

Praktické rady klientům

Jak postupovat při pojistné události

- Pojistnou událost je třeba nahlásit ČP ZDRAVÍ nejpozději do skončení karenční doby, a to doručením vyplněného formuláře „Oznámení pojistné události“ a zároveň doložením výše stálých plateb za 12 měsíců předcházejících měsíci vzniku pojistné události (např. výpisy z účtu, SIPO, poštovní poukázky atd.).
- Na základě těchto dokladů je stanovena průměrná výše stálých plateb, která je pak pojištěnému měsíčně vyplácena, a to do výše jeho podílu na výdajích domácnosti.

Postup při pracovní neschopnosti

- Při pracovní neschopnosti se k výše uvedeným dokladům přikládá kopie II. dílu „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky).
- V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti je v průběhu jejího trvání nutné zasílat doklad o trvání pracovní neschopnosti, potvrzený ošetřujícím lékařem, a to v pravidelných intervalech nejpozději vždy ke dni vzniku nároku na další plnění, tedy každých 30 dní.
- Po ukončení pracovní neschopnosti je třeba ČP ZDRAVÍ zaslat kopii V. dílu „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“.

Bližší informace o hlášení pojistné události a potřebné formuláře Vám poskytneme:

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.
Litevská 1174/8
100 05 Praha 10

tel: 267 222 515
fax: 267 222 936
infolinka: 841 111 132

e-mail: info@zdravi.cz
www.zdravi.cz

Postup při ztrátě pravidelného zdroje příjmu

- Při ztrátě pravidelného zdroje příjmu se k výše uvedeným dokladům přikládá:
 - potvrzení příslušného úřadu práce o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání,
 - kopie „Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení“ (podpory v nezaměstnanosti) nebo doklad o pobírání dávky sociálního zabezpečení či státní sociální podpory,
 - kopie smluvních a dalších dokumentů (pracovní smlouvy, výpisy z příslušného registru), na základě kterých lze prokázat, že pracovní poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti trval nejméně 12 měsíců předcházejících měsíci, ve kterém bylo pojištění sjednáno,
 - kopie dokladů prokazujících důvod zániku pracovního poměru nebo ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti.
- V případě dlouhodobé ztráty pravidelného zdroje příjmu je třeba ČP ZDRAVÍ zasílat doklady potvrzující, že je pojištěný stále veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, a to v pravidelných intervalech nejpozději vždy ke dni vzniku nároku na další plnění, tedy každých 30 dní.

Informace o pojistiteli a závazku poskytované zájemci

před uzavřením pojistné smlouvy dle § 66 zák. č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění (dále jen „ZPS“)

INFORMACE O POJISTITELI

Obchodní firma a právní forma:

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.

Sídlo pojistitele:

Česká republika, Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10

Kontaktní údaje:

tel.: 267 222 515, infolinka: 841 111 132, info@zdravi.cz,
www.zdravi.cz

INFORMACE O ZÁVAZKU

Definice pojištění

Pojistitel poskytuje soukromé pojištění pro případ nemoci ve smyslu ustanovení § 62 ZPS a pojištění finančních ztrát dle ustanovení § 48 ZPS (dále jen „pojištění“). Pojištění lze se zájemcem sjednat jako pojištění škodové. Nabízená pojištění jsou blíže specifikována v návrhu pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou pojistné podmínky pro jednotlivá odvětví a typy pojištění, s nimiž musí být zájemce před uzavřením pojistné smlouvy seznámen a které jsou připojeny k pojistné smlouvě. Výše pojistného plnění je omezena limitem pojistného plnění (horní hranice plnění v případě pojistné události).

Doba platnosti a způsoby zániku pojistné smlouvy

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

sjednává na dobu určitou nebo neurčitou. Pojištění může zaniknout dohodou účastníků nebo výpovědí ve smyslu ustanovení § 22 ZPS. K zániku pojištění dochází nezaplacením pojistného za podmínek vymezených v ustanovení § 20 ZPS nebo odmítnutím pojistitele plnit z pojistné smlouvy ve smyslu ustanovení § 24 ZPS. Pojištění zaniká také smrtí pojištěného či pojistníka nebo na základě úkonů a skutečností vymezených v pojistných podmínkách, se kterými je spojen zánik pojištění. Zánikem sjednaných pojištění zaniká smluvní vztah mezi pojistitelem a pojistníkem.

Pojistné

Pojistné je úplata za pojistnou ochranu. Pojistník je povinen platit pojistné za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné), která lze sjednat na dobu jednoho měsíce, čtvrtletí, pololetí nebo jednoho roku; pojistné může být zapláceno i jednorázově. Nebylo-li dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné k prvnímu dni pojistného období a lze je hradit v hotovosti nebo bezhotovostním převodem peněžních prostředků na účet určený pojistitelem. Pojistitel má právo na pojistné do zániku pojištění. Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle zásad stanovených směrnici pojistitele. Pro stanovení výše pojistného je rozhodující výše sublimitu pojistného plnění, délka karenční doby a doby ručení, pohlaví a věk pojištěného, jeho podíl na stálých platbách domácnosti, druh a místo vykonávaného povolání (zaměstnání či podnikání nebo jiná samostatná výdělečná činnost).

Odstoupení od smlouvy

V souladu s ustanovením § 23 ZPS může pojistitel nebo pojistník odstoupit od pojistné smlouvy. Odstoupením od po-

jistné smlouvy se smlouva od počátku ruší a účastníci jsou povinni se vypořádat způsobem vymezeným cit. ustanovením ZPS.

Bonusy, investiční podíly a odkupné

Pojištění nespadá do tzv. „rezervotvorných pojištění“, kde kromě čistě rizikového pojistného je i složka střežácká, která náleží pojištěnému bez vazby na princip odškodnění, a neumožňuje pojištěnému podílet se na výnosech nebo investovat do investičních fondů. V případě zániku pojištění nevzniká nárok na odkupné.

Obecná informace o daňových předpisech

Na pojištění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění.

Stížnosti

Stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob je možné zasílat na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví této informace. Se stížnostmi se lze obrátit rovněž na příslušný úřad státního dohledu nad pojišťovnami.

Právo platné pro pojistnou smlouvu

Pojistitel navrhuje, aby se pojistná smlouva řídila právním řádem České republiky.

HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Pojistnou událost je nutné nahlásit ČP ZDRAVÍ nejpozději do skončení karenční doby. Příslušný formulář včetně dalších pokynů a informací lze získat na výše uvedených kontaktních údajích.

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění stálých plateb č.j.: 11/2009 (VPPZDR)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Článek 1

Úvodní ustanovení

1. Práva a povinnosti z pojištění stálých plateb se řídí zákonem číslo 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen „zákon“), Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění stálých plateb (dále jen „VPPZDR“) a pojistnou smlouvou.
2. Pojištění uvedené v odst. 1 je soukromým pojištěním a sjednává se jako pojištění škodové¹.

Článek 2

Pojistitel

Pojistitelem se rozumí Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., se sídlem Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10, Česká republika, IČ 49240749, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 2044 (dále jen „pojišťovna“).

Článek 3

Pojištěná osoba, oprávněná osoba

Pojištěnou osobou je fyzická osoba, na jejíž pracovní neschopnost, a popřípadě i nezaměstnanost, se pojištění vztahuje a která je určena v pojistné smlouvě. Pojištěná osoba je shodná s oprávněnou osobou, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 4

Předmět a rozsah pojištění

Pojištění stálých plateb je pojištěním sjednávaným na pojistné nebezpečí:

- a) nemoci nebo úrazu s následkem pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění pracovní neschopnosti“), měla-li pojištěná osoba příjem ve smyslu čl. 5 odst. 14 VPPZDR, a popřípadě i
- b) nezaměstnanosti s následkem ztráty pravidelného zdroje příjmu (dále jen „pojištění nezaměstnanosti“), měla-li pojištěná osoba příjem ve smyslu čl. 5 odst. 15 VPPZDR.

Článek 5

Výklad pojmů

1. **Čekací doba** se rozumí doba, po kterou pojišťovně nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba počíná běžet dnem počátku pojištění, nebo dnem účinnosti změny pojištění spočívající ve zvýšení limitu pojistného plnění či zkrácení karenční doby. Nastane-li pojistná událost po změně pojištění a před uplynutím nové čekací doby, poskytnete pojišťovna plnění v rozsahu původního limitu (sublimitu) pojistného plnění. Čekací doba se nevztahuje na pracovní neschopnost vzniklou následkem úrazu za předpokladu, že úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci, pojištěná osoba byla nejspozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizována a hospitalizace trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnočních stravených v nemocnici (nejméně 2 půlnoční); a dále v případě, bránil-li hospitalizaci pojištěné osoby překážky, které nemohla ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit a jejichž existenci věrohodným způsobem doložila pojišťovně.
2. **Dobou hodnocení** se rozumí posledních 12 kalendářních měsíců bezprostředně předcházejících měsíci vzniku pojistné události.
3. **Dobou ručení** se rozumí počet měsíců ujednaný v pojistné smlouvě, po které má oprávněná osoba v případě vzniku pojistné události právo na výplatu pojistného plnění.
4. **Dokladem o nezaměstnanosti** se rozumí písemné potvrzení příslušného úřadu práce o vedení pojištěné osoby v evidenci uchazečů o zaměstnání², včetně vyznačení počátku této evidence, a „Rozhodnutí o příznávné hmotného zabezpečení“ (podpory v nezaměstnanosti) nebo doklad o pobírání dávky sociálního zabezpečení či státní sociální podpory v případech, kdy hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání pojištěné osobě nenáleží.
5. **Dokladem o pracovní neschopnosti** se rozumí „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“³, vydané pojištěné osobě příslušným zdravotnickým zařízením (ošetřujícím lékařem). Tento doklad musí obsahovat vyznačení počátku (trvání) pracovní neschopnosti a určení diagnózy, popř. diagnózy dle mezinárodní klasifikace nemocí ICD. Doklad o pracovní neschopnosti, jejím vzniku, trvání a ukončení vystavený lékařem, který je osobou pojištěné osobě blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 12 tohoto článku; tento doklad si také nemůže vystavit sama pojištěná osoba, i když je jinak oprávněna vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.

6. **Karenční dobou** se rozumí doba od vzniku škodné události do sjednaného počátku plnění, po kterou pojišťovna neplní.

7. **Limitem pojistného plnění** pro jednu pojistnou událost se rozumí násobek měsíčního sublimitu pojistného plnění a doby ručení.

8. **Měsíčním sublimitem pojistného plnění** se rozumí horní hranice pojistného plnění za každých 30 dnů trvání práva na pojistné plnění, ujednaná v pojistné smlouvě.

9. **Nemocí** se rozumí takový zdravotní stav pojištěné osoby, který je příčinou vydání dokladu o pracovní neschopnosti; nemocí se pro účely pojištění pracovní neschopnosti rozumí i karanténa.

10. **Nezaměstnaností** se rozumí stav, kdy:

- a) byl s pojištěnou osobou rozváznán pracovní poměr výpovědí nebo dohodou podle ustanovení § 52 písm. a), b) nebo c) zákoníku práce, nebo
- b) pojištěná osoba okamžitě zrušila pracovní poměr podle ustanovení § 56 písm. a) nebo b) zákoníku práce, nebo
- c) pojištěná osoba ukončila výkon samostatné výdělečné činnosti z důvodu zániku kterékoli z podmínek způsobilosti k výkonu samostatné výdělečné činnosti, stanovené samostatným zákonem, na jehož základě byla samostatná výdělečná činnost provozována, nebo rozhodnutím stavovské korporace či profesního sdružení⁴, nebo z vážných zdravotních důvodů, které jí při výkonu samostatné výdělečné činnosti přímo ohrožují na zdraví či životě nebo jí neumožňují tuto činnost nadále vykonávat a které vznikly bez jejího zavinění a nezávisle na její vůli, a tyto skutečnosti ohlásila příslušnému živnostenskému úřadu, a současně byla pojištěná osoba zařazena do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce⁵ a byl jí vystaven doklad o nezaměstnanosti.

11. **Osobou samostatně výdělečně činnou** se rozumí fyzická osoba podnikající podle právního řádu České republiky na základě zvláštního zákona⁶.
12. **Pracovní neschopností** se rozumí stav, kdy:

- a) pojištěná osoba nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani fakticky nevykonává po přechodnou dobu závislou nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne, ani mimo místo výkonu práce dle pracovní smlouvy,
- b) pojištěné osobě byl vystaven doklad o pracovní neschopnosti.

13. **Pravidelnou lékařskou péčí** se rozumí opakovaná zdravotní péče nad rámec pravidelných lékařských preventivních prohlídek.

14. **Příjem pojištěné osoby** se pro účely pojištění pracovní neschopnosti rozumí v případě zaměstnance příjem ze závislé činnosti a funkční požitky, a v případě osoby samostatně výdělečně činné příjem z vykonávané samostatně výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů.

15. **Příjem pojištěné osoby** se pro účely pojištění nezaměstnanosti rozumí v případě osoby samostatně výdělečně činné příjem uvedený v odst. 14 tohoto článku za období 12 měsíců bezprostředně předcházejících měsíci, v němž bylo pojištění sjednáno, pokud samostatná výdělečná činnost byla po tuto dobu bez přerušení vykonávána, a v případě zaměstnance příjem uvedený v odst. 14 tohoto článku z pracovního poměru, který ke dni sjednání pojištění současně splňuje všechny následující podmínky:

- a) je sjednaný na dobu neurčitou a pojištěná osoba není ve zkušební době,
- b) pojištěná osoba nepodala výpověď z pracovního poměru a ani jí nebyla dána výpověď ze strany zaměstnavatele,
- c) pojištěná osoba nezměnila okamžitě pracovní poměr, nebyl jí okamžitě zrušen pracovní poměr ze strany zaměstnavatele a pojištěná osoba ani nevede jednání se zaměstnavatelem o skončení pracovního poměru dohodu,
- d) pojištěná osoba není podle svého vědomí zařazena mezi zaměstnance, se kterými by mohl být v následujících 12 měsících rozváznán pracovní poměr z důvodů organizačních změn nebo snižování počtu zaměstnanců⁷,
- e) pojištěná osoba byla bez přerušení zaměstnána v předchozích 12 měsících bezprostředně předcházejících měsíci, v němž bylo sjednáno pojištění.

16. **Stálými platbami pojištěné osoby** se rozumí výdaje konkretizované a uvedené v pojistné smlouvě.

17. **Úrazem** se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěné osoby, ke kterému došlo během trvání pojištění pracovní neschopnosti a kterým bylo pojištěné osobě způsobeno poškození zdraví.

18. **Výročním dnem počátku pojištění** se rozumí den, který se číslem dne v měsíci a pojmenováním měsíce shoduje se dnem počátku pojištění.

Článek 6

Pojistná událost

1. Pojistná událost z pojištění pracovní neschopnosti vzniká v okamžiku stanoveného počátku pracovní neschopnosti vyznačeného na dokladu o pracovní neschopnosti, pokud pracovní neschopnost současně splňuje všechny následující podmínky:
 - a) vznikla v době trvání pojištění a po uplynutí čekací doby,
 - b) trvala nejméně ke sjednanému počátku plnění,
 - c) nastala za vylukových okolností uvedených v čl. 11 odst. 1 a 4 VPPZDR.
2. Nastane-li do 90 dnů (včetně) od skončení předchozí pracovní neschopnosti nová pracovní neschopnost, a to z důvodu stejné nebo související diagnózy, nejde o novou pojistnou událost. Při souběhu více nesouvisejících diagnóz jde vždy o různé pojistné události.
3. Pojistná událost z pojištění nezaměstnanosti vzniká v okamžiku zařazení pojištěné osoby do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce¹⁰, pokud nezaměstnanost současně splňuje všechny následující podmínky:
 - a) vznikla v době trvání pojištění a po uplynutí čekací doby,
 - b) trvala nejméně ke sjednanému počátku plnění,
 - c) nastala za vylukových okolností uvedených v čl. 11 odst. 2 až 4 VPPZDR.

Článek 7

Území platnost pojištění

1. Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, vztahuje se pojistná ochrana jen na území České republiky. Zdravotní péče a hospitalizace pojištěné osoby musí být poskytnuta tuzemským zdravotnickým zařízením. Úkony a jiné skutečnosti související s pracovní neschopností nebo nezaměstnaností, se kterými je spojena povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění, musí být učiněny nebo nastat na území České republiky, musí být v souladu s platnou právní úpravou a vydány k tomu oprávněným zdravotnickým zařízením, zaměstnavatelem, správním orgánem, soudem nebo jiným k tomu oprávněným orgánem.
2. Pojištěná osoba musí mít po celou dobu trvání pojištění trvalý pobyt na území České republiky, nebo v případě cizinců povolení k pobytu (trvalému či přechodnému) na území České republiky a povolení k výkonu závislé práce nebo výkonu samostatné výdělečné činnosti na jejím území, případně jiné oprávnění (vízum členského státu EU, schengenské vízum apod.) opravňující cizince vykonávat závislou práci či samostatnou výdělečnou činnost na území České republiky, a to po celou dobu trvání pojištění.

Článek 8

Zánik pojištění

1. Zánik pojištění nastává ve 24:00 hodin dne, kdy na základě úkonů účastníků pojištění (pojistníka nebo pojišťovny) nebo nastalých skutečností, se kterými je podle VPPZDR nebo zákona spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
2. Účastníci pojištění se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění (datum) a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
3. Pojištění zaniká na základě těchto písemných úkonů účastníků pojištění:
 - a) písemnou výpovědí doručenou 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,
 - c) písemnou výpovědí podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet jednoměsíční výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - d) 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 pojištění nedohodnou jinak,
 - e) odstoupením od pojistné smlouvy za podmínek stanovených zákonem a ujednaných v pojistné smlouvě,
 - f) odmítnutím plnit z pojistné smlouvy ze strany pojišťovny, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
4. Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - a) smrtí pojištěné osoby,

¹ Viz ustanovení § 48 a § 62 zákona

² Viz ustanovení § 62 zákona

³ Viz ustanovení § 48 zákona

⁴ Viz ustanovení § 26 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

⁵ Viz ustanovení § 57 a násl. zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění,

v platném znění

⁶ Např. České advokátní komory, Komory daňových poradců ČR a další

⁷ Viz ustanovení § 26 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

⁸ Viz ustanovení § 2 zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, v platném znění

⁹ Viz ustanovení § 52 písm. a), b), c) zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce,

v platném znění

¹⁰ Viz ustanovení § 26 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

- b) smrtí pojistníka nebo zánikem pojistníka bez právního nástupce; ustanovení § 10 odst. 4 zákona se pro pojištění nepoužije,
- c) dnem bezprostředně následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistovnou k zaplacení dlužného pojistného,
- d) dnem, kdy pojištěná osoba přestane mít trvalý pobyt na území České republiky, nebo v případě cizinců z povolení k pobytu (trvalému či přechodnému) na území České republiky a povolení k výkonu závislé práce nebo výkonu samostatné výdělečné činnosti na jejím území, případně jiné oprávnění (vízum členského státu EU, schengenské vízum apod.) opravňující cizince vykonávat závislou práci či samostatnou výdělečnou činnost na území České republiky, a to po celou dobu trvání pojištění, pokud se účastníci pojištění před zánikem pojištění nedohodnou jinak,
- e) výročním dnem počátku pojištění, který bezprostředně následuje po pravomocném rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu, kterým byl pojištěný osobě přiznán částečný nebo plný invalidní důchod¹¹, starobní důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění, nejpozději však výročním dnem počátku pojištění, který bezprostředně následuje po dosažení věku 65 let pojištěnou osobou,
- f) dnem, ve kterém pojistovna obdrží písemně oznámení pojištěné osoby o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu¹².

Článek 9

Pojistné a splatnost pojistného

1. Pojistné je povinen hradit pojistník.
2. Pojistné je běžným pojistným, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
3. Podkladem pro výpočet pojistného jsou pojistné částky nebo limity (sublimity) pojistného plnění a další skutečnosti uvedené v pojistné smlouvě. Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě.
4. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistovna oprávněna požadovat úrok z prodlení.
5. Pojistovně náleží celé pojistné za pojistné období v případě:
 - a) zániku pojištění v důsledku pojistné události,
 - b) zániku pojištění z důvodů uvedených v zákoně, případně ve VPPZDR, pokud v pojistném období, ve kterém pojištění zaniklo, nastala pojistná událost.
 V ostatních případech zániku pojištění náleží pojistovně poměrná část pojistného. Zanikne-li pojištění dohodou, lze v dohodě ujednat i jinak.
6. 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 zaplacen.
7. Pojistovna je oprávněna započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
8. Přepjatky pojistného, nepožádá-li pojistník o jejich vrácení, použije pojistovna k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 10

Přizpůsobení pojistného

1. Pojistovna může jedenkrát ročně provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově vyšší běžného pojistného na další pojistné období.
2. Při změně výše pojistného je pojistovna povinna 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 zaplacen.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 11

Výluky z pojištění

1. Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje (a pojistovna za ně neposkytuje pojistné plnění) na škodné události, které nastaly za těchto okolností:
 - a) v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji, teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - b) přímým nebo nepřímým působením jaderné energie,
 - c) při manipulaci se zbraněmi, výbušninami, hořlavinami nebo toxickými látkami,
 - d) pokusila-li se pojištěná osoba o sebevraždu nebo si vědomě přivodila nemoc či úraz,
 - e) utrpěla-li pojištěná osoba úraz nebo onemocnění v souvislosti s trestnou nebo přestupkovou činností, pro kterou byla soudem nebo správním úřadem uznána vinnou,
 - f) utrpěla-li pojištěná osoba úraz nebo poškození zdraví

- při výkonu nebo v souvislosti s provozováním profesionálního sportu nebo při pokusu o rekordy,
- g) utrpěla-li pojištěná osoba úraz nebo poškození zdraví v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž neměla v době škodné události příslušné řidičské oprávnění, resp. pokud jí bylo řízení motorových vozidel zakázáno pravomocným rozhodnutím soudu nebo správním orgánem,
- h) v souvislosti s těhotenstvím pojištěné osoby, porodem a v době, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství, anebo v souvislosti s asistovanou reprodukcí,
- i) v důsledku a v souvislosti psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu,
- j) v souvislosti s provozováním sportů, při nichž se používají motorová nebo bezmotorová letadla a létací stroje, dvoustopá a jednostopá vozidla, včetně jízdních kol použitých při organizované soutěži, dále v souvislosti s výkonem horolezeckého sportu, jezdeckých, potápěčích, dálkových plaveb a při provozování tzv. „adrenalinových sportů“, jako je např. bungee-jumping, canyoning, sky-surfing a další,
- k) pro degenerativní onemocnění páteře a zádového svalstva, jejich přímé a nepřímé důsledky (VAS) a komplikace,
- l) v důsledku únavového syndromu a v souvislosti s ním,
- m) v důsledku a v souvislosti s nakažením pohlavní nemocí anebo virem HIV,
- n) v důsledku onemocnění pojištěné osoby, 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,
- o) při pobytu pojištěné osoby v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráček závislosti, dále při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech,
- p) v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých a v případě zdravotních prohlídek a hospitalizací, které si pojištěná osoba sama vyžádá,
- q) v případech, kdy pojištěná osoba odmítla vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistovna určila, nebo se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavila či se vyšetřit nenechala; výluka z pojištění nastává dnem bezprostředně následujícím po dni, kdy tyto skutečnosti nastaly,
- r) končí-li pracovní neschopnost dnem, který určí lékař stanovený pojistovnou, končí tímto dnem i povinnost pojistovny plnit,
- s) pojistovna nebo příslušný orgán státní správy či zaměstnavatel zjistil, že pojištěná osoba porušila léčebný režim; výluka z pojištění nastává dnem, kdy tyto skutečnosti byly zjištěny,
- t) pojištěná osoba ukončila nemocniční léčbu na vlastní žádost (revers); výluka z pojištění nastává dnem bezprostředně následujícím po dni, kdy pojištěná osoba odmítla další nemocniční léčbu.

2. Pojištění nezaměstnanosti se nevztahuje (a pojistovna za ně neposkytuje pojistné plnění) na škodné události, kdy je pojištěná osoba zařazena do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce po rozvázání pracovního poměru:
 - a) které bylo pojištěné osobě oznámeno zaměstnavatelem před sjednáním počátkem pojištění nezaměstnanosti, i když k rozvázání pracovního poměru došlo v pojistné době,
 - b) výpovědí zaměstnavatele, nesplňuje-li zaměstnanec předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce nebo nesplňuje-li bez zavinění zaměstnavatele požadavky pro řádný výkon této práce,
 - c) výpovědí zaměstnavatele, jsou-li u zaměstnance dány důvody, pro které by s ním zaměstnavatel mohl okamžitě zrušit pracovní poměr, nebo pro závažné porušení povinností vyplývajících z právních předpisů,
 - d) okamžitým zrušením pracovního poměru ze strany zaměstnavatele ve smyslu zákoníku práce,
 - e) sjednání na dobu určitou v době před počátkem pojištění nezaměstnanosti nebo za trvání pojištění nezaměstnanosti,
 - f) ve zkušební době,
 - g) dohodou, s výjimkou případů rozvázání pracovního poměru dohodou dle čl. 5 odst. 10 písm. a) VPPZDR.
3. Pojištění nezaměstnanosti se u osob samostatně výdělečně činných nevztahuje (a pojistovna za ně neposkytuje pojistné plnění) na případy:
 - a) přerušeni podnikání,
 - b) ukončení podnikání, oznámené příslušnému živnostenskému úřadu, z důvodů závislých na vůli pojištěné osoby, a to i v případech, kdy povinnost učinit příslušný úkon vyplývá z obecně závazného právního předpisu,
 - c) zrušení nebo pozastavení živnostenského oprávnění živnostenským úřadem podle zákona o živnostenském podnikání¹³,
 - d) kdy soudem nebo správním orgánem nebo rozhodnu-

tím stavovské korporace či profesního sdružení¹⁴ bylo rozhodnuto o odejmutí nebo pozastavení oprávnění pojištěné osoby k podnikání, a to na základě jejího zavinění spočívajícího ve spáchání trestného činu, správního deliktu anebo přestupku.

4. Pojistovna dále neposkytuje pojistné plnění:
 - a) za dobu trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti pojištěné osoby do oznámení vzniku pojistné události v případě, že oznámení pojistné události nebylo učiněno způsobem a ve lhůtě uvedené v čl. 14 odst. 3 VPPZDR; v tomto případě vzniká právo na pojistné plnění za uplynulých 30 kalendářních dní až dnem následujícím po oznámení pojistné události,
 - b) za dobu trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti pojištěné osoby, kterou pojištěná osoba nedoložila potvrzením o dalším trvání pracovní neschopnosti či nezaměstnanosti podle čl. 19 odst. 2 VPPZDR, nebo kterou nedoložila doklady, jež si pojistovna v rámci šetření pojistné události vyžádala, k jejichž doručení pojistovnou osobu vyzvala a na důsledek spojené s nesplněním povinností pojištěnou osobu písemně upozornila.

Článek 12

Oprávněnost pojistného plnění

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

Článek 13

Šetření pojistných událostí

1. Pojistovna je povinna 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 jí byla pojistná událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.
2. Nemůže-li pojistovna šetření pojistné události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojistné události, je povinna oprávněné osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit, a je-li dán právní důvod poskytnutí pojistného plnění, poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
3. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistovna skončila šetření nutné ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
4. Pojistné plnění je pojistovna povinna poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky vymezené v pojistné smlouvě a VPPZDR.
5. Pojistovna není v prodlení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěná osoba, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou anebo na základě VPPZDR zavázali plnit při pojistné události.
6. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z nějakého důvodu nenáleželo, potom je tato osoba povinna pojistné plnění, které jí bylo neprávem vyplaceno, vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.
7. Pojistovna při šetření pojistné události vychází zejména z kopií smluvních a dalších dokumentů (pracovní smlouvy, výpisy z příslušného registru), na základě kterých lze prokázat, že pracovní poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti pojištěné osoby trval nejméně celych 12 měsíců bezprostředně předcházejících měsíci, v němž bylo pojištění nezaměstnanosti sjednáno, jakož i kopií dalších dokladů, na základě kterých lze prokázat zánik pracovního poměru nebo důvod ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti, případně další dokumenty, které si pojistovna vyžádá.
8. Pojistovna má rovněž právo při šetření pojistné události vyžádat si na pojištěné osobě příslušné smlouvy a ostatní právní ujednání, na základě kterých vznikla pojištěné osobě povinnost hradit stále platby.

Článek 14

Oznámení pojistné události

1. Pojistná událost z pojištění pracovní neschopnosti musí být pojistovně doložena dokladem o pracovní neschopnosti.
2. Pojistná událost z pojištění nezaměstnanosti musí být pojistovně doložena dokladem o nezaměstnanosti.
3. Pojistnou událost podle odst. 1 a 2 tohoto článku, včetně doložení požadovaných dokladů, je pojištěná osoba povinna pojistovně písemně oznámit nejpozději do skončení karenční doby, a to na formulář „Oznámení pojistné události“ dostupném na internetových stránkách pojistovny nebo na obchodních místech České pojistovny a.s.

¹¹ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění. Nabytím účinnosti novely zákona o důchodovém pojištění č. 306/2008 Sb. se od 1. ledna 2010 částečným invalidním důchodem rozumí invalidní důchod pro invaliditu

druhého stupně a plným invalidním důchodem se rozumí invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně.

¹² Viz ustanovení § 50 zákona

¹³ Viz ustanovení § 58 odst. 1 písm. a), d) a odst. 2 až 4, § 59 zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění

¹⁴ Např. České advokátní komory, Komory daňových poradců ČR a další

Nebyde-li pojistná událost v tomto termínu pojišťovně oznámena, je pojišťovna oprávněna postupovat podle čl. 11 odst. 4 písm. a) VPPZDR.

Článek 15 Pojistné plnění

1. Právo na pojistné plnění z pojištění vznikne oprávněné osobě.
2. Pojistné plnění z jedné pojistné události je vypláceno tak, že dnem následujícím po uplynutí karenční doby vzniká právo na pojistné plnění za uplynulých 30 kalendářních dnů. Právo na další (opakované) pojistné plnění dále vzniká vždy dnem následujícím po uplynutí dalších 30 kalendářních dnů trvání práva na pojistné plnění od vzniku předchozího nároku na pojistné plnění, nejdéle však do konce doby ručení. Pojišťovna je povinna poskytnout pojistné plnění v doloženém a prokázaném rozsahu.
3. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, poskytuje pojišťovna pojistné plnění v průměrné výši stálých plateb pojištěné osoby, které pojištěná osoba vynaložila v době hodnocení. Plnění náleží oprávněné osobě v poměru uvedeném v pojistné smlouvě jako podíl pojištěné osoby na stálých platbách domácnosti, a to jen po dobu trvání pojištění.
4. V případě souběhu škodných událostí z pojištění pracovní neschopnosti a z pojištění nezaměstnanosti plní pojišťovna z pojištění pracovní neschopnosti jen v případě, že pracovní neschopnost pojištěné osoby nastane jako první v pořadí, a pojistné plnění poskytuje jen do vzniku práva na pojistné plnění z pojištění nezaměstnanosti. V ostatních případech souběhu škodných událostí plní pojišťovna jen z pojištění nezaměstnanosti.

Článek 16 Snížení výše pojistného plnění

Pojišťovna je oprávněna pojistné plnění snížit:

- a) přiměřeně, porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěná osoba některou z povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
- b) úměrně, pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.

Článek 17 Měna pojistného plnění

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

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉ OSOBY A POJISTNÍKA

Článek 18 Oznamovací a další povinnosti

1. Pojistník, a pokud není pojistník a pojištěná osoba jedna osoba, tak i pojištěná osoba jsou povinni pojišťovně písemně oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů týkajících se pojistníka nebo pojištěné osoby anebo skutečnosti rozhodných pro trvání pojištění ve smyslu čl. 8 VPPZDR, a dále pojišťovně ve sjednaných lhůtách oznámit splnění podmínek stanovených zákonem nebo VPPZDR, uplatní-li právo na pojistné plnění¹⁵.
2. Úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězené písemné dotazy pojišťovny mohou mít za následek snížení pojistného plnění, odstoupení pojišťovny od pojistné smlouvy¹⁶ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy¹⁷.
3. Pojistník je dále povinen oznámit pojišťovně uzavření pojistné smlouvy na stejné pojistné nebezpečí s jinou pojišťovnou.
4. Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojištěná osoba nebo oprávněná osoba povinni oznámit pojišťovně, mohou být dohodnuty v pojistné smlouvě. Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojišťovně.

Článek 19

Součinnost pojištěné osoby při šetření pojistné události

1. Právo na plnění uplatňuje pojištěná osoba (oprávněná osoba) včasným předložením dokladů o pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti, jakož i dalšími doklady, které si pojišťovna vyžádá.
2. Právo na další (opakované) pojistné plnění lze uplatnit pouze tehdy, jsou-li doklady o trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti doručeny pojišťovně do vzniku práva na další (opakované) pojistné plnění ve smyslu čl. 15 odst. 2 VPPZDR.
3. Pojištěná osoba, pojistník a případně oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojišťovně, a to včetně osob zmocněných pojišťovnou, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu závislé nebo samostatné výdělečné činnosti, doby, po kterou je pojištěná osoba vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání, jakož i dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojišťovny plnit, a poskytnout pojišťovně při šetření pojistné události nezbytnou součinnost.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 20 Zkoumání zdravotního stavu

1. Pojišťovna je oprávněna zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěné osoby¹⁸ při uzavírání pojistné smlouvy, při změně pojištění a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných s jejím souhlasem od lékařů, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčíla nebo ve kterých se její zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojišťovna sama určí. Zjišťování zdravotního stavu pojišťovna provádí prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.
2. Opodstatněnost pracovní neschopnosti může pojišťovna přezkoumat ve zdravotnickém zařízení, které určí. V konkrétním případě může stanovit nezbytnou délku pracovní neschopnosti, a tím i rozsah pojistného plnění; účastníci pojištění 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 účastníka pojištění, který si zpracování zdravotního posudku vyžádá.
3. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěná osoba při uzavření pojistné smlouvy nebo na základě vyžádání pojišťovny.
4. Pojištěná osoba je povinna umožnit pojišťovně získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojišťovna vyžádá.
5. Pojištěná osoba je povinna podrobit se na požádání pojišťovny vyšetření u lékaře písemně určeného pojišťovnou, a to ve lhůtě stanovené pojišťovnou. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, je povinna pojišťovnu včas (před termínem vyšetření) prokazatelně informovat o důvodech, které jí brání ve splnění této povinnosti a dohodnout s pojišťovnou náhradní termín vyšetření.
6. Skutečnosti, o kterých se pojišťovna při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze za účelem plnění závazků ze sjednaného pojištění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěné osoby.

PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 21 Přerušování pojištění

Ustanovení zákona upravující přerušování pojištění v důsledku neuhrazení pojistného¹⁹ se pro pojištění nepoužijí.

DORUČOVÁNÍ

Článek 22 Doručování

1. Písemnosti týkající se pojištění jsou doručovány:
a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvlášť-

- a) osobně zaměstnanec nebo pověřenou osobou odesílatele, nebo
 - b) osobně zaměstnanec nebo pověřenou osobou odesílatele, nebo
 - c) elektronicky, podepsané podle zvláštních předpisů.
2. Písemnost lze doručovat elektronicky (např. datovou schránkou, elektronickou zprávou opatřenou zaručeným elektronickým podpisem odesílatele založeným na kvalifikovaném certifikátu vydaném kvalifikovaným poskytovatelem certifikačních služeb).
 3. Nebyl-li adresát zastížen, doručovatel uloží písemnost pojišťovny v místně příslušné provozovně držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 dnů ode dne jejího uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
 4. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy její přijetí bylo adresátem odmítnuto.
 5. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž o tom informoval pojišťovnu, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy byla zásilka pojišťovně vrácena jako nedoručená.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 23 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 musejí mít písemnou formu.
3. Úkonem ve smyslu odst. 2 tohoto článku se rozumí též dotazy pojišťovny, týkající se jak zdravotního stavu, výkonu povolání a sportovních aktivit pojištěné osoby, tak i případně další dotazy na toho, kdo s pojišťovnou sjednává pojištění, a odpovědi na ně.

Článek 24 Příslušnost soudu a práva

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

Článek 25 Náhrada nákladů

1. Pojišťovna má právo na náhradu vynaložených nákladů a poštovného za upomínání dlužného pojistného.
2. Pojišťovna má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojišťovna v aktualizovaném Sazebníku zpoplatněných úkonů, přístupném v místě jejího sídla. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek, a není-li započtení možné, je splatná předem.

Článek 26 Uplatnění pojistných podmínek

1. Právní vztahy účastníků pojištění se řídí zákonem, VPPZDR a pojistnou smlouvou.
2. Od ustanovení všech článků VPPZDR se lze v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění. V případě rozporu má přednost úprava obsažená v pojistné smlouvě.

Tyto všeobecné pojistné podmínky pro pojištění stálých plateb byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 25. 9. 2009.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 11. 2009.

¹⁵ Viz ustanovení § 4 odst. 2 a 3 zákona
¹⁶ Viz ustanovení § 23 zákona

¹⁷ Viz ustanovení § 24 zákona
¹⁸ Viz ustanovení § 50 zákona

¹⁹ Viz ustanovení § 18 zákona