní ne- schopnost nastala v době, ve které pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě, není pojistnou událostí.
- Pro účely pojištění se pracovní neschopnosti rozumí takový stav po- jištěného, při kterém nastanou a pojistitelé jsou doloženy níže vyme- zené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu po- volání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řízení 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 nemocensk- é 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 nemocen- ské dávky podle zákona o nemocenském pojištění,
- doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsaže- né 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 za- řízením určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
- pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lé- kařem 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 nákla- dy spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jdou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravot- ního posudku vyžádal.
- Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystave- ný lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěným blízkou, nestačí k doložení pracovní ne- schopnosti dle odst. 2 písm. b). Tento doklad si také nemůže vysta- vit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydat potvrzení o pra- covní 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 existu- jící přiznané pracovní neschopnosti, změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
- Pojistnou událostí je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymeze- ným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO 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 urče- ného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby. Pojiš- těný si může v pojistné smlouvě dohodnout jen jeden počátek po- jistného plnění.
- Denní dávka je zaručena po dobu trvání pojištění a její výplata je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů (limit pojistné- ho plnění). Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do doby vyme- zené 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 nepřesahu- je 6 měsíců.
- Výplata pojistného plnění končí nejspozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout po- jistné plnění (výluky z pojištění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistí- telé dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastalý následkem úrazu,
 - při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemocí nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být spl- něny současně,
 - při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovo- dem či ošetřováním osob blízkých,
 - při pracovní neschopnosti, která nastala v době po kterou po- jištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živ- nostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti).
- Pojistitelé dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní ne- schopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření po- jistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěného upozornil,
 - za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nevykoná-

- val povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (tj. v do- bě po kterou nebyl zaměstnán nebo přerušil či ukončil živnos- tenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
- za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
- za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení po- jistné události ve smyslu čl. 9 těchto ZPP,
- za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel 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 kont- rolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.

- Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistite- lem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

POVINNOSTI POJISTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povin- nost oznámit pojistiteli:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání ne- bo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - ukončení (přerušeni) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění,
 - ztrátu příjmu,
 - změnu ošetřujícího 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:
 - je povinen včas, nejspozději 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,
 - trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný povin- nen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 14 dnů trvání pracovní ne- schopnosti nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit dů- vody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.
- Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení do konce uplynutí karenční doby; pokud ze závažných důvodů nemů- že uvedenou povinnost pojištěný splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
- Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně všech zmocněním pojistitelem, kont- rolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu po- volání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění a dalších skuteč- ností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou současně.
- Pojištěný 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 zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
- Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schop- nosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozptýlení vycházek) a vyloučit veškerá jedná- ní, 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 pojiš- tné 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.

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,

⁶ zákona o notářích a jejich činnosti v platném znění a další

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 Potvrzení prac. neschopnosti

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

pozdějších předpisů

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

ÚVODNÍ USTANOVENÍ:

Pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, 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

- Pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a je sjednáváno jako pojištění obnosové².
- 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 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 následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy. Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 VPP.

Článek 3

Čekací doba

- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
- V případě úrazu, který nastal v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena:
 - pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem,
 - pro případ hospitalizace při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie,
 - pro případ hospitalizace u ortopedických náhrad.
- Zvyšší-li se pojistná částka (výše podpory) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, vymezená v odst. 1 a odst. 4 tohoto článku, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je poskytnutí lůžkové základní a specializované diagnostické a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení (nemocnici), která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodů nemoci nebo úrazu pojištěného, a která nemohla být poskytnuta ambulantně (dále jen „hospitalizace“).
- Hospitalizací se pro účely pojištění rozumí pobyt pojištěného na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně vědecky uznávaných metod a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby (zdravotní dokumentaci).
- O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno v nemocnici na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti onemocnění (úrazu) nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření.

- Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnických zařízení. Pojistná ochrana se však vztahuje pouze na léčebnou péči v zařízeních, která splňují podmínky vymezené v odst. 2.
- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
- Pojistnou událostí není, byl-li pojištěný přijat k hospitalizaci před počátkem pojištění, v čekací době nebo ve zvláštní čekací době.
- 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

- 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.
- Pro účely poskytnutí podpory se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, počítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Při hospitalizaci při porodu náleží podpora pouze za 7 dní hospitalizace pojištěného, při hospitalizaci v důsledku onemocnění souvisejících s těhotenstvím pouze za 14 dní hospitalizace pro každé těhotenství.
- Výplata podpory končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Vyluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (vyluky z pojištění) jsou vymezeny v čl. 12 VPP. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - při hospitalizaci v nemocničních zařízeních, která pojistitel vyloučil z pojistné ochrany, a to zejména v případě, že k pojistné události došlo poté, co pojistitel o této vyluce 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 hráčské závislosti,
 - při hospitalizaci pojištěného související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké 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 hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné 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 šetření pojistné události vyžádal, a k jehož doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěného upozornil.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné 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 ošetřujícího 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:
 - při vzniku pojistné události pojistiteli doručit vyplněný formulář pojistitele a doklad o poskytnutí nemocniční lůžkové péče, vydaný příslušným zdravotnickým zařízením³,
 - 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 pojistiteli 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 pojistné 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 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 součástí 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.

¹ Viz ustanovení § 62 zákona o pojistné smlouvě

² Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

³ Propouštěcí zprávu z nemocnice

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č. j.: 01/2007 (VPP PP)

schválené představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 30. 8. 2007 pod č. j.: 01/2007

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 předpisy, tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „pojistné podmínky“), které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „pojistná smlouva“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti je soukromým pojištěním nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové a jako připojištění k jinému soukromému pojištění s běžným pojistným (dále jen „pojištění plateb pojistného“).
- Pojištění plateb pojistného se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se toto soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištění“), a které může vyvolat pojistnou událost definovanou v čl. 8 těchto pojistných podmínek. Pojištění plateb pojistného lze sjednat pro fyzické osoby – pojištěné, jsou-li současně smluvní stranou této pojistné smlouvy a platcem běžného pojistného (pojistníkem), a které sjednaly účinnou pojistnou smlouvu s pojistitelem nebo s jiným pojistitelem pojištění s běžným pojistným (dále jen „základní pojištění“), a takto sjednané soukromé pojištění trvá ke dni počátku pojištění plateb pojistného. Běžným pojistným se rozumí pojistné placené pojistníkem v dohodnuté výši za dohodnutá pojistná období. Je-li sjednáno základní pojištění na cizí pojistné riziko, je pojištěným fyzická osoba, na jejíž pojistné riziko bylo pojištění sjednáno.
- Pojištění plateb pojistného lze sjednat pouze pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o daní z příjmu² v platném znění příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“), a dále s fyzickými osobami, 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, živnostenské podnikání⁴ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵.
- Pokud není pojistnou smlouvou stanoveno jinak, pojistná ochrana se vztahuje na platby běžného pojistného ze všech sjednaných pojištění, ke kterým bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako připojištění. Pojistná ochrana se vztahuje i na tzv. indexaci pojistného, tj. zvýšení běžného pojistného 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 pojistného ze základního pojištění (mimořádné běžné pojistné) a rovněž na dobu, na kterou bylo pojištěnému, resp. pojistníkovi, pojistitelem ze základního pojištění povoleno přerušení placení pojistného ze základního pojištění.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel po uplynutí stanovené délky pracovní neschopnosti opakované plnění, trvá-li jedna a tážá pracovní neschopnost, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou. Pojistné plnění může mít i formu úhrady běžného pojistného, pokud to bylo dohodnuto.
- Do pojištění plateb pojistného (dále jen „pojištění“) nemůže být přijat zájemce o pojištění, který neudělil pojistiteli výslovný souhlas ke zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti ve smyslu zákona⁶, a to za účelem šetření pojistných událostí.
- Podmínky přijetí do pojištění určuje pojistitel.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Pojistná ochrana platí na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak.
- Pojištěný musí mít trvalý pobyt v České republice, pokud se účastníci nedohodnou jinak.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

- Nebylo-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 pojistitel nebo pojistník nejméně 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 začíná v 00.00 hodin dne určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, pojištění začíná v 00.00 hodin prvního dne bezprostředně 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.
- Pojistitel 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 (pojistitele nebo pojistníka):
 - písemnou výpověď doručenu do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - písemnou výpověď 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,

- písemnou výpověď podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události, dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíc, jejímž uplynutím 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 pojistného plnění ze strany pojistitele, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - dnem, kdy pojištěný nebo pojistník přestane mít trvalý pobyt na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - dnem, který bezprostředně předchází výročnímu dni počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let, přičemž výročním dnem počátku pojištění se rozumí den, který se pojmenováním a číslem shoduje se dnem počátku pojištění, uvedeným v pojistné smlouvě, a není-li takový den v měsíci, připadne výroční den na poslední den přísl. měsíce,
 - dnem, který předchází dni, od něhož byla pojištěnému přizvána výplata plného invalidního důchodu na základě písemného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty přiznaného plného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů⁸,
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení důlného pojistného,
 - dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu⁹,
 - dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako připojištění.

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 pojistitelem (odst. 3 Sazebník pojistného). Pro stanovení výše pojistného je rozhodující sjednaný rozsah pojistné ochrany a věk pojištěného.
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu 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 neschopnosti¹¹, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění¹² nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky 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 vyžádal.
- 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. 1 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vyžadovat potvrzení o pracovní neschopnosti.
- Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost o soběh více nemocí anebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
- Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 18.

Sazby pojistného (sazba T 644)

Vstupní věk pojištěného (rok počátku pojištění – rok narození)	% z celkového lhůtního pojistného po slevě ¹⁰ za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná	Vstupní věk pojištěného (rok počátku pojištění – rok narození)	% z celkového lhůtního pojistného po slevě ¹⁰ za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná
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 %		

- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období. Při pojistné události nezaniká povinnost pojistníka hradit pojistné ze sjednaného pojištění plateb pojistného (pojistné ze sjednaného připojištění).
- Je-li pojistník v prodloužení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného je pojistitel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovního.

- Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění. Přepłaty pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, použije pojistitel k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 6

Přízpůsobení pojistného

- Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přízpůsobí sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upraví nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
- 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. 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.
- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Čekací doba počíná běžet ode počátku pojištění.
- Zvýší-li se pojistná částka (čl. 9) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu zvýšené 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 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 pojistiteli existenci těchto překážek,
 - hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnocí strávených v nemocnici (nejméně 2 půlnoci).
- Pro odpadnutí čekací doby dle odst. 5 musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 8

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění. Pro účely pojištění 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 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 neschopnosti¹¹, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění¹² nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky 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 vyžádal.
- 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. 1 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vyžadovat potvrzení o pracovní neschopnosti.
- Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost o soběh více nemocí anebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
- Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 18.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Pojistná částka

- Při pojistné události pojistitel poskytuje opakované plnění nebo plnění formou úhrady pojistného, a to ve výši sjednané pojistné částky, která, není-li dohodnuto něco jiného, představuje výši běžného pojistného (celkového lhůtního pojistného po slevě za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná) z uzavřené pojistné smlouvy, a to běžného pojistného za dobu odpovídající době trvání pracovní neschopnosti, dosáhne-li délka pracovní neschopnosti smluvně dohodnutého dne (dnů) pracovní neschopnosti, k němuž (nimž) zni-

¹ Např. zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění, zákon č. 363/1999 Sb., o pojistovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojistovnictví), v platném znění a další
² Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě
³ Zákon č. 585/1992 Sb., o daní z příjmu, 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. 201/1966 Sb., o péči o zdravotní služby, zákona č. 128/1990 Sb., o advokacii, zákona č. 258/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti a další
⁷ Ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě, v platném znění
⁸ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění

⁹ Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě
¹⁰ Celkové lhůtní pojistné po slevě za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná stanoví pojistník po dohodě s pojistitelem při sjednávání pojištění
¹¹ Potvrzení prac. neschopnosti
¹² Zákon č. 54/1996 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

ká oprávněnou osobě (odst. 1 čl. 14) podle pojistné smlouvy právo na plnění z pojištění plátek pojistného.

- Není-li pojistnou smlouvou stanoveno jinak, první pojistné plnění ve výši 1/12 běžného pojistného připadajícího na 1 rok trvání pojištění náleží oprávněné osobě po dovršení 30 dnů nepřetrvávajícího trvání pracovní neschopnosti, další plnění ve stejné výši za každých dalších dovršených 30 dnů jedné a téže pracovní neschopnosti pojistného, nejvýše však do limitu pojistného plnění dle odst. 3.
- Pojistné plnění je zaručeno po dobu trvání pojištění. Výplata pojistného plnění je při každé pojistné události omezena výší ročního běžného pojistného ze základního pojištění, ke kterému bylo pojištění plátek pojistného sjednáno jako přípojištění (limit pojistného plnění). Pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud následků mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Dojde-li během trvání pojištění ke snížení výše běžného pojistného ze základního pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana, plní pojistitel jen ve výši sníženého běžného pojistného, a to ode dne účinnosti změny pojištění. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného ze základního pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana z pojištění plátek pojistného, plní pojistitel ve výši zvýšeného běžného pojistného až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny základního pojištění.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 10 Oprávněnost pojistného plnění

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

Článek 11 Počátek pojistného plnění

- Pojistné plnění se vyplácí od smluvně dohodnutého dne trvání pracovní neschopnosti ve výši sjednané pojistné částky.
- Další, opakované plnění, náleží oprávněné osobě v případě, trvá-li pracovní neschopnost pojistného 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 12 Redukce výše pojistného plnění

- Pojistitel je oprávněn výši pojistného plnění snížit:
 - porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojištěný, který je současně pojistníkem, 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 zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 13 Výluky z pojištění

- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s tímto událostmi,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s požíváním či požitím alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných či plyných látek následkem nedbalosti,
 - u nemoci z povolání a u pracovních úrazů,
 - pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s úmyslným trestným činem, který spáchal a pro který byl soudem pravomocně uznán vinným, popřípadě úmyslným přeštekem, který spáchal a pro který byl správním orgánem pravomocně uznán vinným,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozováním sportu a při provozování tzv. „adrenalinových sportů“, jako je např. bungee-jumping, canyoning, sky-surfing a další,
 - při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo nepřiznivého psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hrácké závislosti,
 - 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,
 - při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - utrpěl-li pojištěný úraz nebo poškození zdraví v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro nějž pojištěný neměl v době pojistné události příslušné řidičské oprávnění, respektive pokud mu bylo řízení motorových vozidel zakázáno pravomocným rozhodnutím soudu nebo správním orgánem,
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s provozováním sportů, při nichž se používají motorová nebo bezmotorová letadla a létací stroje, dvoustupá a jednostupá vozidla, dále v souvislosti s výkonem horelačského sportu, jezdeckví, potápění a dálkových plavb,
 - při pracovní neschopnosti vzniklé pro degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky (VAS),

- při pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nakažení pohlavní nemocí a virem HIV,
- při pracovní neschopnosti vzniklé pro onemocnění pojištěného, která byla zjištěna a diagnostikována před počátkem pojištění, včetně jejich příčin, následků a komplikací jakož i úrazů nastalých před počátkem pojištění, léčení jejich následků a komplikací.
- Pojistitelé dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - 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,
 - za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozího omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 18,
 - za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel 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 samostatně 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,
 - nevykonává-li pojištěný ke dni vzniku pracovní neschopnosti povolání (zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost).
- Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet pojistné plnění).

Článek 14

Výplata pojistného plnění

- 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“).
- 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.
- 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.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončí šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované v čl. 8, 17, 18, 20 a další.
- 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.
- Pojistitel není v prodloužení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodloužení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto všeobecných pojistných podmínek zavázaly plnit při pojistné události.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.
- 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 nepravěm vyplaceno, vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.

Článek 15

Měna pojistného plnění

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

POVINNOST POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 16

Dotazy pojistitele

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se zdravotního stavu pojištěného a jeho změn a dal., uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo šetření pojistných událostí.
- Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojistné smlouvy, onemocnění prodělaná před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před dobou a v době uzavírání pojistné smlouvy, včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a dal. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli (zmocněnci pojistitele) a pojištěný, pojistník i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele týkající se pojištění.
- Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 19), který je obsažený v pojistné smlouvě.
- Úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplné zodpovězení písemných dotazů pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy nebo odmítnutí pojistného plnění.

Článek 17

Oznamovací povinnost

- Pojištěný, a pokud není pojištěný a pojistník jedna osoba, tak i pojistník jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu skutečností uvedených v pojistné smlouvě, zejména pak:
 - každou změnu identifikačních údajů (změny příjmení a bydliště účastníků a dal.),
 - zánik základního pojištění, ke kterému bylo pojištění splátek pojistného sjednáno jako přípojištění,
 - změnu ošetřujícího lékaře pojištěného a jeho adresu,
 - zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

- Oznamovací povinnost dle odst. 1 plní pojištěný, pojistník a oprávněná osoba na vlastní náklady.

Článek 18

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění (dále jen „pojištěný“), 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. 8, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává.
- 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 učinit tak co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
- 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 pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.
- Právo na další opakované plnění lze uplatnit pouze, jsou-li pojistiteli doručeny doklady o trvání pracovní neschopnosti ve lhůtách a způsobem vymezeným výše. Plnění náleží jen za dobu trvání pojištění, zánikem pojištění zaniká i právo na plnění.
- Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojištěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojistitele bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.
- 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 pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
- Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován 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.
- Pojištěný je povinen postarat se o zvonování avšak své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozptýlení vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 19

Dotazník o zdravotním stavu

- Pojištěný je povinen pravdivé a úplné vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
- Pravdivé a úplné 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 jakýmkoliv změnám v údajích uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
- Ža úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 20

Zkoumání zdravotního stavu

- Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných z jeho souhlasem od lékaře, 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 svých 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 21

Postupné pohledávky

- Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše poskytnuté pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
- Vzdá-li se pojištěný nároků 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 22

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.

2. Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění.
3. Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění v 00.00 hodin dne, který byl účastníky dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 23

Přerušení pojištění

1. Pojištění může být během pojistné doby přerušeno. Za dobu přerušení netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušení pojištění a které by jinak byly pojistnými událostmi. Pojištění se vždy přerušuje na dobu přerušení základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako přípojištění.
2. Pojištění může být přerušeno dohodou účastníků, a to nejméně na dobu tří měsíců, nejvýše však na dobu 1 roku.
3. Doba přerušení pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušení pojištění je pojistník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojištění.
4. Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 24

Doručování písemností

1. Písemnosti adresované pojištěnému, pojistníkovi nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojišti-

teli známou adresu účastníka pojištění, jemuž jsou určeny (dále jen „místo doručení“). Nastane-li pojistná událost, jsou písemnosti doručovány pouze do místa určeného ošetřujícím lékařem jako „přesná adresa v době pracovní neschopnosti“ a uvedena na formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“.

2. 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 doručenu 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. Oznámi-li pojistník (pojištěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zaslány 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.
6. Pojstitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 25

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 přerušení, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění, musí mít písemnou formu.
3. Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též jak dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného, tak případné další dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (dále jen „zájemce o pojištění“), tak i odpovědi na ně.

Článek 26

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojištění bude řešen u příslušného soudu v České republice podle právních předpisů platných na území České republiky.

Článek 27

Náhrada nákladů

Pojstitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojistitel v aktualizovaném Sazebníku zpoplatněných 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 30. 8. 2007 pod č. j.: 01/2007.

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

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., Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10, IČ 49240749 (dále jen „pojišťovna“), 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

- Pojištění finančních ztrát¹ (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním a je sjednáváno jako pojištění škodové².
- 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

- 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 právnickou osobou oprávněnou tyto služby na jejím území poskytovat.
- Nedohodnou-li se účastníci pojištění jinak, musí mít pojištění 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

- Pojištění se sjednává na pojistnou dobu jednoho roku. Uplnutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojišťovna nebo pojištník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem.
- 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.
- Pojišťovna a pojištník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
- Pojištění dále zanikne na základě úkonů pojišťovny nebo pojištníka učiněných v souladu se Zákonem³ nebo na základě těchto skutečností:
 - uplynutím sjednané pojistné doby,
 - dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalý pobyt nebo povolení k pobytu v případě cizinců na území České republiky, pokud se účastníci pojištění nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, nesouhlasil-li pojištník se změnou výše běžného pojistného⁴,
 - nezaplacením pojistného na první nebo další pojistné období za podmínek a ve lhůtách stanovených Zákonem⁵; pojišťovna v tomto případě náleží pojistné do zániku pojištění,
 - dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako přípojištění.
- Zánik pojištění nastává ve 24:00 hodin dne, kdy na základě úkonů pojišťovny nebo pojištníka anebo nastalých skutečností, se kterými je spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
- Nestanoví-li pojištní smlouva něco jiného, práva a povinnosti z pojištění vzniklá na základě pojistné smlouvy trvají i po zániku účinnosti pojistné smlouvy.

Článek 4

Pojistné období

- Pojistným obdobím se rozumí dohodnuté časové období, za které se platí pojistné.
- 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

- Pojistné je úplata (cena) za poskytování pojistné ochrany. Pojišťovna má právo na pojistné za pojistnou dobu.
- Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb pojistného stanovených pojišťovnou. Pro stanovení výše pojistného je rozhodující rozsah a doba poskytnuté pojistné ochrany.
- 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.
- Je-li pojištník 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.
- Přepлаты pojistného, pokud pojištník nepožádá o jejich vrácení, použije pojišťovna k úhradě pojistného na další pojistná období.

Článek 6

Přízpůsobení pojistného

- Jedenkrát ročně může pojišťovna provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, anebo kalkulovaného a skutečného vývoje pojistného rizika, připravit sazby pojistného tímto novým skutečným a upravit nové výši běžného pojistného na další pojistná období.
- Při změně výše pojistného je pojišťovna povinen postupovat způsobem stanoveným Zákonem. Pokud pojištník se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Pojistě-

ní pak zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.

Článek 7

Čekací doba a karenční doba

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

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

Hranice pojistného plnění

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

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, pojištníkem nebo oprávněnou osobou.
- Pojištník si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojištník 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

- Pojišťovna je oprávněna pojistné plnění snížit:
 - porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojištník nebo pojištěný některou z povinností stanovených 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 zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 písm. a), může pojišťovna pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 písm. b), může pojišťovna pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 12

Výluhy z pojištění

- Pojišťovna neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - z finančních ztrát vzniklých v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v primě souvislosti s tímto událostmi,
 - z finančních ztrát vzniklých před počátkem pojištění nebo v čekací době,
 - z finančních ztrát vzniklých v souvislosti s trestnou činností, kterou pojištěný spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným, dále způsobených úmyslně nebo hrubou nedbalostí,
 - z finančních ztrát vzniklých pojištěnému z uplatněných smluvních pokut, úroků z prodlení či dalších sankcí.
- Pojišťovna dále neposkytuje 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“).
- Pojištník 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.
- Nemůže-li pojištník 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.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojištník skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojištník sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojistné plnění je pojištník povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované ve ZPP.
- Pokud vznikne pojištník 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.
- Pojištník není v prodlení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojištník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto VPP a ZPP zavázali plnit při pojistné události.
- Pojištník je oprávněn započít proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
- 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 její splatnosti na základě zvláštního předpisu určena jako platidlo na jejím území.

POVINNOSTI POJISTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15

Dotazy pojištěného

- 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), existujících finančních závazků pojištěného v době uzavření pojistné smlouvy, známých budoucích finančních závazků a další, uplatněné pojištěným jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí, apod. (dále jen „dotazy pojištěného“).
- Pojištěný, pojištník a oprávněná osoba jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na každý dotaz pojišťovny a odpovědi sdělit i zmocněnci pojišťovny.
- Úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplně zodpovězené dotazy pojišťovny mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojišťovny od pojistné smlouvy⁷ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy⁸.

Článek 16

Oznamovací a další povinnosti

- Pojištník, a pokud není pojištník 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 údajů⁹, uvedených v pojistné smlouvě či pojistce.
- Pojištník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojišťovně změnu nebo zánik pojistného rizika; v případě pojištění cizího pojistného rizika má tuto povinnost pojištěný. Pojištník je dále povinen oznámit pojišťovně uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojištěným¹⁰.
- Další skutečnosti, které jsou pojištník, 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 pojištník ponechává.
- Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá 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 pojištníka bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 18

Postupení pohledávky

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

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJISTĚNÍ

Článek 19

Změna pojištění

- Pojištník a pojištník se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána smluvními stranami. Jedno vyhotovení dohody je pojištník povinen předat pojištníkovi.
- Pokud se smluvní strany pojistné smlouvy dohodnou na změně pojištění, plní pojištník ze změněného pojištění až z pojištních událostí, které nastanou nejdříve dnem sjednané účinnosti změny pojištění.

Článek 20

Přerušování pojištění

- Pojištění může být během pojistné doby písemnou dohodou pojišťovny a pojištníka přerušeno¹¹. Za dobu přerušování netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojištních událostí, které nastaly v době přerušování pojištění, a které by jinak byly pojištními událostmi.
- Doba přerušování pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušování pojištění je pojištník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojištění, nebylo-li pojistnou smlouvou dohodnuto něco jiného.
- Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti¹².

DORUČOVÁNÍ

Článek 21

Doručování písemnosti

- Písemnosti adresované pojištěnému, pojištníkovi nebo oprávněnému

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

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

osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojišťiteli známou adresu účastníka pojištění, jemuž jsou určeny (dále jen „místo doručení“).

2. Nebyl-li adresát zastížen, 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 doručenu dnem uložení, i když se adresát o uložení zásilky nedozvěděl.
3. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojišťitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojišťiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmítne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
4. Písemnosti adresované a doručované pojišťiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojišťitel potvrdí jejich převzetí.
5. Oznámí-li pojištník (pojištěný) pojišťiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesně stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojišťitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení, a není-li tato doba uvedena, do doby, než mu je oznámena adresa jiná.
6. Pojišťitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území České republiky.

7. V pojistné smlouvě může být dohodnut odlišný způsob komunikace mezi pojišťitelem a pojištníkem, 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 přerušení, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění musejí mít písemnou formu.
3. Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též dotazy pojišťitele, týkající se pojištěného a jeho finančních závazků, tak i dotazy na toho, kdo s pojišťitelem sjednává pojištění, a odpovědi na ně.

Článek 23

Příslušnost soudu a volba práva

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

Článek 24

Náhrada nákladů

Pojišťitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojišťitel v aktualizovaném Sazebniku zpoplatněných úkonů, přístupném v místě sídla pojišťitele. 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 pojištění 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 pojištění. 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.

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., Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10, IČ 49240749 (dále jen „pojistitel“), 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 těmito ZPP.
- Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem z výdělečné činnosti a smluvně se zavázaly¹ 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 činnost** 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 výpovědí 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 s 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.
- Zvýšili 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, uplatňují 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 pojistiteli oznámit (písemně, telefonicky nebo prostředky elektronické komunikace) a doložit doklady specifikovanými v čl. 10 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 6

Limit pojistného plnění a sjednané období, po které se zavázal pojistitel plnit

- Horní hranice plnění je v pojistné smlouvě sjednána limitem pojistného plnění na příslušné období a na celkovou dobu, po kterou se pojistitel 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 všech pojištění může jak pojistitel, tak i pojistník navrhnout přizpůsobení limitu pojistného plnění, počátku plnění a pojistného

skutečným poměrem. Přizpůsobení pojištění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojištění ve smyslu čl. 19 VPP-FZ.

Článek 7

Výluky z pojištění

- Pojistitel 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 z rozvázání pracovního poměru došlo v pojistné době,
 - ve zkušební době⁸,
 - vypovědí zaměstnance⁹,
 - sjednaného na dobu určitou v době před počátkem pojištění nebo za jeho trvání¹⁰,
 - vypovědí zaměstnavatele, nespňuje-li zaměstnanec předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce nebo nespňuje-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 vyplývajících 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 výpověď z organizačních důvodů nebo pro nadbytečnost¹⁵, dále pozbylí-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 s pojištěným ve shodě ve smyslu zákona¹⁷.
- U osob samostatné výdělečné činných se pojištění nevztahuje a pojistitel neposkytuje plnění při přerušeni 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). Pojistitel 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.
- Pojistitel 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.
- Pojistitel 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 (nenahraduje 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 pojistitel 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 pojistitel 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 pojistitel 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 pojistiteli 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

- Pojistník, a pokud není pojistník a pojištěný jedna osoba, 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 pojistiteli.

Článek 10

Povinnosti pojištěného při oznámní události

- Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit (písemně, telefonicky nebo prostředky elektronické komunikace), a to nejpozději ke dni splatnosti první splátky peněžitého závazku bezprostředně následující po uplynutí karenční doby. Pokud pojistník, a není-li současně i pojištěným, tak pojištěný, nemůže ze závažných důvodů uvedeno povinnost splnit, je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
- Pojistník, a není-li současně i pojištěným, tak pojištěný, je povinen podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků pojistné události a předložit pojistiteli 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 splácen,
 - kopii „Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení“ (podpora v nezaměstnanosti) nebo potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání,
 - kopii dokladů (pracovní smlouvou, 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 pojistiteli prokázat a doložit následujícími doklady:
 - kopii výpovědi 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 pojistiteli.
- V případě prodlení s plněním povinností uvedených v odst. 1 až 3 není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění za peněžité závazky splatné v době, po kterou trvalo prodlení pojištěného nebo pojistníka.
- Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, 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 pojistného plnění a poskytnout pojistiteli 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 příjmů, 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.: 01/2010

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 ZP-DPP-DIM-0001 a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále též „ZPP“).

Pojištění se rozumí soukromé pojištění podle ZPS (dále jen „pojištění“).

Pojištění pro případ nemoci sjednávávané pojistitelem 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 poskytlé pojistitel v rozsahu sjednaném pojistnou smlouvou a definovaném těmito ZPP.

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

2.3 Pojistitel není povinen poskytnout plnění, projeví-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 straně druhé nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby, že nemá na dalším trvání pojištění zájem. V případě změny výše pojistného za toto pojištění, zašle pojistitel pojistníkovi informaci o nové výši pojistného nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby. Pokud pojistník sdělí pojistiteli, že za těchto podmínek nemá na dalším trvání pojištění zájem, pojištění zanikne uplynutím pojistné doby v příslušném pojistném roce.

3.2 Pojištění začíná na 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 pojistitel ze změněného pojištění až z pojištěných 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 splatnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojistitelem.

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

4.3 Běžným pojistným se rozumí pojistné placené pojistníkem 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 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 zaplacené.

5. Výluky z pojištění

5.1 Pojistitel 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, 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 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 události spojených se spácháním úmyslného trestného činu pojištěným, úmyslného přestupku nebo úmyslného způsobení škody

h) v souvislosti či v důsledku události 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 vyššího mori

6. Osobní údaje

V případě využití telefonu jako komunikačního prostředku ze strany pojištěného, pojistníka 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 pojistník a pojištěný podpisem Prohlášení. Správce pojištění bude záznam telefonického hovoru uchovávat po dobu platnosti pojistné smlouvy s tím, že po uplynutí této doby bude možno záznam využít pouze za účelem ochrany práv pojistitele a správce pojištění jako správce a zpracovatele v něm obsažených osobních údajů pojištěného a pojistníka a to zejména jako důkazní prostředek v soudním, správním či jiném řízení, jehož je pojistitel, správce pojištění, pojistník nebo pojištěný účastníkem.

7. Povinnosti pojištěného se řídí článkem 17 bod 2. a 3. VPP ÚP.

8. Forma právních úkonů se řídí bodem 7 Doplňkových pojistných podmínek ZP-DPP-DIM-0001.

9. Informace o pojištění jsou obsaženy v Doplňkových pojistných podmínkách ZP-DPP-DIM-0001, bod 8.1., 8.2., 8.4., 8.5., 8.7., 8.8., 8.9., 8.10., 8.11. a 8.12.

10. Doručování se řídí článkem 20 VPP ÚP.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ

11. Nárok na poskytnutí plnění

11.1 Poskytovatelem asistenčních služeb je společnost Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4 (dále též „asistenční služba“, nebo „EA“).

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 EA (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 poskytuje kompetentní lékař EA. 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, Dovož léků nebo zdravotnických pomůcek, Úklid domácnosti, Zajištění nákuupu, 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 Služba Lékař na telefonu poskytuje kompetentní lékař EA. 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 poskytuje právník EA, který se dle dané problematiky rozhoduje o využití experta na danou problematiku. Službu Objednání k lékaři poskytují vyškolení operátoři EA. 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 uskutecněné vyšetření, ošetření, propuštění po hospitalizaci, nebo jiný podobný lékařský výkon provedený pojištěnému v dané nemocnici. 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 kontaktní asistenční centrále 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 kontaktní asistenční centrále 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. **Dovož léků nebo zdravotnických pomůcek.** Nárok na plnění v rámci služby Dovož 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 objednávkového 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 luxování podlahových ploch vnitřní části bytu, mytí koupelny, mytí WC, vynesení odpadu, mytí nádobí. Nárok na úklid trvá po dobu dvou nebo tří týdnů po návratu domů z hospitalizace. Délku trvání nároku určí lékař EA 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 drogerické 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 EA na základě lékařské zprávy. Rozhodující pro určení nároku je stupeň imobility a změněné pracovní schopnosti pojištěného. Asistenční centrála hraď 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 trvající 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 hraď 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

Označení služby	Popis plnění	Limity plnění
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MEDIK</p>	<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 EA: <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 Vysvětlení lékařských pojmů Dle požadavků klienta poskytne lékař EA: <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 Vysvětlení laboratorních výsledků Dle požadavků klienta poskytne lékař EA: <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 naznačení výkladu odchylek od normálních hodnot Vysvětlení lékařských postupů Dle požadavků klienta poskytne lékař EA: <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 Informace o lécích a jejich účincích Dle požadavků klienta poskytne lékař EA: <ul style="list-style-type: none"> informace o účinných látkách léků informace o možných nežádoucích účincích Vysvětlení pojmů z oblasti prenatální problematiky Dle požadavků klienta poskytne lékař EA: <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>	<p>Bez omezení</p>
	<p>B Lékařské informace poskytované operátorem</p>	<p>Všeobecné informace <ul style="list-style-type: none"> nejbližší vhodný lékař, nejbližší lékárna, nejbližší lékařská pohotovost </p>
<p>C Objednání k lékaři</p>	<p>Operátor EA 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 EA nebo, dle problematiky vybraný, jiný vhodný právník: <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>	<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 EA ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pojištěného.</p>	<p>Nárok na služby vzniká maximálně dvakrát v pojistném roce. Limit 2500 Kč 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: <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>	<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 absolvuje 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: <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>	<p>Limit služby je 2500 Kč na jednu pojistnou událost.</p>
	<p>G2: Dovoz léků nebo zdravotnických pomůcek po hospitalizaci či při imobilitě klienta.</p>	<p>Limit plnění je 2500 Kč na pojistnou událost. Zajištění služby maximálně dvakrát za 1 pojistný rok.</p>
	<p>G3: Zajištění nákupu po hospitalizaci či při imobilitě klienta.</p>	<p>Limit plnění je jedenkrát týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility.</p>
	<p>G4: Zajištění úklidu po hospitalizaci či při imobilitě klienta.</p>	<p>Limit plnění je jedenkrát týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility.</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 plnění je 5000 Kč na jednu pojistnou událost.</p>	

15. Územní rozsah

Plnění formou zajištění asistenčních služeb může být využito kdekoli v 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) 221 586 675, další kontakty jsou e-mail cpoj@europ-assistance.cz, fax: (+420) 221 586 100.

- 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 centrálou/správce pojištění se pro účely tohoto pojištění rozumí: Europ Assistance s.r.o. se sídlem Na Pankráci 127, 140 00 Praha 4, IČ: 25287851.

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.