

Předsmlavní informace č. 03/2014
INFORMACE O POJISTITELI

Pojistitelem je **Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.** (dále také jen „ČPZ“), Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČ 49240749, provozující pojišťovací činnost a související činnosti, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 2044. Infolinka 841 111 132 – linka je zpoplatněna dle aktuálního ceníku poskytovatele. E-mail: info@zdravi.cz. Datová schránka: 63cdkfx. Aktuální kontaktní údaje lze nalézt na www.zdravi.cz. Dohled nad činností České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. vykonává Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1. ČPZ vypracovává zprávu o solventnosti, která je přístupná na www.zdravi.cz.

PRAKTICKÉ RADY PŘI POJISTNÉ UDÁLOSTI

CO SE VÁM STALO?	CO VÁM POJIŠTĚNÍ MŮŽE PŘINĚST?	JAK POSTUPOVAT?
Byla Vám stanovena diagnóza zhoubného novotvaru ženského orgánu?	Vyplatíme Vám sjednanou částku a Vy budete mít peníze k financování léčby, rekonvalescence, kosmetických zákroků nebo na cokoli jiného.	Doručit bez zbytečného odkladu do ČPZ: <ul style="list-style-type: none"> lékařskou zprávu ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem a s jeho zařazením podle mezinárodní klasifikace TNM, potvrzení zdravotnického zařízení o absolvování alespoň dvou preventivních prohlídek v předchozích třech letech.
Podstoupila jste operaci v souvislosti s diagnózou zhoubného novotvaru ženského orgánu?		Doručit bez zbytečného odkladu do ČPZ: <ul style="list-style-type: none"> operační protokol, lékařskou zprávu ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem.
Léčíte se po stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženského orgánu?	Pomůžeme Vám udržet stabilní rodinný rozpočet.	Renta za první tři měsíce po stanovení diagnózy je pojištěné vyplácena automaticky bez jakéhokoliv dokládání; od čtvrtého měsíce po diagnóze je třeba nejpozději do 60 dnů doručit do ČPZ potvrzení zdravotnického zařízení o probíhající léčbě, a to dokládat opakovaně za každý dokončený měsíc léčby.
Nevíte, jakým směrem se má ubírat Vaše léčba zhoubného novotvaru?	Zajistíme Vám vypracování nezávislého vysoce kvalifikovaného medicínského názoru.	Doručit do ČPZ veškerou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k diagnóze zhoubného novotvaru.

Pojišťovací zprostředkovatel (správce Vaší smlouvy) Vám pomůže: změnit údaje na smlouvě, rozšířit nebo změnit pojištění, nahlásit pojistnou událost.

CHARAKTERISTIKA POJIŠTĚNÍ A INFORMACE O ZÁVAZKU
1. JAK UZAVŘÍT POJISTNOU SMLOUVU

Před uzavřením pojistné smlouvy je nutné, aby pojištěník řádně vyhodnotil své potřeby pojistné ochrany a zvolil odpovídající rozsah pojistného krytí. ČPZ poskytne pojistné plnění pouze za sjednaná pojištění. Pojistná smlouva vyžaduje písemnou formu a je uzavřena v okamžiku přijetí nabídky. Písemná forma je zachována, pokud přijal pojištěník nabídku včasným zaplacením pojistného.

2. DEFINICE POJIŠTĚNÍ

Pojištění závažných gynekologických onemocnění LADY PLUS je sjednáváno jako pojištění základní. Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy SECOND OPINION je sjednáváno jako pojištění doplňkové.

POJIŠTĚNÍ LADY PLUS S POJIŠTĚNÍM SECOND OPINION

Pojištění závažných gynekologických onemocnění LADY PLUS	<p>Obsahem pojištění je výplata:</p> <ul style="list-style-type: none"> sjednané pojistné částky v případě prvního stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženských orgánů za života pojištěné, sjednané pojistné částky v případě prvního operačního výkonu podstoupeného pojištěnou, a to nejpozději do 18 měsíců od prvního stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženských orgánů za života pojištěné, renty za dobu nezbytného léčení po prvním stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženských orgánů za života pojištěné splatné vždy po uplynutí prvního měsíce nezbytného léčení a po uplynutí každého dalšího měsíce, nejvýše však v souhrnu za 12 měsíců. <p>Zhoubným novotvarem ženských orgánů se rozumí onemocnění způsobené zhoubným (maligním) nádorem a charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz zasahujících prsy, vulvu, pochvu, dělohu, děložní hrdlo, děložní tělo, vaječníky, vejcovody, tlusté střevo, konečník nebo rektosigmoideální spojení; diagnóza zhoubného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM.</p> <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby ve věku od 15 do 65 let.</p> <p>Pojištění nezaniká dosažením určitého věku.</p>
Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy SECOND OPINION	<p>Obsahem pojištění je poskytnutí druhého lékařského názoru, tj. odborné lékařské oponentury navrženého diagnostického nebo léčebného postupu v případě změny zdravotního stavu pojištěné z důvodu diagnózy zhoubného novotvaru, která hrozí operací nebo vyžaduje dlouhodobé léčení, nebo jejíž dosavadní léčba nevede k uzdravení.</p> <p>Pojistné plnění náleží pojištěné maximálně dvakrát za celou pojistnou dobu.</p> <p>Odbornou lékařskou oponenturou se rozumí:</p> <ul style="list-style-type: none"> vypracování nezávislého vysoce kvalifikovaného medicínského názoru smluvním lékařem pojištěné, osobní konzultace odborné lékařské oponentury smluvním lékařem pojištěné, případně doporučení dalšího diagnostického a léčebného postupu souvisejícího s diagnózou zhoubného novotvaru pojištěné. <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby ve věku od 15 do 65 let.</p> <p>Pojištění nezaniká dosažením určitého věku.</p>

3. ČEKACÍ DOBA

Pojistitel poskytne pojistné plnění teprve u pojistné události nastalé po uplynutí čekací doby, která počíná běžet od počátku pojištění. Délka čekací doby činí 3 měsíce. Zvýší-li se pojistná částka za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

4. VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ
Příklady hlavních výluk
Pojistitel neposkytne pojistné plnění:

a) ze škodných událostí vzniklých **v důsledku zhoubného novotvaru, který vznikl, nebo podle posudku lékaře určeného pojištěním musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,**

b) u zhoubných novotvarů popsanych jako „in situ“, diagnostikovaných jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny (prekancerózy).

Další výluky z pojištění jsou sděleny v pojistných podmínkách, které pojištěník (zájemce o pojištění) převzal spolu s těmito předsmlavními informacemi.

5. INFORMACE O VÝŠI, ZPŮSOBU A DOBĚ PLACENÍ Z POJISTNÉHO

Výše běžného pojistného za sjednané pojistné období je stanovena v pojistné smlouvě. Jednorázové pojistné nelze sjednat. Výše pojistného závisí na parametrech pojištění, jako jsou např. vstupní věk pojištěné a sjednaná pojistná částka. Pojistitel má právo stanovit pro jednotlivé pojistné produkty minimální a maximální výši pojistného a pojistných částek. Doba placení pojistného je shodná s dobou trvání pojištění.

Možnosti placení pojistného: trvalým nebo jednorázovým platebním příkazem, QR kódem, SIPO, poštovní poukázkou (složenkou), v hotovosti (na pokladně České pojišťovny a.s.).

6. DOBA TRVÁNÍ POJIŠTĚNÍ

Doba trvání pojištění (pojistná doba) je uvedena v pojistné smlouvě. Pojištění se sjednává na dobu neurčitou.

7. INFORMACE O ZPŮSOBECH ZÁNIKU POJIŠTĚNÍ

K zániku pojištění může dojít:

- výpovědí pojistitele nebo pojistníka doručenou do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka podanou do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní doba v délce 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
- nesouhlasem pojistníka se změnou výše pojistného uplatněným do 1 měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl; v tom případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno,
- odstoupením od pojistné smlouvy,
- odmítnutím pojistného plnění ze strany pojistitele; v tom případě pojištění zanikne dnem doručení odmítnutí pojistného plnění,
- dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěné o odvolání souhlasu ke zpracování osobních údajů a citlivých osobních údajů ve smyslu platné právní úpravy, a také dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěné o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu,
- dnem, kdy pojištěná přestane být občanem ČR nebo pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR ve smyslu platné právní úpravy, nebo přestane mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie ve smyslu platné právní úpravy na území ČR,
- dnem, kdy pojistník přestane mít sídlo na území ČR,
- zánikem pojistného zájmu; pojistitel má však právo na pojistné do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl,
- zánikem pojistného nebezpečí,
- smrtí pojištěné,
- dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení dlužného pojistného,
- dnem zániku všech základních pojištění, ke kterým bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění,
- dohodou pojistitele a pojistníka; v dohodě musí být ujednáno okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání.

Pojištění závažných gynekologických onemocnění zaniká také vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou, nejpozději však 18 měsíců od pojistné události, tj. od prvního stanovení diagnózy zhoubného novotvaru za života pojištěné.

Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy zaniká také dnem, kdy nastala pojistná událost, při níž pojištění plnění dosáhlo limitu, tzn. poskytnutí dvou odborných lékařských oponentur; pojistitel má právo na pojistné do konce pojistného období, ve kterém nastala pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo.

Další způsoby ukončení a zániku pojištění jsou sděleny v pojistných podmínkách, které pojistník (zájemce o pojištění) převzal spolu s těmito předmluvními informacemi.

8. PODMÍNKY A LHŮTY TÝKAJÍCÍ SE MOŽNOSTI ODSTOUPENÍ OD POJISTNÉ SMLOUVY

Obecná úprava odstoupení

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy. Stejně tak má pojistník právo od smlouvy odstoupit v případě, že pojistitel poruší povinnost upozornit na nesrovnalosti, musí-li si jich být při uzavírání smlouvy vědom, mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky.

Pojistitel má právo odstoupit od smlouvy v případě, že pojištěná nebo pojistník poruší povinnost k pravdivým sdělením na písemné dotazy pojistitele, týkající se pojištění.

Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistník nebo pojistitel do dvou měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit porušení povinnosti, které opravňuje k odstoupení. Při odstoupení od smlouvy nahradí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné a pojistník nahradí pojistiteli pojistné plnění, které již pojistitel případně z pojištění plnil. Odstoupí-li od smlouvy pojistitel, nahradí pojistník pojistiteli i náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

Odstoupení v případě pojistných smluv uzavřených pojistníkem – spotřebitelem mimo obchodní prostory a formou obchodu na dálku

V případě, že jde o pojistnou smlouvu uzavřenou mimo obchodní prostory, tj. mimo pobočky České pojišťovny a.s., nebo formou obchodu na dálku, tj. použitím prostředku komunikace na dálku, může pojistník, odstoupit od smlouvy do 14 dnů ode dne jejího uzavření bez udání důvodu. Poskytl-li pojistitel pojistníkovi, který je spotřebitelem, při uzavírání smlouvy formou obchodu na dálku klamavý údaj, má pojistník právo odstoupit od smlouvy do 3 měsíců ode dne, kdy se o tom dozvěděl nebo dozvědět měl a mohl. Odstoupení od pojistné smlouvy je nutno podat písemně na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4. Formulář pro odstoupení od smlouvy naleznete na www.zdravi.cz nebo můžete požádat o jeho doručení prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, příp. infolinky ČPZ.

9. INFORMACE O DŮSLEDČÍCH V PŘÍPADĚ PORUŠENÍ PODMÍNEK VYPLÝVAJÍCÍCH Z POJISTNÉ SMLOUVY

V případě, že pojistník, pojištěná či jiná osoba mající právo na pojistné plnění poruší své zákonné nebo smluvní povinnosti (např. nevyplní úplně a pravdivě zdravotní dotazník), může dle okolností a smluvních ujednání dojít ke snížení či odmítnutí pojistného plnění, nebo ke vzniku práva na vrácení vyplaceného pojistného plnění či práva na náhradu pojistného plnění. Porušení povinností může též být důvodem pro ukončení pojištění výpovědí nebo odstoupením od pojistné smlouvy.

Důsledkem neplacení běžného pojistného může být také zánik všech sjednaných pojištění na základě upomínky pojistitele (pojištění zanikne k datu uvedenému v upomínce).

10. PRÁVO ROZHODNÉ PRO POJISTNOU SMLOUVU

Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky (dále jen „ČR“). Rozhodování sporů přísluší obecným soudům ČR. Pro uzavření pojistné smlouvy a pro komunikaci mezi smluvními stranami se použije český jazyk.

11. VYŘIZOVÁNÍ STÍŽNOSTÍ

Stížnosti pojistníků, pojištěných a oprávněných osob se doručují na adresu Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4 a vyřizují se písemnou formou, pokud se pojistník, pojištěná, oprávněné osoby a pojistitel nedohodnou jinak. Se stížností se uvedené osoby mohou obrátit i na Českou národní banku.

ČPZ dodržuje Kodex etiky v pojišťovnictví České asociace pojišťoven, který je přístupný na www.cap.cz.

12. DOBA PLATNOSTI POSKYTNUTÝCH ÚDAJŮ

Údaje obsažené v těchto předmluvních informacích se vztahují k nabídce na uzavření nabízeného pojištění a nabídka platí 1 měsíc ode dne svého doručení, pokud není pojistitelem určeno jinak.

13. DANĚ

Na příjmy z pojištění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, v platném znění. Plnění z pojištění jsou od daně osvobozena.

14. OSOBNÍCH ÚDAJE – POUČENÍ SUBJEKTU ÚDAJŮ

ČPZ v postavení správce osobních údajů, příp. její smluvní zpracovatelé, zpracovávají osobní údaje v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a to automatizovaným způsobem i manuálně. Osobní údaje jsou zpracovávány pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.

ČPZ zpracovává pouze přesné osobní údaje získané v souladu se zákonem a má povinnost zpracovávané osobní údaje aktualizovat. Za tím účelem jsou subjekty údajů (lidé, ke kterým se osobní údaje vztahují) povinny bezodkladně nahlásit jakoukoliv jejich změnu.

Osobní údaje mohou být v zákonném rozsahu zpracovávány i pro obchodní a marketingové účely. Poskytnuté osobní údaje mohou být v souladu se souhlasem subjektu údajů předány také členům mezinárodního koncernu Generali, jehož je ČPZ členem, a příp. spolupracujícím obchodním partnerům uvedeným na webových stránkách ČPZ. Subjekt údajů má možnost kdykoliv písemně vyslovit nesouhlas se zpracováním svých osobních údajů pro obchodní a marketingové účely, resp. s jejich předáním uvedeným osobám. Subjekt údajů má právo požádat ČPZ o informaci o zpracování svých osobních údajů a pokud se domnívá, že jsou jeho osobní údaje zpracovávány v rozporu se zákonem nebo s ochranou soukromého a osobního života, může požádat ČPZ o vysvětlení, resp. požadovat odstranění závadného stavu; je-li jeho žádost oprávněná, ČPZ závadný stav neprodleně odstraní. V případě nevyhovění jeho žádosti má subjekt údajů možnost obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Všeobecné pojistné podmínky

pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (VPP-NFZ)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát (oboje dále také jen „pojištění“), které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění (zejména § 2758 až § 2872), dalšími obecně závaznými právními předpisy, pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“), zvláštními pojistnými podmínkami (dále jen „ZPP“), případně i doplňkovými pojistnými podmínkami (dále jen „DPP“), které blíže upravují jednotlivé druhy pojištění. VPP, ZPP a DPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. V ZPP je možno se odchýlit od ustanovení těchto VPP; v DPP je možno se odchýlit od ustanovení příslušných ZPP a těchto VPP; v pojistné smlouvě je možno se odchýlit od ustanovení příslušných DPP, ZPP i těchto VPP.

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto VPP, příslušných ZPP, případně DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Pojistník – fyzická nebo právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.

Pojistitel – Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.

Pojištěný – fyzická osoba, na jejíž zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje.

Oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.

Účastníci pojištění – pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které ze soukromého pojištění vzniklo právo nebo povinnost.

Zájemce o pojištění – osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem.

Pojistka – potvrzení o uzavření pojistné smlouvy vydané pojistníkoví pojistitelem.

Pojistná doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Pojistné období – časové období, za které se platí běžné pojistné.

Pojistné – úplata za soukromé pojištění, běžné pojistné – pojistné stanovené na pojistné období; jednorázové pojistné – pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Pojištění škodové – pojištění, při kterém pojistitel poskytuje pojistné plnění, které v ujednaném rozsahu vyrovnává úbytek majetku vzniklý v důsledku pojistné události.

Pojištění obnosové – pojištění, které zavazuje pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové nebo opakované pojistné plnění v ujednaném rozsahu.

Pojištění pro případ nemoci – pojištění, jehož předmětem je úhrada ujednané částky nebo nákladů na zdravotní péči vzniklých v důsledku nemoci, úrazu či úkonů souvisejících se zdravotním stavem pojištěného.

Pojištění finančních ztrát – pojištění, jehož předmětem je úhrada vynaložených nákladů, které vznikly v důsledku škodné události, nebo kompenzace ztráty příjmu či ušlého zisku, anebo jiných finančních ztrát definovaných v příslušných ZPP.

Nahodilá událost – událost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není předem známa doba jejího vzniku.

Škodná událost – nahodilá událost, která by mohla být důvodem vzniku povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Nemoc – porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

Úraz – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par, záření a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození tělesného zdraví.

Čekací doba – doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi.

Hranice pojistného plnění – ujednaná horní hranice pojistného plnění určená pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění.

Pojistný zájem – oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.

Pojistné nebezpečí – možná příčina vzniku pojistné události.

Pojistné riziko – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolaná pojistným nebezpečím.

Výroční den – den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem ujednaným jako den počátku pojištění; není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den měsíce; jestliže je ujednána změna pojistné doby, výročním dnem pojištění se rozumí den, který se datem shoduje s datem účinnosti změny uvedeným v dodatku k pojistné smlouvě.

Pojistný rok – 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.

Pisemnost – právní jednání nebo oznámení, týkající se pojištění, které je napsáno a podepsáno; může mít listinnou nebo elektronickou podobu.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět pojištění

1. Pojištění pro případ nemoci, jakož i pojištění finančních ztrát je soukromým pojištěním a je sjednáváno jako pojištění škodové nebo obnosové.

2. Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé události, která může vyvolat pojistnou událost. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění.

Článek 3 Pojistná událost

1. U pojištění pro případ nemoci je pojistnou událostí nahodilá událost související se zdravotním stavem pojištěného blíže vymezená v příslušných ZPP nebo DPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

2. U pojištění finančních ztrát je pojistnou událostí nahodilá událost, která vyvolá ztrátu příjmu, ušlý zisk nebo jiné finanční ztráty pojištěného, blíže vymezená v příslušných ZPP nebo DPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Článek 4 Územní platnost pojištění

1. Pojistná ochrana se vztahuje na území České republiky (dále jen „ČR“).

2. V případě pojištění pro případ nemoci:

- musí být pojištěným občanem ČR, nebo pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR ve smyslu platné právní úpravy, nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie ve smyslu platné právní úpravy na území ČR,
 - zdravotní péče musí být pojištěnému poskytnuta tuzemským poskytovatelem zdravotních služeb ve smyslu platné právní úpravy; výkony a jiné skutečnosti, související se zdravotním stavem pojištěného, se kterými je spojena povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění, musí být učiněny nebo nastat na území ČR a musí být v souladu s platnou právní úpravou.
3. V případě pojištění finančních ztrát:

- musí být pojištěným občanem ČR, nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt ve smyslu platné právní úpravy na území ČR,
- finanční závazky pojištěného musí být založeny platným a účinným smluvním vztahem sjednaným s bankou, jinou peněžní institucí či právnickou osobou oprávněnou finanční služby na území ČR poskytovat ve smyslu platné právní úpravy.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 5 Vyluky z pojištění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění u nemoci, úrazu nebo finančních ztrát, které vznikly v souvislosti s:

- válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
- výtřzností, kterou pojištěný vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným.

2. Z pojištění pro případ nemoci neposkytne pojistitel pojistné plnění:

- u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s požitím či požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných, kapalných či plyných látek, včetně následků a komplikací z takovéto nemoci nebo úrazu vyplývajících,
- u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s hráchskou závislostí,
- u nemoci nebo úrazu, pokud je pojištěný nakažen virem HIV či nemocí AIDS,
- u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s provozováním profesionálního sportu, dále pak při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenaliny sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting a další sporty obdobné rizikovitosti, bez ohledu na to, zda je sport provozován organizovaně či nikoliv; seznam adrenaliny sportů pojistitel zveřejňuje na webových stránkách v návaznosti na vývoj adrenaliny sportů,
- pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
- pokud událost souvisí se zanedbáním péče o pojištěného nebo týráním pojištěného,
- u úrazu nastalého v období ode dne počátku pojištění do úhrady prvního běžného pojistného v plné výši; pojistné se považuje za uhrazené okamžikem připsání pojistného na účet pojistitele.

3. Z pojištění finančních ztrát neposkytne pojistitel pojistné plnění:

- z finančních ztrát, které vznikly před počátkem pojištění nebo v čekací době,
- z finančních ztrát vzniklých pojištěnému z uplatněných smluvních pokut, úroků z prodlení či dalších sankcí.

2. Pojistná částka představuje horní hranici plnění. Horní hranice plnění může být určena také limitem pojistného plnění.

Článek 7 Čekací doba

1. Právo na pojistné plnění z pojištění vzniká teprve u pojistné události nastalé po uplynutí čekací doby.

2. Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění a její délka činí 3 měsíce.

3. V případě pojistné události z pojištění pro případ nemoci vzniklé následkem úrazu, který nastal v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje.

4. Zvýšil-li se pojistná částka za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, vymezená v odst. 2, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 8 Šetření pojistné události a výplata pojistného plnění

1. Pojistitel zahájí bez zbytečného odkladu po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, šetření nutné k zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit.

2. Nelze-li šetření nutné k zjištění podle odst. 1 ukončit do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel sdělí, proč nelze šetření ukončit.

3. Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, konzultovat údaje, které v rámci šetření získal, nebo je zasílat k odbornému posouzení, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky, a to ještě před skončením šetření.

4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů ode dne skončení šetření. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.

5. Pojistné plnění je poskytováno oprávněné osobě formou peněžitého nebo naturálního plnění upraveného v příslušných ZPP nebo DPP. Peněžité plnění je splatné v ČR a v české měně.

6. Pojistné plnění pojistitel poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované v těchto VPP, v příslušných ZPP nebo DPP.

7. Pokud pojistitel poskytuje pojistné plnění za dobu delší než 1 měsíc, výplácí pojistné plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co jsou mu doloženy doklady potvrzující vznik práva na výplatu dalšího pojistného plnění.

8. Pojistitel není v prodlení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinností, které se zavázaly plnit při pojistné události.

9. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění bez právního důvodu nebo z právního důvodu, který odpadl, je ten, kdo takto získal majetkovou prospěch, povinen ho vrátit, a to i tehdy, jestliže již pojištění zaniklo.

10. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba nesmí bez souhlasu pojistitele postupit pohledávku na pojistné plnění.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Článek 9 Pojistná doba a vznik pojištění

1. Pojištění lze sjednat buď na dobu určitou (se sjednaným termínem pojištění), nebo na dobu neurčitou.

2. Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud smluvní strany neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, vzniká pojištění v 00:00 hodin prvního dne následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy.

3. Pokud je pojistná smlouva uzavřena prostřednictvím prostředku komunikace na dálku, je nabídka pojistitele přijata včasným zaplacením pojistného. Pojistitel předem vylučuje přijetí nabídky s dodatkem nebo odchylkou. Jakýkoliv projev vůle, který obsahuje dodatky, výhrady, omezení či jiné změny, a to i v případě, že nemění podstatné podmínky nabídky, je odmítnutím nabídky a považuje se za novou nabídku.

4. Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.

Článek 10 Změna pojištění

1. Smluvní strany se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být podepsána oběma smluvními stranami a musí být vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž po jednom obdrží pojistník a pojistitel.

2. Pokud se smluvní strany 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 smluvními stranami dohodnut jako den účinnosti změny pojištění. Pokud smluvní strany tento den neodhodnou, účinky změny pojištění nastávají v 00:00 hodin prvního dne bezprostředně následujícího po sjednání změny pojistné smlouvy.

Článek 11 Přerušeni pojištění

1. Pojištění může být během pojistné doby přerušeno dohodou smluvních stran.

2. Za dobu přerušeni netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z událostí, které v době přerušeni nastaly a byly by jinak pojistnými událostmi.

3. Doba přeručení pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přeručení pojištění pojistník hraří poplatek, který představuje náklady spojené se správou pojištění a nárůst rizika za dobu přeručení pojištění.
4. Nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se automaticky nepřeručuje.

Článek 12 Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká na základě právního jednání pojistníka nebo pojistitele v souladu s platnou právní úpravou:
 - a) výpovědí doručenu do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - b) výpovědí ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období,
 - c) výpovědí podanou do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní doba v délce 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - d) nesouhlasem pojistníka se změnou výše pojistného uplatněným do 1 měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl; v tom případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno,
 - e) odstoupením od pojistné smlouvy,
 - f) odmítnutím pojistného plnění ze strany pojistitele; v tom případě pojištění zanikne dnem doručení odmítnutí pojistného plnění,
 - g) dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zpracování osobních údajů a citlivých osobních údajů ve smyslu platné právní úpravy, a je-li sjednáno pojištění pro případ nemoci potom také dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu.
2. Pojištění dále zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby, je-li pojištění sjednáno na dobu určitou,
 - b) dnem, kdy pojištěný přestane splňovat podmínku ve smyslu čl. 4 odst. 2 písm. a) těchto VPP, je-li sjednáno pojištění pro případ nemoci,
 - c) dnem, kdy pojištěný přestane splňovat podmínku ve smyslu čl. 4 odst. 3 písm. a) těchto VPP, je-li sjednáno pojištění finančních ztrát,
 - d) dnem, kdy pojistník přestane mít sídlo na území ČR,
 - e) zánikem pojistného zájmu; pojistitel má však právo na pojistné do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl,
 - f) zánikem pojistného nebezpečí,
 - g) smrtí pojištěného,
 - h) dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení dlužného pojistného,
 - i) dnem zániku všech základních pojištění, ke kterým bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění.
3. Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být ujednáno okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání.
4. Zánik pojištění nastává ve 24:00 hodin dne, kdy na základě právního jednání smluvních stran nebyla nastalá skutečnost, se kterými je podle pojistných podmínek spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.

POJISTNÉ

Článek 13

Pojistné období, pojistné a splatnost pojistného

1. Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, pokud není v pojistné smlouvě smluvními stranami ujednáno, je pojistným obdobím 1 měsíc.
2. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Výše a splatnost pojistného je ujednána v pojistné smlouvě v české měně.
3. Běžné pojistné je splatné vždy prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
4. Přepłatky pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, může pojistitel použít k úhradě pojistného na další pojistná období.
5. Při placení pojistného je zapláceno pojistné nejdříve splatné.
6. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, může pojistitel požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného může pojistitel požadovat náhradu vynaložených nákladů.
7. Pojistitel může odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění.
8. Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnávací kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období. Při změně výše pojistného postupuje pojistitel způsobem stanoveným v souladu s platnou právní úpravou.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 14

Povinnost k pravdivým sdělením

1. Dotáže-li se pojistitel v písemné formě zájemce o pojištění při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka a pojištěného při jednání o změně smlouvy na skutečnosti, které mají význam pro pojistitelské rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojišťat a za jakých podmínek, zodpoví zájemce o pojištění nebo pojistník a pojištěný tyto písemné dotazy pojistitele pravdivě a úplně. Povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného.

2. Písemné dotazy pojistitele:

- a) u pojištění pro případ nemoci jsou uvedeny především ve Zdravotním dotazníku a týkají se zejména zdravotního stavu pojištěného v době uzavírání nebo změny pojistné smlouvy, nemocí prodělaných před vznikem pojištění, úrazů utrpných před vznikem pojištění, vyskytujících se zdravotních obtíží, léčby pojištěného před a v době uzavírání pojistné smlouvy včetně hospitalizace a pracovní neschopnosti pojištěného, pravidelného užívání léků a jiných rizikových faktorů ovlivňujících zdravotní stav pojištěného; za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů odpovídá pojištěný (resp. zákonný zástupce pojištěného) i v těch případech, kdy Zdravotní dotazník vyplňuje třetí osoba; součástí písemných dotazů jsou i dotazy na povolání vykonávané pojištěným,
- b) u pojištění finančních ztrát se týkají zejména sjednaných finančních závazků a jejich změn.

Článek 15

Zjišťování zdravotního stavu

1. Jsou-li pro to důvody související s ohodnocením pojistného rizika, výše pojistného nebo se šetřením pojistné události, může pojistitel požadovat údaje o zdravotním stavu a zjišťovat zdravotní stav pojištěného, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas. Zjišťování se provádí na základě:
 - a) zpráv a zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a zdravotních pojišťoven,
 - b) prohlídky nebo vyšetření lékařem určeným pojistitelem.
2. Pojištěný umožní pojistiteli získat veškerou zdravotnickou dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
3. Pojištěný podstupuje na požádání pojistitele vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, informuje pojistitele v předstihu o důvodech, které mu v tom brání, a dohodne s pojistitelem náhradní termín vyšetření.
4. Údaje, které se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro uzavření nebo změnu pojistné smlouvy a plnění závazků z pojištění.

Článek 16

Oznamovací povinnost

1. Pojistník, a pokud není pojistník a pojištěný jedna osoba, tak i pojištěný, oznámí pojistiteli bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, jakoukoliv změnu údajů uvedených v pojistné smlouvě. Pojistník dále oznámí pojistiteli uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem.
2. Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

Článek 17

Povinnosti při pojistné události

1. Pojištěný nebo oprávněná osoba oznámí pojistiteli bez zbytečného odkladu, že nastala pojistná událost.
2. Vznik pojistné události ve smyslu odst. 1 doloží pojištěný nebo oprávněná osoba doklady stanovenými pro jednotlivé typy pojištění v příslušných ZPP nebo DPP. Pojištěný nebo oprávněná osoba dále zabezpečí, aby veškeré doklady, které si pojistitel vyžádá, a které se vztahují k pojistné události, byly pojistiteli doručeny ve lhůtách uvedených pro jednotlivé typy pojištění v příslušných ZPP nebo DPP.
3. Doklady, zejména zdravotnická dokumentace, vystavené osobou, která je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pojistné události. Totéž platí o dokladech, které si vystavil sám pojištěný.
4. Doklady předloží pojištěný nebo oprávněná osoba v českém jazyce a pojistitel si je ponechává.
5. Pojištěný ani oprávněná osoba nemá právo na úhradu nákladů vynaložených v souvislosti se šetřením pojistné události.

Článek 18

Následky porušení povinnosti

1. Pokud pojistník či pojištěný neodpověděl pravdivě a úplně při jednání o uzavření nebo změně pojistné smlouvy na písemné dotazy pojistitele, může mít jeho jednání za následek snížení pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy, odmítnutí pojistného plnění, nebo skutečnost, že nevznikne právo na pojistné plnění.
2. Bylo-li ujednáno nižší pojistné v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření nebo změně smlouvy, má pojistitel právo snížit pojistné plnění o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet.
3. Mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, zvětšení rozsahu jejich následků nebo na zjištění či určení výše plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelské povinnosti plnit.

DORUČOVÁNÍ

Článek 19

Doručování písemností

1. Písemnosti si smluvní strany doručují:
 - a) při osobním styku jejich předáním a převzetím,
 - b) prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky, prostřednictvím akreditovaného poskytovatele certifikačních služeb na elektronickou adresu se zaručeným elektronickým podpisem,
 - d) s využitím provozovatele poštovních služeb na poštovní adresu, na níž se smluvní strana zdržuje, uvedenou v pojistné smlouvě, prokazatelně sdělenou druhou smluvní stranou po uzavření pojistné smlouvy nebo zjištěnou v souladu s právními předpisy,

- e) prostřednictvím elektronické pošty na elektronickou adresu.
2. Písemnost dodaná do datové schránky je doručena okamžikem, kdy se do datové schránky přihlásí osoba, která má s ohledem na rozsah svého oprávnění přístup k písemnosti.
3. Písemnost doručovaná na elektronickou adresu je doručena dnem, kdy byla doručena do mailové schránky adresáta; v pochybnostech se má za to, že je doručena dnem jejího odeslání odesílatelem.
4. Byla-li písemnost doručována na elektronickou adresu, kterou již adresát neuzivá, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenu dnem jejího odeslání pojistitelem, i když adresát neměl možnost se s obsahem písemnosti seznámit.
5. Písemnost odeslaná na poštovní adresu s využitím provozovatele poštovních služeb je doručena dnem dojetí; v pochybnostech se má za to, že došla třetí pracovní den po odeslání.
6. Nebyl-li adresát zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje a písemnost se nepodařilo doručit, písemnost se uloží v místě příslušného provozovatele provozovatele poštovních služeb 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.
7. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmítnuté adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
8. Oznámí-li pojistník či pojištěný pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány 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.
9. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.
10. Smluvní strany jsou povinny si bez zbytečného odkladu sdělit změny veškerých skutečností významných pro doručování a oznámit si navzájem svou novou poštovní nebo elektronickou adresu. Tyto změny jsou vůči druhé smluvní straně účinné, jakmile jí byly sděleny. Pokud má odesílatel důvodnou pochybnost o správnosti poštovní adresy, má se za to, že poštovní adresu je adresa, která je odesílateli známa na základě jeho vlastního zjištění provedeného v souladu s právními předpisy.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 20

Forma právního jednání

1. Právní jednání týkající se pojištění vyžaduje písemnou formu.
2. Právní jednáním ve smyslu odst. 1 se rozumí zejména všechna jednání nutná k uzavření pojistné smlouvy, zejména a dodatky pojistné smlouvy, jednání týkající se přeručení, změny nebo zániku, jakož i písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu, výkonu povolání a příjmu pojištěného, jeho finančních závazků, tak případně i další písemné dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu, tak i odpovědi na ně.
3. Písemnou formu nevyžaduje oznámení pojistníka, příp. pojištěného o změně jména, adresy, elektronické adresy, telefonu, formy placení pojistného, ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonu, žádost o vrácení přeplatku z pojistné smlouvy, žádost o opětovné doručení příslušných formulářů pro šetření pojistných událostí.
4. Nad rámec právních jednání uvedených v odst. 3 je pojistitel oprávněn předložit a pojistník je oprávněn přijmout nepísemnou formou návrh změny pojistné smlouvy či dohody o zániku pojištění. Pojistitel potvrdí pojistníkoví obsah uzavřené dohody písemně.
5. Pojistník, pojištěný a oprávněná osoba jsou dále oprávněni činit nad rámec oznámení uvedených v odstavci 3 nepísemnou formou jakékoliv další oznámení týkající se pojištění. Takové nepísemné oznámení se považuje za platně učiněné, pokud pojistitel v písemné formě potvrdí, že oznámení obdržel, nebo se začne chovat ve shodě s ním.
6. Za nepísemnou formu se považuje podání učiněné telefonicky, pomocí elektronického formuláře uvedeného na oficiálních webových stránkách pojistitele nebo elektronicky na elektronickou adresu pojistitele.
7. Právní jednání nebo oznámení obsažené v příloze elektronické zprávy ve formátu, který dostatečně zabezpečuje jeho obsah proti změně, se považuje za písemnost, mající písemnou formu.
8. Právní jednání týkající se pojištění nevyvolává právní následky plynoucí ze zvyklostí v oblasti pojištnictví.
9. Pojistitel je oprávněn navrhnout pojistníkovi a pojištěnému změnu smlouvy, která vyvolá změnu výše pojistného. Navrženou změnu může pojistník přijmout i včasným zaplacením pojistného uvedeného v navržené změně. Přijme-li pojistník změnu včasným zaplacením navrhaného pojistného, považuje se písemná forma za zachovanou.

Článek 21

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojištění bude řešen u příslušného soudu v ČR a podle právních předpisů platných na území ČR.

Článek 22

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost ostatních účastníků pojištění. Výše mimořádných nákladů bude vyčíslena a pojistníkoví oznámena před provedením úkonu. Úhrada mimořádných nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek a není-li započtení možné, je splatná předem.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění závažných gynekologických onemocnění č.j.: 12/2014 (ZPP-G)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění závažných gynekologických onemocnění, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťovna“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto ZPP, příslušných DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Závažné gynekologické onemocnění – onemocnění zhoubným novotvarem orgánů uvedených níže v tomto článku.

Zhoubný novotvar – onemocnění způsobené zhoubným (maligním) nádorem a charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz zasahujících prsy, vulvu, pochvu, dělohu, děložní hrdlo, děložní tělo, vaječníky, vejcovody, tlusté střevo, konečník nebo rektosigmoidální spojení (dále jen „ženské orgány“); diagnóza zhoubného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM.

TNM – způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru T, postižení mízních uzlin N a přítomnost vzdálených metastáz M; ke každému z písmen se přidává číslo odpovídající konkrétnímu nález.

Operační výkon – takový výkon, který je z lékařského hlediska nezbytně nutný a při němž byl pojištěn odstraněn zhoubný novotvar nebo jeho část, eventuálně, při němž byl zhoubný novotvar zjištěn, nemohl-li být vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky odstraněn; výkon musí být potvrzen operačním protokolem a zhoubnost novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem; za operační výkon se nepovažuje výkon provedený pouze za účelem stanovení diagnózy ve smyslu odběru vzorku tkáně k určení diagnózy (např. biopsie, punkce).

Doba nezbytného léčení – doba léčení zhoubného novotvaru, do které se započítává doba hospitalizace, pracovní neschopnosti a dále doba potvrzená příslušným zdravotnickým pracovištěm jakožto doba, která je z lékařského hlediska nezbytná pro léčbu diagnostikovaného zhoubného novotvaru; v konkrétním případě může dobu nezbytného léčení stanovit lékař určený pojišťovnou.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění závažných gynekologických onemocnění (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- Pojištění je sjednáváno na pojistné nebezpečí výskytu a prokázaného nálezu (diagnostiky) zhoubného novotvaru ženských orgánů a doby nezbytného léčení tohoto nádorového onemocnění, včetně podstoupení nezbytného operačního výkonu.
- V případě pojistné události vyplácí pojišťovna pojištěnému pojištění plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou.

Článek 3 Pojistná událost

Pojistnou událostí je v pořadí první stanovení diagnózy zhoubného novotvaru za života pojištěného, ke kterému došlo za trvání pojištění.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 4 Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojišťovna neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění:
 - ze škodných událostí vzniklých v důsledku zhoubného novotvaru, který vznikl, nebo podle posudku lékaře určeného pojišťovnou musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
 - u zhoubných novotvarů popsanych jako „in situ“, diagnostikovaných jako prekancerózy či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny (prekancerózy),
 - u zhoubných novotvarů vzniklých působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěná v rámci léčebného procesu probíhajícího pod lékařským dozorem.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění za dobu nezbytného léčení ve smyslu čl. 5 odst. 3 písm. c) těchto ZPP, pokud pojištěná nerespektovala rady lékaře a předepsaný léčebný postup, přičemž rozhodující pro uplatnění výluky z pojištění je stanovisko příslušného zdravotnického pracoviště, kde je pojištěná pro zhoubný novotvar léčena.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění za dobu nezbytného léčení ve smyslu čl. 5 odst. 3 písm. c) těchto ZPP v případě prodloužení pojištění se splněním povinností dle čl. 8 odst. 3 těchto ZPP.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše plnění, která náleží pojištěnému při pojistné události.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Při pojistné události pojišťovna vyplácí:
 - sjednanou pojistnou částku v případě stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ve smyslu čl. 3,
 - sjednanou pojistnou částku v případě prvního operačního výkonu podstoupeného pojištěnou, a to nejpozději do 18 měsíců od stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ve smyslu čl. 3,
 - důchod (rentu) za dobu nezbytného léčení po stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ve smyslu čl. 3 s platností vždy po uplynutí prvního měsíce nezbytného léčení, a dále po uplynutí každého dalšího měsíce nezbytného léčení, nejvýše však v souhrnu za 12 měsíců.
- V souladu s ustanovením čl. 18 VPP pojišťovna sníží pojistné plnění o jednu polovinu, pokud zjistí, že pojištěná neabsolvovala alespoň dvě preventivní lékařské prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví nebo absolvování preventivních prohlídek nedoloží potvrzením příslušného zdravotnického zařízení; snížení pojistného plnění podle tohoto odst. se neuplatní u pojistné události, která nastane u pojištěného do věku 18 let.

- Oprávněnou osobou je pojištěná.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou, nejpozději však 18 měsíců od pojistné události vymezené v čl. 3 těchto ZPP.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 7 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťovny týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Pojištěná dále v zájmu svého zdraví předchází vzniku pojistné události a v tomto smyslu podstupuje doporučené preventivní lékařské prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví, a to pravidelně v termínech stanovených platnou právní úpravou.

Článek 8 Povinnosti pojištěné při pojistné události

- Při pojistné události plní pojištěná povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a dále zejména, uplatňuje-li právo na pojistné plnění:
 - při diagnóze zhoubného novotvaru ve smyslu ustanovení čl. 5 odst. 3 písm. a) těchto ZPP, doručí pojišťovně aktuální lékařskou zprávu ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem a s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM, jakož i další doklady, které si pojišťovna vyžádá,
 - po provedení prvního operačního výkonu ve smyslu ustanovení čl. 5 odst. 3 písm. b) těchto ZPP, doručí pojišťovně operační protokol, přičemž zhoubnost odstraněného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem, jakož i dalšími doklady, které si pojišťovna vyžádá,
 - za dobu nezbytného léčení ve smyslu ustanovení čl. 5 odst. 3 písm. c) těchto ZPP, doručí pojišťovně potvrzení příslušného zdravotnického zařízení o probíhající léčbě, a to před uplatněním práva na další výplatu sjednaného důchodu (renty), jakož i další doklady, které si pojišťovna vyžádá,
 - doklady vymezené pod písm. a), b) a c) musí obsahovat identifikaci pojištěné (jméno a příjmení, rodné číslo a adresu bydliště), označení diagnózy a zdravotnického zařízení, které lékařskou zprávu vystavilo.
- Doklady uvedené v odst. 1 písm. a) a b) pojištěná předloží pojišťovně bez zbytečného odkladu po vzniku práva na pojistné plnění.
- Doklady uvedené v odst. 1 písm. c) pojištěná předkládá pojišťovně v pravidelných intervalech vždy za každý dokončený měsíc nezbytného léčení počínaje výplatou v pořadí čtvrtého důchodu (renty).

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy č.j.: 10/2014 (ZPP-SOC)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy (známé jako Second opinion), které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto ZPP, případně DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Zhoubný novotvar – onemocnění způsobené zhoubným (maligním) nádorem a charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz; diagnóza zhoubného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM.

TNM – způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru T, postižení mízních uzlin N a přítomnost vzdálených metastáz M; ke každému z písmen se přidává číslo odpovídající konkrétnímu nálezu.

Odborná lékařská oponentura:

- vypracování nezávislého vysoce kvalifikovaného medicínského názoru smluvním lékařem pojistitele,
- osobní konzultace odborné lékařské oponentury smluvním lékařem pojistitele, případně doporučení dalšího diagnostického a léčebného postupu souvisejícího s diagnózou zhoubného novotvaru pojištěného.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové.
- Pojištění je sjednáváno jako pojištění doplňkové k základnímu pojištění.
- V případě pojistné události poskytne pojistitel druhý lékařský názor, tj. odbornou lékařskou oponenturu navrženého diagnostického nebo léčebného postupu.

Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je změna zdravotního stavu pojištěného z důvodu diagnózy zhoubného novotvaru, která hrozí operací nebo vyžaduje dlouhodobé léčení, nebo jejíž dosavadní léčba nevede k uzdravení.

- Pojistná událost nastává v okamžiku, kdy pojištěný oznámí pojistiteli změnu zdravotního stavu a požádá o poskytnutí odborné lékařské oponentury.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 4 Vyluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojistitel neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění:
 - ze škodných událostí vzniklých v důsledku zhoubného novotvaru, který vznikl nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
 - u zhoubných novotvarů popsanych jako „in situ“, diagnostikovaných jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny (prekancerózy),
 - u zhoubných novotvarů vzniklých působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu probíhajícího pod lékařským dozorem,
 - pokud změna zdravotního stavu pojištěného podle posudku lékaře určeného pojistitelem objektivně nevyžaduje poskytnutí odborné lékařské oponentury,
 - pokud pojištěný nedoložil pojistnou událost ve smyslu čl. 8 odst. 2 písm. a) těchto ZPP.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistné plnění a limit pojistného plnění

- Při pojistné události poskytne pojistitel formou naturálního plnění odbornou lékařskou oponenturu.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Pojistné plnění náleží pojištěnému maximálně dvakrát za celou pojistnou dobu.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká dnem, kdy nastala pojistná událost, při níž pojistné plnění dosáhlo limitu podle čl. 5 těchto ZPP. Pojistitel má právo na pojistné do konce pojistného období, ve kterém nastala pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo.

PŘÍZPŮSOBNÍ POJISTNÉHO

Článek 7 Přízpůsobení pojistného

- Přízpůsobení pojistného je vymezeno v čl. 13 odst. 8 VPP.
- Pojistné může být dále pojistitelem přízpůsobeno v případě, že se navýší cena poskytnutí odborné lékařské oponentury.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 8 Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události plní pojištěný povinnosti stanovené v čl. 17 VPP; za oznámení pojistné události je považována žádost pojištěného o poskytnutí odborné lékařské oponentury.
- Pojištěný dále:
 - doručí pojistiteli příslušnou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k diagnóze zhoubného novotvaru pojištěného, jakož i další doklady, které si pojistitel nebo smluvní lékař pojistitele vyžádá,
 - dostaví se v dohodnutém termínu na smlouvenou osobní konzultaci odborné lékařské oponentury; pokud pojištěný bez objektivní příčiny zmaří nebo podstatně ztíží poskytnutí odborné lékařské oponentury, zejména pokud se bez závažných důvodů nedostaví k osobní konzultaci odborné lékařské oponentury, považuje se tato osobní konzultace za řádně poskytnutou.

Článek 9 Odpovědnost pojistitele

Poskytnutí odborné lékařské oponentury je pouze pomocným nástrojem pro lepší informovanost pojištěného o dosavadní léčbě a o dalších variantách léčebného postupu a nenahrazuje lékařský posudek ve smyslu platné právní úpravy. Pojistitel ani smluvní lékař pojistitele nenesou žádnou odpovědnost za jakoukoli chybu nebo nedostatek související s poskytnutím odborné lékařské oponentury.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.