

# Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob 02/2014

## Obsah

### A. OBECNÁ ČÁST

- I. Úvodní ustanovení
- II. Výkladová ustanovení
- III. Rozsah pojištění
- IV. Výluky z pojištění
- V. Pojistné plnění
- VI. Vznik, trvání a zánik pojištění
- VII. Pojistné
- VIII. Důsledky neplacení pojistného
- IX. Povinnosti z pojištění
- X. Právní jednání a oznámení
- XI. Doručování písemností
- XII. Vinkulace
- XIII. Podmínky postoupení smlouvy, postoupení práv
- XIV. Oprávnění pojistitele

### B. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

- XV. Pojištění pro případ smrti
- XVI. Pojištění pro případ dožití
- XVII. Pojištění pro případ smrti nebo dožití
- XVIII. Pojištění závažných onemocnění
- XIX. Pojištění pro případ invalidity
- XX. Úrazové pojištění

## A. OBECNÁ ČÁST

### I. ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1. Česká pojišťovna a.s., se sídlem Spálená 75/16, Praha 1, Česká republika, IČ 45272956, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1464, (dále jen „**Pojistitel**“), poskytuje pojištění v souladu se zákonem č. 277/2009 Sb. o pojišťovnictví, v platném znění. Tyto Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob 02/2014 (dále jen „**VPP PO**“) upravují podmínky pojištění osob a jsou účinné od 1. 7. 2014.
2. Práva a povinnosti z pojištění se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění (dále jen „zákoník“), především ustanovení §§ 2758 – 2872, těmito VPP PO, příslušnými doplňkovými pojistnými podmínkami (dále jen „DPP“), Sazebníkem poplatků, Oceňovacími tabulkami a pojistnou smlouvou.
3. Ujednání v pojistné smlouvě odchylicí se od zákoníku, těchto VPP PO nebo DPP mají přednost. Ustanovení DPP mají přednost před ustanoveními VPP PO.
4. Pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné. Pojistnou smlouvou lze sjednat více druhů pojištění.

### II. VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Tato výkladová ustanovení se vztahují k pojmům použitým v těchto VPP PO, příslušných DPP a v pojistné smlouvě.

**Běžným pojistným** se rozumí pojistné ujednané na pojistné období.

**Pojistným obdobím** se rozumí ujednané časové období, za které se platí běžné pojistné.

**Jednorázovým pojistným** se rozumí pojistné ujednané na celou dobu, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno.

**Mimořádným pojistným** se rozumí běžné pojistné uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec ujednaného běžného pojistného. Datem splatnosti mimořádného pojistného je den připsání tohoto pojistného na účet pojistitele.

**Rizikovým pojistným** se rozumí úplata za pojištění pro případ smrti, závažných onemocnění, kritických onemocnění, úrazového pojištění nebo jiného pojištění sjednaného pojistnou smlouvou, s výjimkou pojistného za pojištění pro případ dožití.

**Zúčtovacím obdobím** se rozumí jeden měsíc. Počátek zúčtovacího období se stanoví na den v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl ujednan jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně počátek zúčtovacího období na poslední den měsíce. Zúčtovací období končí v den předcházející dni v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl stanoven jako den počátku zúčtovacího období.

**Pojistným rokem** se rozumí běžný rok, který počíná běžet v den počátku pojištění a dále vždy ve výroční den pojištění a který končí jeden den před výročním dnem pojištění.

**Výročním dnem pojištění** se rozumí 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.

**Pojištěným** v úrazovém pojištění se rozumí pojištěný/pojištěné dítě uvedený ve smyslu zákoníku navíc označený pořadovým číslem.

**Sazebníkem poplatků** se rozumí seznam úhrad za služby poskytované pojistitelem. Rozhodnou je výše podle sazebníku platného v den provedení zpočítávaného úkonu.

**Oceňovacími tabulkami** se rozumí tabulky pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění, podle nichž pojistitel určuje výši pojistného plnění v úrazovém pojištění.

## III. ROZSAH POJIŠTĚNÍ

### 1. Pojistná událost

#### A. Životní pojištění

**A.1.** Pojistnou událostí v životním pojištění je smrt pojištěného nebo dožití se pojištěného dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění či počátek výplaty důchodu, vznik závažného onemocnění, vznik invalidity příslušného stupně nebo jiná skutečnost, uvedená v pojistné smlouvě.

**A.2.** Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.

#### B. Úrazové pojištění

**B.1.** Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Pro účely úrazového pojištění se poškozením zdraví rozumí tělesné poškození, které je uvedeno v oceňovacích tabulkách pojistitele.

**B.2.** Pojistitel plní i za poškození zdraví, které bylo pojištěnému způsobeno

- a) nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu,
- b) zhoršením následků úrazu nemocí, již pojištěný trpěl před úrazem,
- c) místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem a nákazovou tetanou při úrazu,
- d) diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu.

**B.3.** Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.

**B.4.** Pojištění se nevztahuje na úraz pojištěného, ke kterému dojde při činnosti vyloučené v těchto VPP PO, DPP nebo pojistné smlouvě.

### 2. Pojistné nebezpečí

V pojištění osob je pojem pojistné nebezpečí, jakožto možná příčina vzniku pojistné události, obsahově shodný s vymezením pojistné události u jednotlivých pojištění.

### 3. Obnosové pojištění

Životní a úrazové pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.

## IV. VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

### A. Obecné výluky z pojištění

Z pojištění nevzniká právo na plnění z událostí, k nimž dojde:

1. v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítelce, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučními událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodní mírovou misí, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu,
2. v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách.

Je-li sjednáno pojištění pro případ dožití, případ smrti nebo dožití nebo důchodové pojištění, pak v případě smrti pojištěného pojistitel vyplatí oprávněné osobě rezervu pojištěného nebo kapitálovou hodnotu, podle toho, co je ujednáno v pojistné smlouvě.

**B. Výluky ze životního pojištění (nad rámec výluk uvedených v písmenu A. tohoto bodu)**

3. Zemřel-li 1. pojištěný, jde-li o pojistnou smlouvu s více pojištěnými nebo pojištěný, jde-li o pojistnou smlouvu pouze s jedním pojištěným, v prvních dvou letech trvání pojištění následkem sebevraždy, zanikají bez práva na plnění všechna pojištění sjednaná pojistnou smlouvou.

**C. Výluky z úrazového pojištění (nad rámec výluk uvedených v písmenu A. tohoto bodu)**

Z pojištění nevzniká právo na plnění za:

4. odchlípení (amoce) sítnice; vznik a zhoršení kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, aseptických zánětů pochv šlachových, úponů svalových, tíhových váčků, zánětů synoviální blány kloubu (synovitid); zánětlivé, popř. ponáhavé postižení svalových úponů (epikondylitid) např. tenisový loket; výřez meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně bolesti majících původ v degenerativních změnách páteře (vertebrogenických algických syndromů); psychické újmy. Výluky platí taktéž v případech, kdy tyto obtíže byly vyvolány úrazem,
5. infekční nemoc, i když byla přenesena zraněním, a pracovní úraz a nemoc z povolání, pokud nemají povahu úrazu, jak je vymezen v těchto VPP PO,
6. následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
7. zhoršení nebo projevení se nemoci v důsledku úrazu, včetně zhoršení či projevení se obtíží majících původ v úbytku řádné funkce buněk zejména stárnutím (degenerativní změny),
8. sebevraždy, pokus o ni ani úmyslné sebepoškození; pojistitel vyplatí pojistné plnění ve výši jedné poloviny, zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt anebo jímž jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti,
9. úraz v souvislosti nebo v důsledku přímého nebo nepřímého působení jaderné energie,
10. úraz v souvislosti s řízením motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně; ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec, přípravou se rozumí jakákoli aktivita pojištěného související s motorovým vozidlem nebo motocyklem (např. jízda na tréninkových tratích, ve volném terénu), včetně jeho údržby,
11. úraz pojištěného, je-li pojištěný pilotem nebo jiným členem posádky letadla s výjimkou toho, vykonává-li tuto činnost jako své povolání na palubě dopravního letadla letecké společnosti přepravujícího osoby nebo náklad,
12. úraz pojištěného při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závažném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadla i z výšin,
13. úraz pojištěného při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lvu spojeném s jízdou na koni, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, megadiving, 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 adrenalinových sportů pojistitel zveřejňuje na svých internetových stránkách v návaznosti na vývoj adrenalinových sportů,
14. úraz pojištěného v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řídičské oprávnění,
15. patologickou zlomeninu včetně zlomeniny v důsledku osteoporózy, vrozené lomovitosti kostí nebo metabolických poruch; únavové zlomeniny a vykloubení kloubu v důsledku vrozených vad a poruch. Patologickou zlomeninou se rozumí zlomenina v místě poškozené kosti jakýmkoli procesem (cysta, nádor, osteoporosa). Osteoporosou se rozumí onemocnění kostí charakterizované úbytkem kostní hmoty, tj. demineralizace jakéhokoli původu (poruchy metabolismu, po užívání léků, stařecká). Únavovou zlomeninou se rozumí zlomení kosti bez mechanismu úrazu (např. vlivem dlouhého pochodu). Vykloubením kloubu v důsledku vrozených vad a poruch (například habituální luxace) se rozumí vykloubení v důsledku vrozené nestability kloubu, například nepoměr jamky a hlavičky kloubu, onemocnění vazivového aparátu nebo svaloviny,
16. úraz, k němuž dojde v důsledku nebo v souvislosti s jízdou pojištěného na motocyklu, čtyřkolce či jiném obdobném vozidle, jestliže jízda probíhala na soukromém pozemku (tj. zejména mimo pozemní komunikaci), to neplatí pro případy, kdy pojištěný prokáže, že pro řízení příslušného vozidla vlastnil odpovídající řídičské oprávnění.

### D. Snížení plnění pojistitele v životním pojištění

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

### E. Snížení plnění pojistitele v úrazovém pojištění

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z úrazového pojištění až o jednu polovinu v případech, kdy pojištěný nedodržel povinnosti vyplývající ze zákona nebo obecně závazného právního předpisu nebo nařízení (např. nepoužil bezpečnostní pás v autě, nerespektoval výstrahu horské služby apod.), neoznámil bez zbytečného odkladu vznik pojistné události.

## V. POJIŠTNÉ PLNĚNÍ

### 1. Definice pojistného plnění

- 1.1. Pojistné plnění z pojištění osob poskytne pojistitel v penězích, je splatné v České republice a v české měně, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
- 1.2. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů ode dne skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit.

### 2. Oprávněná osoba

Oprávněnou osobou se rozumí pojištěný nebo obmyšlený, případně jiná osoba, která má právo na pojistné plnění. Oprávněná osoba je stanovena těmito VPP PO, příslušnými DPP nebo je ujednána v pojistné smlouvě. Určit obmyšleného vztahem lze pouze takto: manžel, manželka, děti, syn, dcera, rodiče, matka, otec. Určení obmyšleného je vždy odvolatelné.

### 3. Pojistná částka

Pojistitel stanoví pro jednotlivé druhy a sazby pojištění minimální a maximální pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

Pojistné částky pro jednotlivá pojištění jsou ujednány v pojistné smlouvě v české měně.

### 4. Určení způsobu a výše plnění

- 4.1. Z pojištění pojistitel poskytne jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky nebo kapitálové hodnoty, opakované plnění ve výši ujednaného denního plnění, opakované plnění ve výši ujednané pojistné částky, nebo vyplácí důchod, pokud bude jeho vyplácení dohodnuto s oprávněnou osobou, a to za podmínek stanovených těmito VPP PO, DPP a pojistnou smlouvou.
- 4.2. Bylo-li v pojistné smlouvě ujednáno plnění ve formě důchodu, důchod se vyplácí v ujednaných obdobích, a to předem.
- 4.3. Právo na výplatu důchodu vzniká prvního dne měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém došlo k pojistné události.
- 4.4. Důchod se vyplácí oprávněné osobě po dobu ujednanou v pojistné smlouvě.

## VI. VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

### 1. Odchytky od zákonné úpravy kontraktace

Pojistná smlouva je uzavřena v okamžiku, kdy přijetí nabídky na její uzavření nabývá účinnosti a vyžaduje písemnou formu. Pojistitel předem vylučuje přijetí nabídky s dodatkem nebo odchylkou.

- 1.1. Nabídka pojistitele nelze přijmout zaplacením pojistného. K platnosti smlouvy se vyžaduje podpis smluvních stran.
- 1.2. Pokud je pojistná smlouva uzavřena prostřednictvím prostředku komunikace na dálku, lze nabídku pojistitele též přijmout včasným zaplacením pojistného. Pojistná smlouva je uzavřena zaplacením pojistného na účet pojistitele ve výši uvedené v nabídce. Zaplacením pojistného se rozumí jeho připsání na účet pojistitele.

### 2. Vznik pojištění (pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění)

- 2.1. Pojistnou dobu se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistnou dobu lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- 2.2. Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li ujednáno, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.
- 2.3. U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.

### 3. Změny pojištění

- 3.1. Účinnost změny pojištění lze ujednat nejdříve ode dne následujícího po uzavření dohody o změně pojištění.
- 3.2. Při změně pojištění je pojištěl oprávněn zkoumat zdravotní stav pojištěného.
- 3.3. V případě změny pojištění, kdy od účinnosti takové změny do konce pojištění nezbyvá celý počet let, může být změna podmíněna dohodou o novém konci pojištění.
- 3.4. Pojištění osob se nepřerušuje.

### 4. Zánik pojištění

- 4.1. Pojištění zaniká dle zákoníku:
  - a) uplynutím pojistné doby,
  - b) marným uplynutím lhůty pro zaplacení pojistného,
  - c) dohodou,
  - d) výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, v případě, že je pojistné období jeden měsíc, dojde k zániku pojištění až ke konci toho pojistného období, v němž uplyne 6 týdnů od podání výpovědi, pojistitel nemůže vypovědět životní pojištění,
  - e) výpovědí pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy,

- f) výpovědí pojistitele nebo pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události,
- g) výpovědí pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmene nebo jeho části podle zvláštního právního předpisu nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojistitele,
- h) výpovědí pojistníka do 2 měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko zakázané v zákoníku,
- i) odstoupením od pojistné smlouvy,
- j) odmítnutím plnění,
- k) vylacením odkupného,
- l) smrtí pojištěné osoby,
- m) zánikem pojistného zájmu,
- n) způsoby uvedenými v zákoníku, DPP nebo pojistné smlouvě.

Důvody, podmínky a lhůty zániků pojištění jsou uvedeny v zákoníku a DPP.

- 4.2. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží pojistiteli celé.
- 4.3. Pokud pojištění zaniklo odstoupením od pojistné smlouvy podle § 2808 zákoníku, tato smlouva se od počátku ruší. Pojistitel je povinen nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, nahradit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění.  
Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
- 4.4. Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojistné pojistitel nevrací.
- 4.5. V případě, že pojištění zaniklo, nikoliv však v důsledku pojistné události, (zánik pojistného zájmu atd.), pojistitel vyplácí pojistníkovi odkupné za podmínky, že pojistníkovi vznikl nárok na odkupné.

### 5. Odkupné u pojištění pro případ dožití nebo pro případ smrti nebo dožití, důchodového pojištění

- 5.1. Pokud bylo u pojištění pro případ dožití nebo pro případ smrti nebo dožití, důchodového pojištění za běžné pojistné zaplacené pojistné alespoň za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojistné ujednané na dobu delší než jeden rok nebo o pojištění s redukovanou pojistnou částkou nebo o pojištění se zaplaceným předplaceným pojistným na celou pojistnou dobu, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupného. Právo na odkupné není u pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovenou dobu, na dobu neurčitou, ani u důchodového pojištění, ze kterého se již vyplácí důchod, pokud v pojistné smlouvě nebylo ujednáno jinak.
- 5.2. Pojištění zaniká dnem, kdy pojistitel odkupné vyplatil v hotovosti nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.
- 5.3. Pojistník může v pojištění pro případ smrti nebo dožití o odkupné požádat nejpozději 15 pracovních dní před ujednaným koncem pojištění.
- 5.4. Výši odkupného pojistitel stanoví podle pojistné matematických zásad, které specifikuje v informacích před uzavřením pojistné smlouvy.
- 5.5. U jiných pojištění nevzniká právo na výplatu odkupného.

## VII. POJIŠTNÉ

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

6. Další běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období.
7. Přispívá-li na pojistné zaměstnavatel, pojistné je považováno za zaplacené, je-li uhrazena jak část pojistného hrazená pojistníkem, tak část pojistného hrazená zaměstnavatelem.
8. Dluží-li pojistník pojistné za více pojistných období a zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení dluhu, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období.
9. Pojistitel má právo na náhradu nákladů na upomínání o zaplacení pojistného, které nebylo včas a řádně zaplacené.
10. Má-li pojistník plnit pojistné, poplatky a příslušenství pohledávky dlužného pojistného, započte se plnění pojistníka nejprve na dlužné pojistné, a to vždy nejprve na nejdříve splatné pojistné, resp. splátku pojistného, poté na poplatky v pořadí podle jejich splatnosti, pak na náklady spojené s vymáháním dlužného pojistného a nakonec na úrok z prodlení. Poplatky, náklady spojené s vymáháním dlužného pojistného ani úrok z prodlení se neúčtí.

## VIII. DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJIŠTNÉHO U POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD DOŽITÍ NEBO PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ, DŮCHODOVÉHO POJIŠTĚNÍ – REDUKCE

1. Pokud bylo u pojištění pro případ dožití nebo pro případ smrti nebo dožití, důchodového pojištění za běžné pojistné zaplacené pojistné alespoň za dva roky nebo bylo zaplacené předplacené pojistné za celou pojistnou dobu a pokud nebylo běžné pojistné za další pojistné období zaplacené v stanovené lhůtě, mění se pojištění na pojištění se sníženou pojistnou částkou (redukcí pojistné částky), se sníženým důchodem (redukcí důchodu), a to bez povinnosti platit další pojistné.
2. Pokud redukována pojistná částka je menší než 1 500 Kč, případně snížený roční důchod je menší než 250 Kč, mění se pojištění na pojištění se zkrácenou pojistnou dobou (redukcí pojistné doby), jejímž uplynutím pojištění zaniká.
3. Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovený počet let, pro neplacení pojistného zaniká.
4. K redukcí dojde v 00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty, jejímž uplynutím jinak pojištění zaniká pro neplacení pojistného.
5. Redukovanou pojistnou částku, snížený důchod nebo zkrácenou pojistnou dobu pojistitel stanoví podle pojistné matematických zásad, které specifikuje v informacích před uzavřením pojistné smlouvy.

## IX. POVINNOSTI Z POJIŠTĚNÍ

1. Oprávněná osoba je povinna předložit při oznámení pojistné události doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.
2. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, nemá pojištěný ani oprávněná osoba právo na úhradu nákladů vynaložených v souvislosti se šetřením pojistné události.
3. Povinnosti pojištěného v úrazovém pojištění je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, a vyžaduje-li to pojistitel, předložit požadované doklady nebo dát se vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí. V případě pozdního ošetření, které mělo vliv na délku léčby a rozsah trvalých následků, má pojistitel právo pojistné plnění přiměřeně snížit.
4. V případě pochybností je povinností pojištěného v úrazovém pojištění prokázat, že k úrazu došlo a za jakých okolností.

## X. PRÁVNÍ JEDNÁNÍ A OZNÁMENÍ

1. Veškerá právní jednání, jakož i oznámení týkající se pojištění vyžadují písemnou formu, není-li dále uvedeno jinak.
2. Písemnou formu nevyžaduje:
  - a) oznámení pojistné události; s výjimkou pojistné události dožití se sjednaného konce pojištění,
  - b) oznámení změny jména nebo příjmení pojistníka, resp. pojištěného, změny poštovní adresy, elektronické adresy, telefonu,
  - c) projevnutí nesouhlasu s úpravou výše pojistného pojistníkem.
3. Nad rámec právních jednání uvedených v bodu 2 tohoto článku je pojistitel oprávněn předložit a pojistník je oprávněn přijmout nepísemnou formou návrh změny pojistné smlouvy či dohody o zániku pojištění. Pojistitel potvrdí pojistníkovi obsah uzavřené dohody písemně.
4. Pojistník je dále oprávněn činit nad rámec právních jednání uvedených v bodu 2 tohoto článku písemnou formou jakékoliv další právní jednání vůči pojistiteli, které je návrhem změny pojistné smlouvy, návrhem dohody o zániku pojištění nebo návrhem jiného dvoustranného právního jednání týkajícího se pojištění. Takový nepísemný návrh pojistníka je přijat v okamžiku, kdy je pojistníkovi doručeno souhlasné právní jed-

nání pojistitele v písemné formě nebo potvrzení pojistitele o přijetí návrhu pojistníka v písemné formě.

5. Pojistník, pojištěný a oprávněná osoba jsou dále oprávněni činit nad rámec oznámení uvedených v bodu 2 tohoto článku nepísemnou formou jakékoliv další oznámení týkající se pojištění. Takové nepísemné oznámení se považuje za platné 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 na telefonním čísle pojistitele k tomuto účelu zřízeném, pomocí elektronického formuláře uvedeného na oficiálních internetových stránkách pojistitele nebo elektronicky na elektronickou adresu pojistitele k tomuto účelu zřízenou.
7. Právní jednání nebo oznámení obsažené v příloze elektronické zprávy ve formátu pdf nebo jiném obdobném 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 pojišťovnictví.

## XI. DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ

1. Písemnostmi se rozumí právní jednání nebo oznámení, týkající se pojištění, které je napsáno a podepsáno. Může mít listinnou nebo elektronickou podobu.
2. Písemnostmi si smluvní strany doručují:
  - a) při osobním styku jejich předáním a převzetím;
  - b) prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky;
  - c) 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.
3. 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.
4. 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.
5. Písemnost odeslaná na poštovní adresu s využitím provozovatele poštovních služeb je doručena dnem dojití; v pochybnostech se má za to, že došla třetí pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státě, pak patnáctý pracovní den po odeslání. Nemá-li ujednáno jinak, určuje druh takové písemnosti (např. obyčejná zásilka, doporučená zásilka apod.) odesílatel.
6. 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.
7. Poruší-li některá smluvní strana bez omluvitelného důvodu povinnost sdělit změny a oznámit novou poštovní nebo elektronickou adresu, považuje se toto jednání za zmaření dojití a písemnost doručovaná na poštovní adresu se považuje za doručenu třetí pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státě, pak patnáctý pracovní den po odeslání, a písemnost odesílatele doručovaná na elektronickou adresu se považuje za doručenu dnem jejího odeslání odesílatelem, i když adresát neměl možnost se s obsahem písemnosti seznámit.
8. Odmítne-li adresát písemnost doručovanou na poštovní adresu přijmout, hledí se na písemnost jako na doručenu dnem, ve kterém bylo její přijetí odepřeno, neboť adresát měl možnost se s jejím obsahem seznámit.

## XII. VINKULACE

1. Lze ujednat, že pojistné plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojistné plnění nebo odkupné pojistitel vyplatí třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vin-

kulováno (vinkulační věřitel), pokud vinkulační věřitel nedá souhlas k vyplacení plnění oprávněné osobě podle pojistné smlouvy. Uhrazením plnění vinkulačnímu věřiteli, splní pojistitel svůj závazek vůči oprávněné osobě.

2. Vinkulace plnění může být provedena pouze na žádost pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, lze vinkulovat plnění jen se souhlasem pojištěného.

## XIII. PODMÍNKY POSTOUPENÍ SMLOUVY, POSTOUPENÍ PRÁV

Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba nesmí bez souhlasu pojistitele postoupit pohledávku na plnění.

## XIV. OPRAVNĚNÍ POJISTITELE

1. Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného.

Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.

2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dávají pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu osoby, která není plně svéprávná, dává její zákonný zástupce nebo opatrovník podpisem pojistné smlouvy.
3. Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

## B. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

### XV. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI

1. Z pojištění pro případ smrti pojistitel vyplatí pojistné plnění, zemřel-li pojištěný v době trvání pojištění.
2. Právo na plnění má obmyšlený (oprávněná osoba). Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby podle § 2831 zákoníku.

### XVI. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD DOŽITÍ

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

### XVII. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ

1. Z pojištění pro případ smrti nebo dožití vyplatí pojistitel pojistné plnění, zemřel-li pojištěný v době trvání pojištění nebo na základě písemné žádosti pojištěného vyplatí pojistitel pojistné plnění, jestliže se pojištěný dožije dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. dne počátku výplaty důchodu.
2. Právo na plnění v případě smrti pojištěného má obmyšlený (oprávněná osoba). Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby podle § 2831 zákoníku. Právo na plnění v případě dožití pojištěného má pojištěný.

### XVIII. POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

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

5. Ustanovení těchto VPP PO pro pojištění závažných onemocnění se použijí i pro pojištění kritických onemocnění.

## XIX. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

1. V pojištění pro případ invalidity vyplatí pojistitel pojistné plnění, pokud v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od uzavření pojistné smlouvy, byl pojištěnému přiznán podle předpisů o sociálním zabezpečení invalidní důchod pro invaliditu příslušného stupně. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod.
2. Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud invalidní důchod byl přiznán výlučně v důsledku úrazu pojištěného vymezeného dle těchto VPP PO a k němuž došlo nejdříve po sjednaném počátku pojištění.
3. Pojistitel má právo ověřovat trvání nároku pojištěného na invalidní důchod.
4. Právo na pojistné plnění z pojištění invalidity má pojistník.
5. Pojistné plnění je poskytnuto buď formou úhrady běžného pojistného, formou důchodu nebo ujednané pojistné částky, podle toho, co je ujednáno v pojistné smlouvě.
6. Pojistné plnění se vyplácí po dobu ujednanou v pojistné smlouvě.

## XX. ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

1. Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného, pojistitel vyplatí za podmínek ujednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za závažné následky úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, hospitalizaci následkem úrazu.
2. Je-li v pojistné smlouvě ujednáno plnění za smrt následkem úrazu, plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle DPP a podle výše sjednané pojistné částky.
3. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, závažné následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle DPP, oceňovacích tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události a podle výše ujednané pojistné částky.
4. Je-li v pojistné smlouvě ujednáno plnění za dobu nezbytného léčení úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle DPP, oceňovacích tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události a podle výše ujednaného denního plnění a tabulky přepočtového koeficientu uvedené v příslušných DPP.
5. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pojistitel určí výši plnění podle DPP a podle výše částky ujednaného denního plnění.
6. Právo na plnění z úrazového pojištění má pojištěný nebo pojištěné dítě. V případě smrti následkem úrazu má právo na plnění obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby podle § 2831 zákoníku.
7. Změna oceňovacích tabulek pojistitelem  
Pojistitel oznamuje pojistníkovi změnu oceňovacích tabulek vždy k 30. 9. každého roku zveřejněním na internetových stránkách a obchodních místech pojistitele. V případě, že dochází ke změně oceňovacích tabulek v jiném než výše uvedeném termínu, je pojistitel povinen o tom písemně či jiným dohodnutým prostředkem komunikace informovat pojistníka a zároveň mu umožnit seznámit se s příslušnou změnou oceňovacích tabulek na internetových stránkách či obchodních místech pojistitele. Účinnost změny oceňovacích tabulek nastává nejdříve uplynutím 2 měsíců po oznámení této změny s tím, že přesné datum účinnosti je uvedeno v oznámení o této změně.  
Pokud pojistník se změnou oceňovacích tabulek nesouhlasí, může pojištění, které je touto změnou dotčeno, vypovědět ve lhůtě 1 měsíc ode dne oznámení změny oceňovacích tabulek. Pojištění v tomto případě zaniká ke konci pojistného období, ve kterém byla pojistiteli výpověď doručena, případně ke konci dalšího pojistného období, pokud doručení výpovědi nepředcházelo alespoň 6 týdnů konec daného pojistného období. Pokud pojistník pojištění tímto způsobem nevypoví, platí, že změnu oceňovacích tabulek přijal.



# 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 (obojedné 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 náhle působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle 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), kterými 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.

**Písemnost** – 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 úmrtí

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:
  - a) musí být pojištěný 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,
  - b) 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:
  - a) musí být pojištěný občanem ČR, nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt ve smyslu platné právní úpravy na území ČR,
  - b) 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 Výluky z pojištění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění u nemoci, úrazu nebo finančních ztrát, které vznikly v souvislosti s:
  - a) válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
  - b) výtržností, 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:
  - a) 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 takového nemoci nebo úrazu vyplývajících,
  - b) u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s hráčkou závislostí,
  - c) u nemoci nebo úrazu, pokud je pojištěný nakažen virem HIV či nemocí AIDS,

- d) u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s provozováním profesionálního sportu, dále pak při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistiky, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovým potápěním s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting a další sporty obdobné rizikovitosti, bez ohledu na to, zda je sport provozován organizovaně či nikoliv; seznam adrenalinových sportů pojistitel zveřejňuje na webových stránkách v návaznosti na vývoj adrenalinových sportů,
- e) pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
- f) pokud událost souvisí se zanedbáním péče o pojištěného nebo týráním pojištěného,
- g) 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:
  - a) z finančních ztrát, které vznikly před počátkem pojištění nebo v čekací době,
  - b) z finančních ztrát vzniklých pojištěnému z uplatnění smluvních pokut, úroků z prodlení či dalších sankcí.

### POJISTNÉ PLNĚNÍ

#### Článek 6

##### Pojistná částka a hranice pojistného plnění

1. Výše pojistného plnění vyplývá z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.
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. Zvyšil-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 upřesněného v příslušných ZPP nebo DPP. Peněžité plnění je splatné v ČR a v české měně.
6. Pojistné plnění pojistitel poskytne 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, vyplácí pojistné plnění jednorázově v plné výši, 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 zavázali plnit při pojistné události.

- Bylo-li vyplaceno pojistné plnění bez právního důvodu nebo z právního důvodu, který odpadá, je ten, kdo takto získal majetkový prospěch, povinen ho vrátit, a to i tehdy, jestliže již pojištění zaniklo.
- Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba nesmí bez souhlasu pojistitele postoupit pohledávku na pojistné plnění.

## VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

### Článek 9

#### Pojistná doba a vznik pojištění

- Pojištění lze sjednat buď na dobu určitou (se sjednaným kincem pojištění), nebo na dobu neurčitou.
- 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.
- 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 podstatně podmínky nabídky, je odmítnutím nabídky a považuje se za novou nabídku.
- Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.

### Článek 10

#### Změna pojištění

- 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.
- 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.
- 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 nedohodnou, účinky změny pojištění nastávají v 00.00 hodin prvního dne bezprostředně následujícího po sjednání změny pojistné smlouvy.

### Článek 11

#### Přerušeni pojištění

- Pojištění může být během pojistné doby přerušeno dohodou smluvních stran.
- 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.
- Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušeni pojištění pojistník hradí poplatek, který představuje náklady spojené se správou pojištění a nárůst rizika za dobu přerušeni pojištění.
- Nebylo-li pojistné zaplaceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se automaticky nepřerušuje.

### Článek 12

#### Zánik pojištění

- Pojištění zaniká na základě právního jednání pojistníka nebo pojistitele v souladu s platnou právní úpravou:
  - výpovědi doručenu do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenáti výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
  - výpovědi ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období,
  - výpovědi 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 zaplaceno,
  - 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 pojištěného o odvolání souhlasu ke zpracování osobních údajů i v těch případech, kdy Zdravotní dotazník vyplňuje třetí osoba; součástí písemných dotazů jsou i dotazy na povolání vykonávané pojištěným,
  - u pojištění finančních ztrát se týká zejména sjednaných finančních závazků a jejich změn.

souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu.

- Pojištění dále zaniká:
  - uplynutím pojistné doby, je-li pojištění sjednáno na dobu určitou,
  - dnem, kdy pojištěný přestane splňovat podmínku ve smyslu čl. 4 odst. 2 písm. a) těchto VPP, je-li sjednáno pojištění pro případ nemoci,
  - dnem, kdy pojištěný přestane splňovat podmínku ve smyslu čl. 4 odst. 3 písm. a) těchto VPP, je-li sjednáno pojištění finančních ztrát,
  - 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 pojištěného,
  - 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.
- Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být ujednáno okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání.
- Zánik pojištění nastává ve 24.00 hodin dne, kdy na základě právního jednání smluvních stran nebo nastalé skutečnosti, se kterými je podle pojistných podmínek spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.

## POJIŠTĚNÍ

### Článek 13

#### Pojistné období, pojistné a splatnost pojistného

- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, a pokud není v pojistné smlouvě smluvními stranami ujednáno, je pojistným obdobím 1 měsíc.
- Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Výše a splatnost pojistného je ujednána v pojistné smlouvě v české měně.
- Běžné pojistné je splatné vždy prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Přeplatky pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, může pojistitel použít k úhradě pojistného na další pojistná období.
- Při placení pojistného je zaplaceno pojistné nejdříve splatné.
- Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, může pojistitel požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného může pojistitel požadovat náhradu vynaložených nákladů.
- Pojistitel může odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění.
- Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, případně 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

- 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 pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí 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.
- Písemné dotazy pojistitele:
  - 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 utrpěných 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,
  - u pojištění finančních ztrát se týká zejména sjednaných finančních závazků a jejich změn.

### Článek 15

#### Zjišťování zdravotního stavu

- 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:
  - zpráva zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a zdravotních pojišťoven,
  - prohlídky nebo vyšetření lékařem určeným pojistitelem.
- Pojištěný umožní pojistiteli získat veškerou zdravotnickou dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
- Pojištěný podstoupí 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.
- 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

- 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.
- Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

### Článek 17

#### Povinnosti při pojistné události

- Pojištěný nebo oprávněná osoba oznámí pojistiteli bez zbytečného odkladu, že nastala pojistná událost.
- 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.
- 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.
- Doklady předloží pojištěný nebo oprávněná osoba v českém jazyce a pojistitel si je ponechává.
- Pojištěný ani oprávněná osoba nemá právo na úhradu nákladů vynaložených v souvislosti se šetřením pojistné události.

### Článek 18

#### Následky porušení povinností

- 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.
- Bylo-li ujednáno nižší pojistné v důsledku porušení povinností 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.
- Mělo-li porušení povinností 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 pojištěný právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.

## DORUČOVÁNÍ

### Článek 19

#### Doručování písemností

- Písemnosti si smluvní strany doručují:
  - při osobním styku jejich předáním a převzetím,
  - prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky,
  - prostřednictvím akreditovaného poskytovatele certifikačních služeb na elektronickou adresu se zaručeným elektronickým podpisem,
  - s využitím provozovatele poštovních služeb na poštovní adresu, na níž se smluvní strana združuje,

- vedenou 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 neužívá, 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 dojiti; 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 místně příslušné provozovně 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. Odmítne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
  8. Oznámi-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 nebude v místě doručení zdržovat,

vat, 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 adresou 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. Právním jednáním ve smyslu odst. 1 se rozumí zejména všechna jednání nutná k uzavření pojistné smlouvy, změny a dodatky pojistné smlouvy, jednání týkající se přerušení, změny nebo zániku, jakož i písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu, výkonu povolání a příjmu pojištěného, jeho finančních závazků, tak případné 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 pojistníkovi 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 navrhované změně. Přijme-li pojistník změnu včasným zaplacením navrhovaného 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 pojistníkovi 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 pracovní neschopnosti č.j.: 03/2014 (ZPP-PN)

## ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojistovna 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:

**Povolání** – výkon práce na základě pracovněprávního vztahu nebo jemu obdobného vztahu, provozování živnosti, jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti uskutečňované v rozsahu stanoveném platnou právní úpravou.

**Pojistitelná denní dávka** – skutečné snížení nebo ztráta příjmu pojištěného připadající na 1 kalendářní den; vypočítává se ze součtu prokazatelně doložených čistých příjmů pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události; od těchto příjmů se odečtou další nároky, které pojištěnému náleží z důvodů pracovní neschopnosti; k této nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat od zaměstnavatele, z nemocenského pojištění, ze sociálního zabezpečení nebo od jiných pojistitelů k vyrovnání své ztráty příjmu nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.

### Čistý příjem:

- příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění,
- příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení a na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnutý do těchto výdajů.

**Diagnóza** – nemoc nebo úraz klasifikované dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD.

**Změna diagnózy** – situace, kdy je při léčení pojištěného ošetřujícím lékařem ukončeno léčení jedné diagnózy a zahájeno léčení pro novou diagnózu.

### Souběh diagnóz – situace, kdy je:

- současné zahájení léčení pojištěného ošetřujícím lékařem pro více diagnóz, nebo
- v průběhu léčení pojištěného ošetřujícím lékařem stanovena nová diagnóza a léčení pro původně stanovenou diagnózu pokračuje současně s léčením diagnózy nové, nebo
- v průběhu léčení pojištěného ošetřujícím lékařem stanovena nová diagnóza, jejíž léčení je následně ukončeno a nadále pokračuje léčení diagnózy původní.

### Doklad o pracovní neschopnosti:

- tiskopis Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti v případě, že pojištěný má nárok na dávky nemocenského podle platné právní úpravy,
- tiskopis pojistitele Lékařské zpráva s určením diagnózy v případě, že pojištěný nemá nárok na dávky nemocenského podle platné právní úpravy,

v obou případech doklady musí obsahovat datum počátku pracovní neschopnosti.

**Karenční doba** – doba pracovní neschopnosti, po kterou není vypláceno pojistné plnění (denní dávka); jedná se o formu ujednané spoluúčasti pojištěného.

## ROZSAH POJIŠTĚNÍ

### Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pracovní neschopnosti (dále také jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem ve smyslu zákona o daních z příjmů.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému pojistné plnění formou denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a po dobu vymezenou těmito ZPP.

### Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění a při níž dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného (dále jen „pracovní neschopnost“) z důvodu:

- nemoci nebo úrazu pojištěného v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu, nebo
  - úrazu pojištěného v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pracovní neschopnosti následkem úrazu.
- Pracovní neschopností se pro účely pojištění rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
    - pojištěný nemůže pro nemoc nebo úraz vykonávat a ani nevykonává povolání, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po přechodnou dobu, či omezenou část dne,
    - ošetřující lékař pojištěného stanoví diagnózu, potvrdí vznik pracovní neschopnosti pojištěného a vydá mu doklad o pracovní neschopnosti,
    - pojištěný se skutečně léčí a dodržuje léčebný režim, a to v místě uvedeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti.
  - Pokud je rozhodnuto o pracovní neschopnosti pro souběh více diagnóz, jedná se o jednu pojistnou událost. V případě souběhu více diagnóz je denní dávka vyplácena pouze jednou.
  - Dojde-li ke změně diagnózy v průběhu již existující pracovní neschopnosti, počíná změnou diagnózy nová pojistná událost a pro novou diagnózu se uplatňuje nová karenční doba.
  - V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti, jakož i posoudit nezbytnost léčebné rehabilitační nebo lázeňské léčebné rehabilitační péče ve smyslu čl. 4 odst. 2 písm. e) těchto ZPP, a tím i rozsah pojistného plnění lékařem určený pojistitelem.
  - Končí-li pojistná událost dnem, který stanoví lékař určený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

## 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 při pracovní neschopnosti pojištěného:
  - v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
  - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
  - v důsledku nemoci z povolání a pracovního úrazu, včetně následků a komplikací z takového nemoci nebo úrazu vyplývajících,
  - v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
  - v souvislosti s poskytováním léčebné rehabilitační péče nebo lázeňské léčebné rehabilitační péče kromě případů, kdy je tato péče z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemoci nebo následků úrazu,
  - v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti:
  - kteřou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě dokladem o pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření události vyžádal, nebo
  - kteřou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (tj. v době, po kterou nebyl zaměstnán, přerušil či ukončil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), s výjimkou případu, kdy pojištěný doloží, že přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí,
  - počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
  - do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 9 těchto ZPP,
  - počínaje dnem, kdy pojištěný porušil léčebný režim, tj. zejména vykonával-li v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatné výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nedodržel-li místo pobytu, rozsah a dobu povolených vycházek uvedených v dokladu o pracovní neschopnosti.

## POJIŠTNÉ PLNĚNÍ

### Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistná částka je na návrh pojistníka stanovena v pojistné smlouvě tak, aby odpovídala předpokládanému snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti k výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
- Při stanovení pojistné částky se vychází ze směrnice pojistitele určující maximální výši pojistné částky, která odpovídá příjmu zájemce o pojištění nebo pojištěného.
- Pojistitel má právo při uzavření pojistné smlouvy nebo změně pojištění, jakož i při šetření pojistné události přezkoumávat výši příjmu pojištěného.
- Za trvání pojištění může jak pojistitel, tak i pojistník navrhnout, aby pojistná částka a pojistné byly přizpůsobeny skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojištění ve smyslu čl. 10 VPP.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Při pojistné události vyplácí pojistitel denní dávku ve výši sjednané pojistné částky, nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky.
- Výše vyplácené denní dávky nesmí spolu s příjmy, které náleží pojištěnému v době pracovní neschopnosti a které jsou vymezeny v čl. 1 těchto ZPP v definici pojistitelné denní dávky, překročit v přepočtu na 1 kalendářní den čistý příjem pojištěného.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

### Článek 6 Limit pojistného plnění

- Výplata pojistného plnění je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů.
- Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do limitu pojistného plnění vymezeného v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí. Pracovní neschopnosti způsobené stejnou diagnózou nebo léčením následků stejného úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění dle odst. 1, pokud časová prodleva mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Za pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s těhotenstvím náleží pojistné plnění nejvýše za 14 dnů pracovní neschopnosti pojištěné pro každé těhotenství.

## VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

### Článek 7 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká:
  - dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu starobní důchod, případně starobní důchod před dosažením důchodového věku, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let, nebo-li před zánikem pojištění ujednáno, že pojištění trvá za zvláštních podmínek, vykonával-li pojištěný nadále výdělečnou činnost,
  - dnem, kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěného posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity kteréhokoliv stupně,
  - dnem, který předcházal dni, ve kterém pojištěný zahájil výkon jiného povolání než povolání uvedené v pojistné smlouvě, nebyla-li ujednána změna pojištění před jeho zánikem,
  - uplynutím doby 6 měsíců, po kterou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), nebyla-li ujednána změna nebo přerušeno pojištění před jeho zánikem, s výjimkou případu, kdy přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí,
  - vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění dle čl. 6 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

## POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

### Článek 8

#### Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP. Součástí písemných dotazů pojistitele mohou být i dotazy pojistitele týkající se dosahovaného příjmu pojištěného z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
- Oznamovací povinnost dle čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
  - každou změnu, ukončení či přerušeni nebo obnovení výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
  - ztrátu nebo snížení příjmů pojištěného, pokud tyto poklesly oproti příjmům, na základě kterých byla stanovena pojistná částka,
  - přiznání starobního důchodu nebo starobního důchodu před dosažením důchodového věku,
  - posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěného s výsledkem vzniku invalidity,
  - změnu ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonu, zahájení výkonu profesionálního sportu pojištěným.

### Článek 9

#### Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
  - včas, nejpozději však do konce karenční doby, oznámí pojistiteli, že nastala pojistná událost, a vznik pojistné události doloží dokladem o pracovní neschopnosti, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
  - trvá-li pracovní neschopnost déle než 30 dnů, doloží pojistiteli doklad o pracovní neschopnosti v pravidelných intervalech, a to minimálně jednou za měsíc po dobu trvání pracovní neschopnosti,
  - doloží pojistiteli výši čistého příjmu, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události; dále na výzvu pojistitele doloží výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemocenského či důchodového pojištění, případně od jiných pojistitelů k vyrovnání snížení nebo ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.

- Pojištěný a pojistník umožní pojistiteli a osobám zmocněným pojistitelem kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, zejména kontrolu dodržování léčebného režimu, kontrolu prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, jakož i kontrolu trvání výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě, a kontrolu dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
- Pojištěný se v době pracovní neschopnosti zdržuje v místě pobytu uvedeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti, kromě těch případů, kdy je hospitalizován nebo opustí místo uvedené v tomto dokladu s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře.
- Pojištěný se stará o znovunabytí své pracovní schopnosti. Především svědomitě dodržuje rady/pokyny ošetřujícího lékaře, léčebný režim (včetně časového rozptýlení vycházek) a vyloučí veškerá jednání, která brání uzdravení.

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

## Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení č.j.: 07/2014 (ZPP-ZZ) HOSPITALIZACE PREMIUM

### ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení, která 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, příslušných DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

**Hospitalizace** – pobyt pojištěného na lůžkové části zdravotnického zařízení, které je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a podle obecně vědecky uznávaných metod, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby, tj. zdravotnickou dokumentaci.

**Zdravotnické zařízení** – zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém je pojištěnému poskytována ve smyslu platné právní úpravy:

- léčebná péče** formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo akutní lůžkové péče standardní (nemocnice),
- léčebně rehabilitační péče** formou následné lůžkové péče (léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy),
- lázeňská léčebně rehabilitační péče** (lázeňské léčebny, ozdravovny),
- ošetřovatelská péče** formou dlouhodobé lůžkové péče (léčebny dlouhodobě nemocných),
- paliativní péče** ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (hospice).

### ROZSAH POJIŠTĚNÍ

#### Článek 2

##### Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a po dobu vymezenou těmito ZPP.

#### Článek 3

##### Pojistná událost

- Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného ve zdravotnickém zařízení, která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu:
  - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem nemoci nebo úrazu, nebo
  - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem úrazu,a která nemohla být poskytnuta ambulantně.
- Pojistnou událostí není poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, které nemá ve smyslu platné právní úpravy oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
- O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být

provedeno ve zdravotnickém zařízení na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření. Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnického zařízení.

- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci, a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.

#### Článek 4

##### Územní platnost pojištění

- Územní platnost pojištění je vymezena v čl. 4 VPP.
- Odchylně od ustanovení čl. 4 odst. 2 písm. b) VPP se pojistná ochrana vztahuje i na léčebnou péči formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo akutní lůžkové péče standardní (nemocnice) poskytnutou na území Evropského hospodářského prostoru (tj. EU, Norska, Islandu, Lichtenštejnska), Švýcarska, Monaka, San Marina, Vatikánu a Andorry.

### VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

#### Článek 5

##### Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojistitel neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojistiteli dále neposkytne pojistné plnění za hospitalizaci pojištěného:
  - v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
  - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
  - v důsledku genetické nebo vrozené vady či perinatálního poškození mozku, pokud se projevil do dovršení 15 let věku pojištěného,
  - plánovanou před počátkem pojištění nebo hospitalizací, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl před počátkem pojištění,
  - v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
  - v souvislosti s umělým přerušeni těhotenství z jiného než zdravotního důvodu,
  - související pouze s potřebou pečovatelské nebo opatrovnícké péče,
  - v lázeňských léčebnách a v rehabilitačních ústavech při poskytování jiné péče než následné lůžkové péče,
  - ve stacionářích,
  - v zařízeních sociálních služeb a na ošetřovných vojenských útvarů,
  - z důvodů takových výkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (zejména výkony plastické chirurgie),
  - za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávané.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění:
  - za dobu, kdy se pojištěný ve zdravotnickém zařízení nezdržoval, tj. např. za dny, kdy byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky, za hospitalizaci pojištěného, která trvala méně než 24 hodin,

- za hospitalizaci, kterou pojištěný nedoložil ve smyslu čl. 9 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

### POJIŠTNÉ PLNĚNÍ

#### Článek 6

##### Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše plnění, která pojištěnému náleží za každý den hospitalizace.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Pro účely vyplácení pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat, a den, kdy byl z této hospitalizace propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Pojistné plnění vyplácí pojistitel za hospitalizaci pojištěného:
  - v neomezené délce při poskytnutí léčebné péče formou akutní lůžkové péče intenzivní a akutní lůžkové péče standardní (nemocnice),
  - v délce nejvýše 28 dnů v kalendářním roce při poskytnutí léčebné péče formou lázeňské léčebně rehabilitační péče (lázeňské léčebny, ozdravovny),
  - v délce nejvýše 90 dnů v kalendářním roce při poskytnutí ošetřovatelské péče formou dlouhodobé lůžkové péče (léčebny dlouhodobě nemocných), léčebně rehabilitační péče formou následné lůžkové péče (léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy) a paliativní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (hospice),
  - v délce nejvýše 7 dnů hospitalizace při porodu a v délce nejvýše 14 dnů hospitalizace související s těhotenstvím pro každé těhotenství.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

#### Článek 7

##### Čekací doba

- Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je ujednána v případě hospitalizace pojištěného v souvislosti s porodem a zhotovením zubních nebo ortopedických náhrad.

### POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

#### Článek 8

##### Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Oznamovací povinnost dle čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli změnu ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonu.

#### Článek 9

##### Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a dále doručí pojistiteli konečnou propouštěcí zprávu ze zdravotnického zařízení, jakož i další doklady, které si pojistitel vyžádá.



2. Doklady vymezené v odst. 1 musí obsahovat zejména identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště), určení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD, datum počátku a ukončení hospitalizace. Pojištěný na vlastní náklady zajistí úředně ověřený překlad všech dokladů, které obdržel v souvis-

losti s léčebnou péčí ve smyslu čl. 4 odst. 2 těchto ZPP, a to do českého jazyka, nejsou-li tyto dokumenty vytvořeny v českém nebo slovenském jazyce.

3. Doklady vymezené v odst. 1 pojištěný předloží pojišťiteli bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace.

4. V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojišťitel poskytuje na žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění, je nutno žádost pojištěného na pojistné plnění vždy doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

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

## Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č.j.: 05/2014 (ZPP-PP)

### ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťitel“), 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:

**Povolání** – výkon práce na základě pracovněprávního vztahu nebo jemu obdobného vztahu, provozování živnosti, jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti skutečněované v rozsahu stanoveném platnou právní úpravou.

**Diagnóza** – nemoc nebo úraz klasifikované dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD.

**Doklad o pracovní neschopnosti:**

- tiskopis Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti v případě, že pojištěný má nárok na dávky nemocenského podle platné právní úpravy,
- tiskopis pojišťitele Lékařská zpráva s určením diagnózy v případě, že pojištěný nemá nárok na dávky nemocenského podle platné právní úpravy,

v obou případech doklady musí obsahovat datum počátku pracovní neschopnosti.

**Základní pojištění** – jakékoliv pojištění s běžným pojistným sjednané s pojišťitelem nebo s jiným pojišťitelem.

### ROZSAH POJIŠTĚNÍ

#### Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti (dále také jen „pojištění“) je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem ve smyslu zákona o daních z příjmů.
- V případě pojistné události vyplácí pojišťitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a po dobu vymezenou tímto ZPP.
- Pojištění je sjednáváno jako pojištění doplňkové k základnímu pojištění.

#### Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, která nastala za trvání pojištění (dále jen „pracovní neschopnost“).
- Pracovní neschopnost se pro účely pojištění rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
  - pojištěný nemůže pro nemoc nebo úraz vykonávat a ani nevykonává povolání, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po přechodnou dobu, či omezenou část dne,
  - ošetřující lékař pojištěného stanoví diagnózu, potvrdí vznik pracovní neschopnosti pojištěného a vydá mu doklad o pracovní neschopnosti,
  - pojištěný se skutečně léčí a dodržuje léčebný režim, a to v místě uvedeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti.
- V případě souběhu více diagnóz je pojistné plnění vypláceno pouze jednou.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti, jakož i posoudit nezbytnost léčebné rehabilitační nebo lázeňské léčebné rehabilitační péče ve smyslu čl. 4 odst. 2 písm. e) těchto ZPP, a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojišťitelem.
- Končí-li pojistná událost dnem, který stanoví lékař určený pojišťitelem, končí tímto dnem i povinnost pojišťitele poskytnout pojistné plnění.

### VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

#### Článek 4 Vyluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojišťitel neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojišťitel dále neposkytne pojistné plnění při pracovní neschopnosti pojištěného:
  - a) v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojišťitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
  - b) v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
  - c) v důsledku nemoci z povolání a pracovního úrazu, včetně následků a komplikací z takovéto nemoci nebo úrazu vyplývajících,
  - d) v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezů, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
  - e) v souvislosti s poskytováním léčebné rehabilitační péče nebo lázeňské léčebné rehabilitační péče kromě případů, kdy je tato péče z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčeni nemoci nebo následků úrazu,
  - f) v souvislosti s těhotenstvím,
  - g) vzniklé pro degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky (VAS),
  - h) v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých.
- Pojišťitel dále neposkytne pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti:
  - a) kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě dokladem o pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojišťitel v rámci šetření události vyžádal,
  - b) po kterou pojištěný nevykonával povolání (tj. v době, po kterou nebyl zaměstnán, přerušil či ukončil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), s výjimkou případu, kdy pojištěný doloží, že přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí,
  - c) počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným pojišťitelem, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal, do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 10 těchto ZPP,
  - e) počínaje dnem, kdy pojištěný porušil léčebný režim, tj. zejména, vykonával-li v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatné výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nedodržel-li místo pobytu, rozsah a dobu povolených vycházek uvedených v dokladu o pracovní neschopnosti.

### POJISTNÉ PLNĚNÍ

#### Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistná částka je stanovena ve výši 1/12 běžného pojistného ze všech pojištění sjednaných pojistnou smlouvou připadající na 1 rok trvání pojištění po započítání veškerých přírůstků a slev.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Právo na pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky vzniká za každých dovršených 30 dnů nepřetržitého trvání pojistné události, nejvýše však do limitu pojistného plnění.
- Pojistná ochrana se vztahuje i na tzv. indexaci pojistného, tj. na zvýšení běžného pojistného základních pojištění z důvodu nárůstu pojistné částky s ohledem na indexy publikované ČSÚ za uplynulý rok (např. růst spotřebitelských cen, růst mezd). Pojistná ochrana se nevztahuje na pojistné hrazené pojištěným nad rámec sjednané výše běžného pojistného základních pojištění (mimořádné pojistné) a rovněž na dobu přerušení placení pojistného základních pojištění.

- Dojde-li během trvání pojištění ke snížení pojistné částky, plní pojišťitel jen ve výši snížené pojistné částky, a to ode dne účinnosti změny pojistné částky. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení pojistné částky, plní pojišťitel ve výši zvýšené pojistné částky až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny pojistné částky.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

#### Článek 6 Limit pojistného plnění

- Výplata pojistného plnění je při každé pojistné události omezena celkovou výší běžného pojistného ze všech pojištění sjednaných pojistnou smlouvou připadající na 1 rok trvání pojištění (limit pojistného plnění).
- Pracovní neschopnosti způsobené stejnou diagnózou nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud časová prodleva mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.

### VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

#### Článek 7 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká:
  - a) dnem, který bezprostředně předchází dni, od kterého byl pojišťitel zproštěn od placení běžného pojistného,
  - b) dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudou starobní důchod, případně starobní důchod před dosažením důchodového věku, nejpozději však dnem, který bezprostředně předchází výročnímu dni počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhl věku 60 let,
  - c) dnem, kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěného posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity třetího stupně.

### POJISTNÉ A SPLATNOST POJISTNÉHO

#### Článek 8 Pojistné

- Výše běžného pojistného je stanovena dle vstupního věku pojištěného a doby trvání základního pojištění příslušným procentem z celkové výše běžného pojistného ze všech pojištění sjednaných pojistnou smlouvou (dále také jen „celková výše běžného pojistného“), a pojistné je již zahrnuto v celkové výši běžného pojistného a zaokrouhlo na celé koruny. Pokud dojde za trvání pojištění ke změně pojistné částky (viz čl. 5 těchto ZPP), stanoví se výše pojistného na základě pojistné matematických zásad pojišťitele. Při výpočtu pojistného po změně pojistné částky vychází pojišťitel z původní a nové výše pojistné částky, původní výše pojistného, aktuálního věku pojištěného a zbývající doby do zániku pojištění.
- Při pojistné události nezaniká povinnost pojišťitele hrát pojistné z pojištění plateb pojistného.

### POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

#### Článek 9 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Oznamovací povinnost dle čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojišťiteli:
  - a) přiznání starobního důchodu nebo starobního důchodu před dosažením důchodového věku,
  - b) posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěného s výsledkem vzniku invalidity,
  - c) změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
  - d) zahájení výkonu profesionálního sportu pojištěným.

## Článek 10

### Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události způsobené pracovní neschopností plní pojištěný povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
  - včas, nejpozději však do 10 dnů po vzniku práva na první pojistné plnění z uplatněné pojistné události, oznámí pojistiteli, že nastala pojistná událost, a vznik pojistné události doloží dokladem o pracovní neschopnosti, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
  - v pravidelných intervalech vždy za každých 30 do-

vřených dnů trvání pracovní neschopnosti předkládá pojistiteli doklad o trvání pracovní neschopnosti potvrzený od ošetřujícího lékaře.

- Pojištěný a pojistník umožní pojistiteli a osobám zmocněným pojistitelem kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, zejména kontrolu dodržování léčebného režimu, kontrolu prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, jakož i kontrolu trvání výkonu povolání a kontrolu dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.

- Pojištěný se v době pracovní neschopnosti zdržuje v místě pobytu uvedeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti, kromě těch případů, kdy je hospitalizován nebo opustí místo uvedené v tomto dokladu s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře.
- Pojištěný se stará o znovunabytí své pracovní schopnosti. Především svědomitě dodržuje rady a pokyny ošetřujícího lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučí veškerá jednání, která brání jeho uzdravení.

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

## Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu č.j.: 11/2014 (ZPP-Ú)

### ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu, 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:

**Výdělečná činnost** – výkon závislé nebo samostatné výdělečné činnosti podléhající dani z příjmu ve smyslu zákona o daních z příjmů.

#### Ztráta příjmu:

- ztráta zaměstnání spočívající ve skončení pracovního poměru výpovědí danou zaměstnavatelem nebo dohodou o rozvázání pracovního poměru z organizačních důvodů, pro nadbytečnost, či pozbyl-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovnílékařských služeb, nebo rozhodnutí příslušného správního orgánu, který posudek přezkoumává, dlouhodobě zdravotní způsobilost konat dále dosavadní práci,
- okamžitě zrušení pracovního poměru zaměstnancem,
- ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti z důvodů, které nejsou závislé na vůli pojištěného a které nevyplývají z porušení právní povinnosti pojištěného,

pokud ztráta příjmu a důvody, které ji způsobily, nastaly po počátku pojištění a po uplynutí čekací doby.

#### Doklad o ztrátě příjmu:

- při skončení pracovního poměru:
  - výpověď daná zaměstnavatelem nebo dohoda o rozvázání pracovního poměru z organizačních důvodů, pro nadbytečnost, či pozbyl-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu dlouhodobě zdravotní způsobilost konat dále dosavadní práci,
  - okamžitě zrušení pracovního poměru zaměstnancem,
- při ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti – rozhodnutí příslušného živnostenského úřadu o zrušení živnostenského oprávnění, nebo rozhodnutí stavovské korporace či profesního sdružení o zániku oprávnění pojištěného k výkonu samostatné výdělečné činnosti:
  - z důvodu zániku kterékoli z podmínek způsobilosti k výkonu této činnosti stanovené samostatným zákonem, na jehož základě byla samostatná výdělečná činnost provozována,
  - z vážných zdravotních důvodů, které pojištěného při výkonu samostatné výdělečné činnosti přímo ohrožují na zdraví či životě nebo mu neumožňují tuto činnost nadále vykonávat a které vznikly bez jeho zavinení a nezávisle na jeho vůli.

#### Doklad o zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání:

- rozhodnutí o přiznání podpory v nezaměstnanosti,
- potvrzení o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání vedené úřadem práce s vyznačeným datem zařazení do evidence.

**Karenční doba** – doba, po kterou není vypláceno pojistné plnění; jedná se o formu ujednání spoluúčasti pojištěného; pro počátek běhu karenční doby je rozhodující den, kdy byl pojištěný zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání.

**Peněžitá závazky** – peněžitá závazky pojištěného ze smlouvy o hypotečním úvěru, úvěru ze stavebního spoření, spotřebitelském úvěru s dobou splatnosti úvěru v délce minimálně 24 měsíců a finančním leasingu, jakož i plateb běžného pojistného ze všech pojištění sjednaných pojistnou smlouvou; peněžitý závazek pojištěného musí být založen smluvním vztahem sjednaným a účinným před ztrátou příjmu.

**Základní pojištění** – jakékoliv pojištění s běžným pojistným sjednané s pojistitelem nebo s jiným pojistitelem.

### ROZSAH POJIŠTĚNÍ

#### Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu (dále jen „pojištění“) je sjednáváno jako pojištění škodové.
- Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí nahodilé události, která vyvolá ztrátu příjmu pojištěného způsobující dočasnou ztrátu schopnosti pojištěného splácet peněžitě závazky.
- Rozsah pojistné ochrany spočívá v úhradě peněžitých závazků pojištěného splatných v době ztráty příjmu, pokud ke ztrátě příjmu pojištěného došlo za podmínek vymezených těmito ZPP.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem ve smyslu zákona o daních z příjmů (vyjma osob ve služebním poměru, např. voják, hasič či policista), a které se smluvně zavázaly pravidelně splácet peněžitě závazky, jejichž výše a splatnost je definována v příslušném smluvním dokumentu.
- Pojištění lze sjednat samostatně nebo jako doplňkové pojištění k základnímu pojištění.

#### Článek 3 Pojistná událost

Pojistnou událostí je ztráta příjmu a zařazení pojištěného do evidence uchazečů o zaměstnání vedené úřadem práce.

### 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 po skončení pracovního poměru:
  - o němž se pojištěný dozvěděl před sjednaným počátkem pojištění nebo v čekací době, i když ke ztrátě příjmu pojištěného nebo zařazení pojištěného do evidence uchazečů o zaměstnání došlo po uplynutí čekací doby,
  - ve zkušební době,
  - sjednaného na dobu určitou,
  - sjednaného s osobou blízkou jednajícím v pracovních vztazích jménem či za zaměstnavatele, dále v případech, byl-li pojištěný (příp. osoba jemu blízká) společníkem zaměstnavatele či členem jeho statutárního nebo dozorčího orgánu,
  - sjednaného s osobou, která je osobou jednajícím s pojištěným ve shodě ve smyslu platné právní úpravy.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění při přerušení podnikání ve smyslu platné právní úpravy. Pojistitel neplní rovněž v případě, kdy soudem nebo správním orgánem bylo rozhodnuto o zákazu činnosti nebo pozastavení oprávnění k podnikání.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění:
  - z peněžitých závazků sjednaných pojištěným v době, kdy pojištěný po ztrátě příjmu nevykonával výdělečnou činnost, a z navýšených splátek peněžitých závazků co do rozsahu navýšení, sjednaných v tomto období,
  - nad rámec sjednaných splátek peněžitých závazků (např. smluvní pokuty, úroky z prodlení, poplatky za správu úvěru nezahrnuté ve splátkách úvěru),
  - v případě, kdy pojištěný nevykonával výdělečnou činnost bez přerušení nejméně po dobu 12 měsíců bezprostředně předcházejících ztrátě příjmu pojištěného nebo výkonu výdělečné činnosti nedoloží příslušnými doklady ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.

### POJISTNÉ PLNĚNÍ

#### Článek 5 Pojistné plnění

- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.

- Při pojistné události poskytne pojistitel náhradu škody ve výši splátky (splátek) peněžitých závazků pojištěného, nejvýše však do sjednaného limitu pojistného plnění na příslušné období a po sjednanou celkovou dobu plnění.
- Právo na plnění z pojistné události vzniká uplynutím karenční doby v délce 30 dnů, a to ke dni splatnosti první splátky peněžitě závazku pojištěného bezprostředně následujícího po uplynutí karenční doby, jakož i dalších splatných splátek peněžitých závazků pojištěného, trvá-li ke dni jejich splatnosti ztráta příjmu a jeho zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání vedené úřadem práce. Právo na další (opakované) pojistné plnění lze uplatnit pouze tehdy, jsou-li pojistiteli doloženy doklady o zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání a doklady o úhradě splátek peněžitých závazků ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.
- Při prodloužení s oznámením pojistné události ve smyslu čl. 7 ZPP pojistitel poskytne pojistné plnění až od splátky peněžitě závazku, jejíž splatnost nastala po dni oznámení pojistné události.
- Dojde-li během trvání pojištění ke snížení limitu pojistného plnění na příslušné období, plní pojistitel jen ve výši sníženého limitu, a to ode dne účinnosti změny limitu. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení limitu pojistného plnění na příslušné období, plní pojistitel ve výši zvýšeného limitu až z pojištěných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny limitu.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

### VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

#### Článek 6 Zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká současně se zánikem peněžitých závazků pojištěného, na které se vztahuje pojistná ochrana.

### POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

#### Článek 7 Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
  - včas, nejpozději ke dni splatnosti první splátky peněžitě závazku bezprostředně následující po uplynutí karenční doby, pojistiteli písemně oznámí, že nastala pojistná událost,
  - vznik pojistné události doloží:
    - dokladem o ztrátě příjmu,
    - dokladem o zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání,
    - doklady, ze kterých bude zřejmé, že výdělečná činnost pojištěného bez přerušení trvala nejméně po dobu 12 měsíců bezprostředně předcházejících ztrátě příjmu pojištěného,
    - kopii smluvního dokumentu, na základě kterého byl peněžitý závazek pojištěného sjednán,
    - kopii platebního dokladu, na základě kterého byl peněžitý závazek pojištěným splacen,
    - dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá.
- Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba umožní pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, prokazování vzniku a trvání nároku na výplatu pojistného plnění a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.

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

# Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění zdravotních služeb – Asistence č.j.: 17/2014 (ZPP-A)

## ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění zdravotních služeb – Asistence, 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“), tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“) a Přehled pojistného plnění, který blíže upravuje jednotlivá pojištění.

## ROZSAH POJIŠTĚNÍ

### Článek 1

#### Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění zdravotních služeb – Asistence (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové.
- V případě pojistné události poskytne pojistitel pojištěnému zdravotní informace a služby (dále jen „zdravotní služby“).

### Článek 2

#### Pojistná událost

Pojistnou událostí je změna zdravotního stavu pojištěného z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jeho zdravotním stavem, která objektivně vyžaduje poskytnutí zdravotních služeb, pokud tuto změnu pojištěný oznámí pojistiteli a požádá o poskytnutí zdravotních služeb.

## VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

### Článek 3

#### Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojistitel neposkytne pojistné

plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP. Ustanovení čl. 5 odst. 2 písm. c) VPP se nepoužije.

- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění v případě:
  - změny zdravotního stavu pojištěného, která nastala před počátkem pojištění,
  - změny zdravotního stavu pojištěného, která objektivně nevyžaduje poskytnutí zdravotních služeb.

## POJISTNÉ PLNĚNÍ

### Článek 4

#### Pojistné plnění a limit pojistného plnění

- Při pojistné události poskytují pojistitel zdravotní služby, a to v rozsahu uvedeném v Přehledu pojistného plnění.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě naturálního plnění.
- Limity pojistného plnění jsou vymezeny v Přehledu pojistného plnění.
- Pokud pojištěný bez objektivní příčiny zmaří nebo podstatně ztíží poskytnutí zdravotních služeb, považuje se toto pojistné plnění za řádně poskytnuté.
- Poskytnutí zdravotních služeb je pouze pomocným nástrojem pro lepší informovanost pojištěného a nenahrazuje zdravotnickou záchrannou nebo pohotovostní službu, ošetřujícího lékaře ani preventivní péči.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.

### Článek 5

#### Čekací doba

Odchylně od ustanovení čl. 7 VPP se čekací doba neuplatňuje.

## PŘÍZPŮSOBNÍ POJISTNÉHO

### Článek 6

#### Přízpůsobení pojistného

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

## POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

### Článek 7

#### Povinnosti pojištěného při pojistné události

Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:

- dostaví se v dohodnutém termínu k poskytnutí zdravotních služeb,
- na požádání doloží pojistiteli bez zbytečného odkladu pojistiteli příslušnou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k pojistné události (zejména lékařskou zprávu nebo konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice); zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo a adresu bydliště), označení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD a v případě konečné propouštěcí zprávy také datum počátku a ukončení hospitalizace,
- doloží pojistiteli další doklady, které si pojistitel vyžádá.

**Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 7. 2014.**

## PŘEHLED POJISTNÉHO PLNĚNÍ A LIMITŮ POJISTNÉHO PLNĚNÍ K POJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB – ASISTENCE sjednávanému jako součást balíčků PREVENCE A ASISTENCE

č. 01/2014-ŽP-A

Rozsah pojistného plnění a limity pojistného plnění ve smyslu čl. 4 ZPP-A č.j.:17/2014.

Rozsah a popis pojistného plnění	Obsah jednotlivých balíčků a příslušné limity pojistného plnění		
	PORADENSTVÍ (ČPZ)	SUZBY (ČPZ)	REKONVALESCENCE (ČPZ)
<b>Lékař na telefonu</b>	ANO	ANO	ANO
Poskytnutí lékařské informace/konzultace po telefonu lékařem v oblastech: <ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultace zdravotního stavu</li> <li>– vysvětlení lékařských pojmů, lékařských postupů a laboratorních výsledků</li> <li>– informace o lécích a jejich účincích</li> <li>– vysvětlení pojmů z oblasti prenatalní problematiky</li> </ul>	neomezeně	neomezeně	neomezeně
<b>Lékařské informace poskytované operátorem</b>	ANO	ANO	ANO
Poskytnutí informací o: <ul style="list-style-type: none"> <li>– nejbližším lékaři, lékárně nebo lékařské pohotovosti</li> </ul> Konzultace z oblastí: <ul style="list-style-type: none"> <li>– rehabilitace, bydlení a zdravotní stav, finanční situace a vztah ke zdravotnímu stavu</li> <li>– vztah se státními institucemi a zaměstnavatelem</li> </ul>	neomezeně	neomezeně	neomezeně
<b>Informace o prevenci</b>	ANO	ANO	ANO
Zajištění nadstandardní úrovně informování o nárocích na preventivní prohlídky s případným zasláním přehledu smluvních lékařů formou SMS nebo mailu; v případě, že má pojištěný děti informování o stomatologických prohlídkách dítěte	1x za pojistný rok	1x za pojistný rok	1x za pojistný rok
<b>Objednání k lékaři</b>	NE	ANO	ANO
Vyhledání vhodného smluvního lékaře zdravotní pojišťovny a objednání k tomuto lékaři		neomezeně	neomezeně
<b>Doprava z/do nemocnice</b>	NE	ANO	ANO
Zajištění transportu taxi, sanitním vozem nebo sanitním vozem s doprovodem		2500 Kč na jednu pojistnou událost, max. 2x za pojistný rok	2500 Kč na jednu pojistnou událost, max. 2x za pojistný rok
<b>Osobní asistent</b>	NE	ANO	ANO
Při hospitalizaci delší než 48 hodin, při imobilitě nebo při pracovní neschopnosti poskytnutí / zajištění: <ul style="list-style-type: none"> <li>– telefonické konzultace s odborníkem; konzultace pro právní oblast zdraví na telefonu s interním nebo jiným vhodným právníkem asistenční služby</li> </ul>		2500 Kč na jednu pojistnou událost	2500 Kč na jednu pojistnou událost
– dovozu léků nebo zdravotnických pomůcek po hospitalizaci či při imobilitě		2500 Kč na jednu pojistnou událost, max. 2x za pojistný rok	2500 Kč na jednu pojistnou událost, max. 2x za pojistný rok
– nákupu / úklidu po hospitalizaci či při imobilitě		5000 Kč na jednu pojistnou událost, 1x týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility	5000 Kč na jednu pojistnou událost, 1x týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility
– při změněné pracovní schopnosti delší než 10 týdnů vypracování a realizace projektu úpravy		5000 Kč na jednu pojistnou událost	5000 Kč na jednu pojistnou událost



# Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění druhého lékařského názoru – Second Opinion č.j.: 18/2014 (ZPP-SO)

## ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění druhého lékařského názoru – 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“), tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“) a Přehled pojistného plnění, který blíže upravuje jednotlivá pojištění.

## VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

### Článek 1 Výklad pojmů

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

**Vážná diagnóza** – nemoc, úraz nebo jiná skutečnost související se zdravotním stavem pojištěného nastalá za trvání pojištění a uvedené v Přehledu pojistného plnění.

### Odborná lékařská oponentura:

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

## ROZSAH POJIŠTĚNÍ

### Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

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

## PŘEHLED POJISTNÉHO PLNĚNÍ A LIMITŮ POJISTNÉHO PLNĚNÍ K POJIŠTĚNÍ DRUHÉHO LÉKAŘSKÉHO NÁZORU – SECOND OPINION sjednávanému jako součást balíčků PREVENCE A ASISTENCE

č. 02/2014-ŽP-SO

Rozsah pojistného plnění a limity pojistného plnění ve smyslu čl. 5 ZPP-SO č.j.: 18/2014.

Pojistné plnění je k jedné vážné diagnóze poskytnuto nejvýše jednou za pojistný rok, maximálně však dvakrát za celou dobu trvání pojištění.

### Balíček PORADENSTVÍ (ČPZ) a balíček SLUŽBY (ČPZ)

Vážná diagnóza	Specifikace
<b>Pokročilá rakovina</b>	Pokročilou rakovinou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí diagnóza zhoubného nádoru vyžadující radikální operační řešení (odstranění orgánu nebo jeho významné části) nebo vyžadující léčbu poškozující dlouhodobě integritu pacienta (radioterapie, chemoterapie, biologická léčba), případně terminální nádorové onemocnění vyžadující paliativní léčbu. Pojem pokročilá rakovina zahrnuje i melanom kůže stadia IIIA a vyšší a také leukémie, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc – vše od stadia II. (resp. stadia B) a vyšší. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně histologického nálezu a záznamu o léčbě. Vyloučeny jsou nádory spojené s HIV pozitivitou.
<b>Cévní mozková příhoda (mrtvice)</b>	Cévní mozkovou příhodou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy akutní mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému významnému neurologickému postižení (odpovídající alespoň středně těžkému postižení hybnosti minimálně jedné končetiny, případně alespoň středně závažnému postižení řeči), které je přítomno ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením min. po 3 měsících.
<b>Krvácení do mozku</b>	Krvácením do mozku se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení, vedoucího k objektivně stanovenému významnému neurologickému postižení (odpovídající alespoň středně těžkému postižení hybnosti minimálně jedné končetiny, případně alespoň středně závažnému postižení řeči), které je přítomno ještě po uplynutí 3 měsíců od vzniku krvácení. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením min. po 3 měsících.
<b>Akutní infarkt myokardu s trvalým poškozením srdce</b>	Akutním infarktem myokardu s trvalým poškozením srdce se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzávěru či extrémního zúžení věnčitě tepny s trvalým postižením významné části myokardu a poklesem ejekční frakce levé komory pod 40 %. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu, při současné přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií: <ol style="list-style-type: none"> <li>typický průběh bolestí na hrudi,</li> <li>vývoj EKG svědčící pro ischemii,</li> <li>přesvědčivý koronarografický nálezu dokládající postižení příslušné tepny.</li> </ol> Závažnost postižení funkce levé komory musí být doložena hodnotou ejekční frakce levé komory (EF LK) nižší nebo rovnou 40 % změřenou zobrazovacím vyšetřením provedeným min. za 3 měsíce po infarktu. Diagnóza musí být doložena uvedeným vyšetřením a propouštěcí zprávou z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován.
<b>Kardiomyopatie</b>	Kardiomyopatií tj. onemocněním srdeční svaloviny (myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí skupina onemocnění srdečního svalu spojených s významnou poruchou srdeční funkce – dilatační, restriktivní nebo hypertrofická kardiomyopatie. Musí se jednat o závažné onemocnění s postižením ejekční frakce levé komory menší nebo rovné 40 % při min. dvou zobrazovacích vyšetřeních s odstupem alespoň 3 měsíců. Diagnóza musí být potvrzena lékařskými zprávami z kardiologie obsahujícími výsledky výše uvedených vyšetření. Vyloučena je kardiomyopatie při abúzu alkoholu.
<b>Transplantace životně důležitých orgánů</b>	Transplantací životně důležitých orgánů se ve smyslu tohoto pojištění rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřeně (u kostní dřeně heterotransplantát) nebo vedení pojištěného v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území Evropské unie.
<b>Náhrady srdečních chlopní</b>	Náhradou srdeční chlopně se ve smyslu tohoto pojištění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální či aortální) na základě hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.
<b>Operace věnčitých cév v mimotělním oběhu</b>	Operací věnčitých tepen v mimotělním oběhu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí kardiochirurgický výkon – operace věnčitých tepen (by-pass) provedený při otevřeném hrudníku. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.

## Článek 3

### Pojistná událost

Pojistnou událostí je změna zdravotního stavu pojištěného z důvodu vážné diagnózy, pokud tuto změnu pojištěný oznámí pojistiteli 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. Ustanovení čl. 5 odst. 2 písm. c) VPP se nepoužije.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění v případě:
  - změny zdravotního stavu pojištěného, která nastala před počátkem pojištění nebo v čekací době,
  - změny zdravotního stavu pojištěného, která objektivně nevyžaduje poskytnutí odborné lékařské oponentury,
  - kdy pojištěný nedoloží požadované doklady ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.

## POJISTNÉ PLNĚNÍ

### Článek 5

#### Pojistné plnění a limit pojistného plnění

- Při pojistné události poskytuje pojistitel odbornou lékařskou oponenturu.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě naturálního plnění.
- Limity pojistného plnění jsou vymezeny v Přehledu pojistného plnění.
- 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.

5. 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.

- Oprávněnou osobou je pojištěný.

## PŘÍZPUSOBENÍ POJISTNÉHO

### Článek 6

#### Přízpusobení pojistného

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

## POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

### Článek 7

#### Povinnosti pojištěného při pojistné události

Při pojistné události plní pojištěný povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:

- doloží pojistiteli příslušnou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k vážné diagnóze (zejména lékařskou zprávu nebo konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice); zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo a adresu bydliště), označení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD a v případě konečné propouštěcí zprávy také datum počátku a ukončení hospitalizace,
- dostaví se v dohodnutém termínu k osobní konzultaci odborné lékařské oponentury,
- doloží pojistiteli další doklady, které si pojistitel vyžádá.

**Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 7. 2014.**

<b>Operace aorty</b>	Operaci aorty se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chirurgický zákrok na hrudní nebo břišní aortě pro potvrzené významné aneurysma. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku či břišní dutině. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z chirurgie provádějící daný operační výkon.
<b>Těžká plicní nedostatečnost</b>	Těžkou plicní nedostatečností se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pokročilé onemocnění plic s dechovým selháváním (chronická respirační insuficience) splňující všechna následující kritéria současně: a) hodnota FEV1 měřená spirometricky musí být stále pod 1 litr, b) je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii, c) parciální tlak kyslíku (PaO2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg, d) je pocíťována klidová dušnost. K posouzení je nutné doložit nálezy pneumologa.
<b>Slepot</b>	Slepotou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí postižení zraku hodnocené specialistou jako praktická či úplná slepota, tedy zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí nejvýše 1/60 (0,02) nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace.
<b>Selhání ledvin</b>	Selháním ledvin se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).
<b>Roztroušená skleróza</b>	Roztroušenou sklerózou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí všechna onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (mozku nebo míchy). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění ve stadiu výrazných klinických příznaků (upoutání na invalidní vozík a závislost na pomoci druhé osoby), nereagující na terapii. Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie).
<b>Amputace končetin</b>	Amputací se ve smyslu tohoto pojištění rozumí neúrazová amputace libovolné končetiny na úrovni dlouhé kosti (tzn. minimálně v bérce, případně nad zápěstím) z důvodu jakéhokoliv onemocnění.

### Balíček REKONVALESCENCE (ČPZ)

– zahrnuje vážné diagnózy specifikované v rámci balíčku PORADENSTVÍ (ČPZ) a dále:

Vážná diagnóza	Specifikace
<b>Pokročilá rakovina II.</b>	Pokročilou rakovinou II. se ve smyslu tohoto pojištění rozumí diagnóza zhoubného nádoru od stadia I. a všechny formy aktivně léčených leukemií. Vyloučeny jsou nádory kůže kromě maligního melanomu od stadia IIA a nádory související s HIV pozitivitou. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně histologického nebo cytologického nálezu.
<b>Cévní mozková příhoda (mrtvice) s mírnějším poškozením</b>	Cévní mozkovou příhodou s mírnějším poškozením se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy akutní mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému neurologickému postižení, které pacienta jakýmkoliv způsobem omezuje ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením min. po 3 měsících.
<b>Akutní infarkt myokardu bez vážného poškození funkce srdce</b>	Infarktem myokardu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení věnčité tepny s trvalým postižením části myokardu – trvalá porucha kontraktility. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu, při současně přítomnosti alespoň dvou z následujících kritérií: a) typický průběh bolestí na hrudi, b) vývoj EKG svědčící pro ischemii, c) přesvědčivý koronarografický nálezy dokládající postižení příslušné tepny. Diagnóza musí být doložena propouštěcí zprávou z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován, včetně popisu nálezu následné poruchy kontraktility myokardu (např. echokardiografie).
<b>Krvácení do mozku II.</b>	Krvácením do mozku II. se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení vyžadujícího lékařskou intervenci, případně způsobující trvalé neurologické postižení dokumentovatelné ještě po 3 měsících od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena nálezem ze specializovaného pracoviště (neurologie, neurochirurgie) včetně nálezu ze zobrazovacích metod (CT, MRI, angiografie, ...).
<b>Myelodysplastický syndrom</b>	Myelodysplastickým syndromem se ve smyslu tohoto pojištění rozumí jakékoliv onemocnění z této bohaté skupiny poruch krvetvorby. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek: a) pravidelné krevní transfuze s intervalem max. dvou měsíců, b) pravidelné aplikace imunomodulačních léků (včetně chemoterapie) po dobu nejméně 3 měsíců, c) indikace transplantace kostní dřeně, nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (hematologie, hematooonkologie).
<b>Primární plicní hypertenze</b>	Primární plicní hypertenzí se ve smyslu tohoto pojištění rozumí idiopatická a hereditární plicní arteriální hypertenze katetrizačně diagnostikovaná a léčená na odborném pracovišti na území Evropské unie.
<b>Nádorová nezhoubná onemocnění mozku a míchy</b>	Nádorovým nezhoubným onemocněním mozku a míchy se ve smyslu tohoto pojištění rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové či míšní tkáně nebo mozkových (míšních) plen, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a způsob léčebného řešení musí být doloženy lékařskou zprávou z neurochirurgie případně neurologie.
<b>Kóma</b>	Kómátem se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav bezvědomí netraumatického původu, kdy postižený nereaguje na zevní stimuly ani vnitřní potřeby. Stav vyžaduje nepřetržitou přístrojovou podporu životních funkcí po dobu nejméně 96 hodin. Trvání neurologického deficitu musí být potvrzeno specialistou – neurologem nebo anesteziologem. Vyluka z plnění: kóma způsobená abúzem alkoholu a drog.
<b>Hluchota</b>	Hluchotou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (praktická i úplná hluchota) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ORL – otorinolaryngologie) a potvrzena audiometrickým vyšetřením.
<b>Lymská borelióza</b>	Lymskou boreliózou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci. Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
<b>Aplastická anémie</b>	Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek: a) pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců, b) pravidelné aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně 3 měsíců, c) transplantace kostní dřeně, nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (hematologie, hematooonkologie).
<b>Chronická virová hepatitida</b>	Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (příkaz viru, protilátky, jaterní testy) musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infektologie, interna, hepatologická poradna). Vyloučena jsou onemocnění hepatitidou získaná v důsledku aplikace návykových látek.
<b>Revmatická horečka</b>	Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunitní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení: a) srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV., nebo b) kloubů (opakovaně záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

<b>Systémový lupus erythematoses</b>	Systémovým lupus erythematoses se ve smyslu tohoto pojištění rozumí multiorgánové autoimunitní onemocnění s excesivní tvorbou autoprotilátek (difúzní onemocnění pojivové tkáně) projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů a alespoň jednoho dalšího orgánu (plic, srdce, ledvin, mozků, trávicího ústrojí, krevetvorby, ...). Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem včetně laboratorních vyšetření a splněním definovaných diagnostických kritérií.
<b>Systémová sklerodermie</b>	Systémovou sklerodermii se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chronické autoimunitní onemocnění pojiva (kolagenóza) s postižením kůže, kloubů nebo svalů a min. jednoho z vnitřních orgánů (trávicího ústrojí, plic, srdce nebo ledvin). Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem včetně histologického vyšetření a laboratorních testů.
<b>Parkinsonova choroba do věku 65 let</b>	Parkinsonovou chorobou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s nadměrným úbytkem nervových buněk. Onemocnění musí vést k vážným pohybovým potížím, k zásadnímu způsobu ovlivnění života a k trvalé neschopnosti zvládat běžné životní aktivity. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného, sledování a léčba musí být min. po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.
<b>Alzheimerova choroba do věku 65 let</b>	Alzheimerovou chorobou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí neurodegenerativní onemocnění na podkladě specifických degenerativních změn mozkové tkáně projevující se demencí do věku 65 let pojištěného. Postižení musí vést k výraznému snížení poznávacích (kognitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládnutí aktivit běžného života a kontaktu s okolím. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného, sledování a léčba musí trvat min. po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.
<b>Břišní tyfus</b>	Břišním tyfem se ve smyslu tohoto pojištění rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Salmonella typhi provázená vysokými teplotami, krvavými průjmy a dalšími komplikacemi (např. krvácení do střev, zánět pobříšnice, kostní dřeně, ...). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infektologie) a průkazem infekčního agens.
<b>Tuberkulóza (TBC)</b>	Tuberkulózu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Mycobacterium tuberculosis (Kochův bacil). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně přímé detekce Mycobacterium tuberculosis. Výlukou z plnění je abúzus návykových látek a diagnostikovaná HIV pozitivita.
<b>Tetanus</b>	Tetanem se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani u řádně očkování klienta, u kterého onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
<b>Bechtěrevova nemoc (Morbus bechtěrev)</b>	Bechtěrevovou nemocí se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánětlivé onemocnění páteře s průkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění v pokročilém stadiu (stadium IV a výše) potvrzené rentgenovým snímkem, vyšetřením CT nebo MR páteře zobrazujícím zánětem změněné a srostlé obratle (bambusová páteř) a výrazné klinické obtíže (bolestivé pohybové potíže a omezení dýchací mechaniky). Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště popisující klinické příznaky a výsledky provedených vyšetření.
<b>Revmatoidní artritida</b>	Revmatoidní artritidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunitní systémové onemocnění šlach a kloubů splňující kritéria této choroby a s jistotou potvrzené revmatologem. Musí se jednat o takovou míru postižení, při které pacient nemůže vykonávat současně 3 z následujících činností samostatně: a) oblékání, b) přemístění z lůžka do křesla a zpět, c) pohyb z místnosti do místnosti, d) nespolehlivé ovládání střev nebo kontroly močení, e) přijímání potravy (překonání vzdálenosti talíř-ústa), f) koupání či sprchování. Diagnóza musí být doložena nálezy z revmatologie.
<b>Onemocnění HIV</b>	Onemocněním HIV se ve smyslu tohoto pojištění rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu prokazatelně pouze cestou krevní transfuze podané ve zdravotnickém zařízení na území Evropské unie. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje.
<b>Meningitida, encefalitida, meningoencefalitida</b>	Meningitidou, encefalitidou či meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně nebo mozkových blan jakéhokoliv původu (bakteriálního, virového, klíšťového i Creutzfeldt-Jakobova nemoc). Musí se jednat o závažný stupeň postižení nemocného, kdy dotčený není schopen vykonávat alespoň tři běžné denní činnosti bez pomoci druhé osoby: a) oblékání, b) přemístění z lůžka do křesla a zpět, c) pohyb z místnosti do místnosti, d) nespolehlivé ovládání střev nebo kontroly močení, e) přijímání potravy (překonání vzdálenosti talíř-ústa), f) koupání či sprchování. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infektologie) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.
<b>Crohnova nemoc</b>	Crohnovou chorobou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí histologicky ověřené onemocnění touto chorobou vyžadující alespoň 3 měsíce aktivní léčby.

#### Balíček PÉČE O DÍTĚ (ČPZ)

<b>Vážná diagnóza</b>	<b>Specifikace</b>
<b>Zhoubné nádory (rakovina)</b>	Zhoubným nádorem (rakovinou) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí tato diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem s hodnocením podle mezinárodní klasifikace TNM a byl-li proveden chirurgický výkon, doplněná operačním protokolem. Pojem rakovina zahrnuje i leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocení pT1 (Clark II.) a vyšší, zhoubné nádory mozku. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště. Výluky z plnění: premalignity a nádory in situ.
<b>Nezhoubný nádor mozku</b>	Nezhoubným nádorem mozku se ve smyslu tohoto pojištění rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a možnost léčebného řešení musí být doložena lékařskou zprávou z neurochirurgie, případně neurologie.
<b>Poliomyelitida</b>	Poliomyelitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po akutní infekci virem poliomyelity, který způsobil zánět šedé hmoty míšni s následnou obrnou končetin, případně jinými neurologickými příznaky. Diagnóza a způsob léčby musí být doložen lékařskou zprávou z neurologie, s popisem postižení pohybových funkcí trvajícím nejméně po dobu 3 měsíců a prokázáním přítomnosti viru v mozkomíšním moku a v séru. Výluky z plnění: a) pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře, b) jde o přechodnou nebo lehkou poruchu pohybových funkcí s normální kvalitou života, c) jedná se o DMO (dětskou mozkovou obrnu) vzniklou poškozením mozku perinatálně.
<b>Meningitida</b>	Meningitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan bakteriálního nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu, nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologii (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců a doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
<b>Encefalitida</b>	Encefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně bakteriálního (pneumokoková, meningokoková,...) nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologii (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců a doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.



<b>Klíšťová meningoencefalitida</b>	Klíšťovou meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologií (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.
<b>Diabetes mellitus I. typu</b>	Diabetem mellitu I. typu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí získaná chronická hyperglykémie na podkladě postupného snižování produkce inzulínu, s nutností trvalé léčby pravidelnými aplikacemi inzulínu. Diagnóza onemocnění musí být stanovena diabetologem a léčba musí trvat nejméně po dobu šesti měsíců. Musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (diabetologie nebo interna).
<b>Operace srdeční chlopně</b>	Operací srdeční chlopně se ve smyslu tohoto pojištění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální a aortální) na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický zákrok musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (kardiologie, interna).
<b>Získané chronické srdeční onemocnění</b>	Získaným chronickým srdečním onemocněním ve smyslu tohoto pojištění se rozumí trvalé funkční nebo morfologické poškození srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující trvalou medikaci a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie).
<b>Roztroušená skleróza</b>	Roztroušenou sklerózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (CNS), tedy mozku a míchy. Klinické příznaky demyelinizačního onemocnění s průkazem postižení centrálního nervového systému musí být přítomny a dokumentovány v délce trvání nejméně po dobu 6 měsíců nebo musí být dokumentovány min. 2 ataky onemocnění a potvrzeny diagnostickým vyšetřením. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologem).
<b>Lymská borelióza</b>	Lymskou boreliózou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologií (infekce). Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
<b>Chronická virová hepatitida</b>	Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (průkaz viru, protilátek, jaterní testy) musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, interna, hepatologická poradna). Vyluka z plnění: onemocnění hepatitidou typu C v důsledku aplikace návykových látek.
<b>Aplastická anémie</b>	Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek: a) pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců, b) pravidelné aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou měsíců, c) transplantace kostní dřeně, nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště – hematologie. Vyluka z plnění: vrozená aplastická anémie.
<b>Revmatická horečka</b>	Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení a) srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV., nebo b) kloubů (opakované záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).
<b>Selhání ledvin</b>	Selháním ledvin se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).
<b>Transplantace životně důležitých orgánů</b>	Transplantací životně důležitých orgánů se ve smyslu tohoto pojištění rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřeně (u kostní dřeně heterotransplantát), nebo vedení pojištěného dítěte v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území České republiky. Vyluky z plnění: transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí a transplantace tkání.
<b>Slepotá</b>	Slepotou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí úplná a nevratná ztráta zraku obou očí následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu, zda ke ztrátě zraku došlo na obou očích najednou či postupně, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ophthalmologie) a potvrzena vyšetřením visu.
<b>Hluchota</b>	Hluchotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (nemožnost příjmu zvukových informací) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ORL – otorinolaryngologie) a potvrzena audiometrickým vyšetřením.
<b>Onemocnění HIV získané při transfuzi krve</b>	Onemocněním HIV ve smyslu tohoto pojištění se rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu dítěte prokazatelně pouze cestou krevní transfuze. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Vyluka z plnění: je-li u dítěte diagnostikována hemofilie.
<b>Tetanus</b>	Tetanem se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku práva na plnění je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajícím po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště. Vyluka z plnění: pokud dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.
<b>Epilepsie</b>	Epilepsií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí záchvatovitá porucha mozkové činnosti, která se projevuje opakovanými záchvaty poruchy vědomí (dříve Petit mal) bez nebo s generalizovanými záchvaty tonickoklonických křečí (dříve Grand mal). Podmínkou je evidence na specializovaném pracovišti, trvalá léčba antiepileptiky pro opakované záchvaty v minimální délce léčby po dobu 6 měsíců. Medikace nesmí být podávána pouze z preventivních důvodů. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou z dětského neurologického pracoviště a potvrzená vždy EEG vyšetřením a MR nebo CT vyšetřením. Vyluka z plnění: symptomatická epilepsie (mající zjištělou příčinu), u které příčina onemocnění vznikla do dvou let věku dítěte.

# Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění zlomeniny č.j.: 15/2014 (ZPP-Z)

## ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění zlomeniny, 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 a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

**Zlomenina** – porušení celistvosti zdravé kosti, bez ohledu na to, zda zanechá trvalé následky nebo nikoli.

**Patologická zlomenina** – zlomenina, která je důsledkem snížení pevnosti kosti, tj. vznikla v místě, ve kterém předchozí nemoc způsobila oslabení (prořídnutí) kosti.

**Lehká sádru** – odlehčená fixace neboli obvaz z polymerního plastu v případě léčby zlomeniny fixační sádrovou dlahou, cirkulárním sádrovým obvazem nebo fixací delbetovými kruhy.

## ROZSAH POJIŠTĚNÍ

### Článek 2

#### Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění zlomeniny (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové.

2. V případě pojistné události vyplácí pojišťovna jednorázové plnění, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a těmito ZPP.

### Článek 3

#### Pojistná událost

Pojistnou událostí je použití lehké sádry při léčbě zlomeniny vzniklé v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo za trvání pojištění.

## VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

### Článek 4

#### Vyluky z pojištění

1. Podmínky, za kterých pojišťovna neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
2. Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění v případě:
  - a) úrazu pojištěného nastalého před počátkem pojištění,
  - b) patologické zlomeniny,
  - c) úrazu, jehož léčbu pojištěný nedoložil doklady ve smyslu čl. 6 těchto ZPP.

## POJISTNÉ PLNĚNÍ

### Článek 5

#### Pojistné plnění a limit pojistného plnění

1. Pojistné plnění vyplácí pojišťovna ve výši skutečně uhrazených nákladů za lehkou sádrovou aplikaci, nejvýše však ve výši sjednaného limitu pojistného plnění, který se vztahuje na všechny pojistné události nastalé v důsledku jednoho úrazu.

2. Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
3. Oprávněnou osobou je pojištěný.

## POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

### Článek 6

#### Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
  - a) doručí pojišťovně doklad o úhradě nákladů za lehkou sádrovou aplikaci,
  - b) doručí pojišťovně příslušnou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k úrazu pojištěného (např. lékařskou zprávu, konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice v případě nezbytné hospitalizace), jakož i další doklady, které si pojišťovna vyžádá.
2. Doklady uvedené v odst. 1 písm. a) musí obsahovat zejména specifikaci výkonu a použité lehké sádry, cenu lehké sádry a její aplikace.
3. Doklady uvedené v odst. 1 písm. b) musí obsahovat zejména identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště), určení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD, specifikaci úrazu a zlomeniny, datum počátku a ukončení hospitalizace související s úrazem nebo datum lékařského ošetření.
4. Doklady uvedené v odst. 1 pojištěný předloží pojišťovně bez zbytečného odkladu.

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

# Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění následné péče č.j.: 19/2014 (ZPP-NP)

## ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění následné péče, 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“), tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“) a Přehled pojistného plnění, který blíže upravuje jednotlivá pojištění.

## VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

### Článek 1

#### Výklad pojmů

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

**Nemocnice** – zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém je pojištěnému poskytována ve smyslu platné právní úpravy léčebná péče formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo akutní lůžkové péče standardní.

**Hospitalizace** – pobyt pojištěného na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a podle obecně vědecky uznávaných metod, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby, tj. zdravotnickou dokumentaci.

**Nezbytnost z lékařského hlediska** – nutnost poskytnutí takové péče, léčby, vyšetření, ošetření, prostředků nebo výkonů, kterou vyžaduje zdravotní stav pojištěného vyvolaný vážným poškozením zdraví, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař pojištěného a která je součástí léčebného procesu souvisejícího s léčením vážného poškození zdraví. V případě pochybností, zda se jedná o nezbytnost z lékařského hlediska, rozhoduje lékař určený pojišťovnou.

**Ortopedické, stomatologické a jiné zdravotnické prostředky** – takové prostředky:

- a) které jsou pro pojištěného z lékařského hlediska nezbytné s ohledem na vážné poškození zdraví nebo na charakter lékařského ošetření souvisejícího s pojistnou událostí a
- b) k jejichž pořízení je nutná spoluúčast pacienta, nebo které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Zejména se jedná o ortézy zad, horních a dolních končetin, protézy dolních končetin, trupové ortézy, bandáže, krční límce, hole, invalidní vozíky, chodítka, podavače předmětů, zubní implantáty, zubní korunky, zubní můstky, zubní protézy, naslouchátka, brýle, kontaktní čočky, epitézy, paruky, pleny.

**Regulační poplatky a jiné zdravotnické poplatky a doplatky** – poplatek za recept, poplatek za návštěvu u lékaře, poplatek za využití lékařské pohotovostní služby, doplatek za léky a léčivé přípravky nezbytné k léčbě vážného poškození zdraví.

**Advokát se zaměřením na sociální a zdravotní právo a problematiku nároků z veřejného zdravotního pojištění** – fyzická osoba zapsaná v seznamu advokátů vedeném Českou advokátní komorou.

**Projektant** – fyzická osoba oprávněná ve smyslu platné právní úpravy k projektové činnosti ve výstavbě.

**Příměřená doprava** – způsob dopravy přiměřený vážnému poškození zdraví, pojišťovna proplatí náklady ve výši obvyklých nákladů na dopravu odpovídající vážnému poškození zdraví.

## ROZSAH POJIŠTĚNÍ

### Článek 2

#### Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění následné péče (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové s výjimkou výplaty bolestného, která je sjednávána jako pojištění obnosové.
2. V případě pojistné události poskytne pojišťovna pojistné plnění, a to v rozsahu vymezeném těmito ZPP a Přehledem pojistného plnění.

### Článek 3

#### Pojistná událost

Pojistnou událostí je vážné poškození zdraví vzniklé za trvání pojištění definované v Přehledu pojistného plnění.

## VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

### Článek 4

#### Vyluky z pojištění

1. Podmínky, za kterých pojišťovna neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP. Ustanovení čl. 5 odst. 2 písm. c) VPP se nepoužije.
2. Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění v případě:
  - a) nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojišťovnou musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejich příčin, následků a komplikací,
  - b) úrazu pojištěného nastalého před počátkem pojištění včetně jeho následků a komplikací,
  - c) genetické nebo vrozené vady či perinatálního poškození mozku, pokud se projeví do dovršení 15 let věku pojištěného,
  - d) operace, která byla plánována před počátkem pojištění nebo o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl před počátkem pojištění,
  - e) operace, která byla provedena za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
  - f) operace, která byla provedena v zařízení, které není oprávněno poskytovat zdravotní služby ve smyslu platné právní úpravy,

- g) zdravotních výkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, kromě případů, kdy jsou poskytovány pojišťovnou,
  - h) kdy o nezbytnosti z lékařského hlediska rozhoduje lékař určený pojišťovnou a pojištěný odmítne vyšetření zdravotního stavu tímto lékařem, nebo kdy se pojištěný k tomuto vyšetření nedostaví nebo se vyšetřit nenechá,
  - i) kdy pojištěný nedoloží požadované doklady ve smyslu čl. 6 odst. 1 těchto ZPP,
  - j) kdy pojištěný neumožní pojišťovně kontrolu poskytování přírodních plnění, zejména neposkytne souhlas se shromažďováním a zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu nebo neurčí pojišťovně jako osobu, kterou může poskytovatel zdravotních služeb informovat o jeho zdravotním stavu a jako osobu, která může nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace, nebo v případě, že pojištěný souhlas nebo určení odvolá,
  - k) kdy pojištěný není schopen fyzicky nebo mentálně aktivní spolupráce při poskytování přírodních plnění.
3. Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění v případě, že k úrazu došlo v souvislosti s:
    - a) takovým jednáním pojištěného, při kterém závažným způsobem porušil ustanovení zákona o provozu na pozemních komunikacích,
    - b) řízením motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně, a to bez ohledu na to, kdo tyto soutěže organizuje či pořádá a nakolik jsou při těchto soutěžích dodržována pravidla provozu na pozemních komunikacích; pojišťovna není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto soutěží nebo přípravy na ně jako společník (nebo organizátor či pořadatel).

## POJISTNÉ PLNĚNÍ

### Článek 5

#### Pojistné plnění a limit pojistného plnění

1. Při pojistné události poskytuje pojišťovna pojistné plnění podle vážného poškození zdraví, a to v rozsahu uvedeném v Přehledu pojistného plnění.
2. Pojistné plnění je poskytováno ve formě přírodních nebo peněžitého plnění.
3. Přírodním plněním se rozumí poskytnutí účelné a z lékařského hlediska nezbytné:
  - a) léčebné rehabilitační péče a lázeňské léčebné rehabilitační péče,
  - b) psychologické (psychiatrické) konzultace a léčby,
  - c) péče plastického chirurga.
4. Peněžitým plněním se rozumí:
  - a) výplata bolestného,

- b) proplacení nákladů vynaložených v souvislosti s léčením vážného poškození zdraví na:
- nadstandardní pokoj v nemocnici,
  - přiměřenou dopravu při dojíždění do/ze zdravotnického zařízení, ve kterém je pojištěnému poskytována léčebně rehabilitační péče nebo lázeňská léčebně rehabilitační péče (v případě pojištěného dítěte budou náklady na dopravu a ubytování proplaceny také jedné dospělé osobě, která ho doprovází),
  - regulační poplatky a jiné zdravotnické poplatky a doplatky,
  - pořízení ortopedických, stomatologických a jiných zdravotnických prostředků.
- c) proplacení nákladů vynaložených na sociální a právní poradenství v souvislosti s vážným poškozením zdraví, tj. na konzultaci asistenta sociální péče a advokáta se zaměřením na sociální a zdravotní právo a problematiku nároků z veřejného zdravotního pojištění,
- d) proplacení nákladů vynaložených v souvislosti s vážným poškozením zdraví na úpravu bytu nebo domu, kde pojištěný bydlí, tj. na činnost projektanta ve smyslu platné právní úpravy nebo na stavební úpravy.
- Limity pojistného plnění jsou vymezeny v Přehledu pojistného plnění.
  - Pokud pojištěný bez objektivní příčiny zmaří nebo podstatně ztíží poskytnutí naturálního plnění, zejména pokud se bez závažných důvodů nedostaví na sjednanou lékařskou prohlídku nebo konzultaci, považuje se toto pojistné plnění za řádně poskytnuté.
  - Pokud pojištěný odmítne poskytnutí naturálního plnění tak, jak je mu schopen poskytnout pojišťitel, a doloží doklad o úhradě léčebně rehabilitační péče,

lázeňské léčebně rehabilitační péče, psychologické (psychiatrické) konzultace a léčby, péče plastického chirurga, které byly z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení vážného poškození zdraví a které si sám zajistí, poskytne pojišťitel náhradní pojistné plnění ve výši odpovídající 70 % vynaložených nákladů, nejvýše však do výše limitu uvedeného v Přehledu pojistného plnění.

- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Pojišťitel ukončí poskytování:
  - naturálního i peněžitého plnění uplynutím 24 měsíců od vzniku pojistné události, a to i v případě, že následky vážného poškození zdraví trvají,
  - naturálního plnění včetně náhradního pojistného plnění uplynutím 3 měsíců od zániku pojištění.

Pro ukončení poskytování naturálního plnění je určující doba, která uplyne dříve.

## POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

### Článek 6

#### Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
  - oznámí pojišťiteli pojistnou událost prostřednictvím formuláře „Oznámení pojistné události“ bez zbytečného odkladu, nejpozději do 90 dnů od jejího vzniku,
  - doloží pojišťiteli příslušnou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k pojistné události (zejména lékařskou zprávu nebo konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice); zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo a adresu

- bydliště), označení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD a v případě konečné propouštěcí zprávy také datum počátku a ukončení hospitalizace,
- doloží pojišťiteli doklady o úhradě nákladů vynaložených:
    - ve smyslu čl. 5 odst. 4 písm. b) těchto ZPP,
    - na sociální a právní poradenství ve smyslu čl. 5 odst. 4 písm. c) těchto ZPP,
    - na úpravu bytu nebo domu ve smyslu čl. 5 odst. 4 písm. d) těchto ZPP spolu s dokladem o trvalém bydlišti nebo platnou nájemní smlouvou a souhlasem pronajímatele s úpravami bytu nebo domu,
  - doloží pojišťiteli další doklady, které si pojišťitel vyžádá, a poskytne pojišťiteli nezbytnou součinnost při poskytování naturálního plnění.

- Dále se pojištěný:
  - dostaví v dohodnutém termínu k poskytnutí naturálního plnění,
  - v případě posuzování nezbytnosti z lékařského hlediska nechá vyšetřit lékařem určeným pojišťitelem a dostaví se v dohodnutém termínu k vyšetření zdravotního stavu.
- V případě žádosti pojištěného o poskytnutí náhradního pojistného plnění ve smyslu čl. 5 odst. 7 těchto ZPP pojištěný doloží pojišťiteli doklady uvedené v odst. 1 písm. a) a b), jakož i doklady o úhradě nákladů vynaložených na poskytnutí:
  - léčebně rehabilitační péče a lázeňské léčebně rehabilitační péče,
  - psychologické (psychiatrické) konzultace a léčby,
  - péče plastického chirurga.

**Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 7. 2014.**

## PŘEHLED POJISTNÉHO PLNĚNÍ A LIMITŮ POJISTNÉHO PLNĚNÍ K POJIŠTĚNÍ NÁSLEDNĚ PÉČE sjednávanému jako součást balíčků PREVENCE A ASISTENCE

č. 03/2014-ŽP-NP

Rozsah pojistného plnění a limity pojistného plnění ve smyslu čl. 5 ZPP-NP č.j.: 19/2014.

Limity pojistného plnění se vztahují na jedno vážné poškození zdraví. Pojistné plnění je k jednomu vážnému poškození zdraví poskytnuto nejvýše jednou za pojistný rok, maximálně však dvakrát za celou dobu trvání pojištění.

V případě souběhu více vážných poškození zdraví se jednotlivé limity pojistného plnění sčítají.

### Balíček REKONVALESCENCE (ČPZ)

#### Význam použitých zkratk

REHABILITACE – Léčebně rehabilitační péče a lázeňská léčebně rehabilitační péče  
 PSYCHOLOGIE – Psychologická (psychiatrická) konzultace a léčba  
 PLASTIKA – Péče plastického chirurga

Vážné poškození zdraví	Specifikace	Naturální plnění			
		LIMIT PLNĚNÍ	REHABILITACE	PSYCHOLOGIE	PLASTIKA
<b>Pokročilá rakovina</b>	Pokročilou rakovinou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí diagnóza zhoubného nádoru vyžadující radikální operační řešení (odstranění orgánu nebo jeho významné části) nebo vyžadující léčbu poškozující dlouhodobě integritu pacienta (radioterapie, chemoterapie, biologická léčba), případně terminální nádorové onemocnění vyžadující paliativní léčbu. Pojem pokročilá rakovina zahrnuje i melanom kůže stadia IIIA a vyšší a také leukémie, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc – vše od stadia II. (resp. stadia B) a vyšší. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně histologického nálezu a záznamu o léčbě. Vyloučeny jsou nádory spojené s HIV pozitivitou.	<b>30 000 Kč</b>	ANO	ANO	ANO
<b>Cévní mozková příhoda (mrtvice)</b>	Cévní mozkovou příhodou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy akutní mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému neurologickému postižení (odpovídající alespoň středně těžkému postižení hybnosti minimálně jedné končetiny, případně alespoň středně závažnému postižení řeči), které je přítomno ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením min. po 3 měsících.	<b>30 000 Kč</b>	ANO	ANO	ANO
<b>Krvácení do mozku</b>	Krvácením do mozku se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení, vedoucího k objektivně stanovenému neurologickému postižení (odpovídající alespoň středně těžkému postižení hybnosti minimálně jedné končetiny, případně alespoň středně závažnému postižení řeči), které je přítomno ještě po uplynutí 3 měsíců od vzniku krvácení. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením min. po 3 měsících.	<b>10 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE
<b>Akutní infarkt myokardu s trvalým poškozením srdce</b>	Akutním infarktem myokardu s trvalým poškozením srdce se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení věnčité tepny s trvalým postižením významné části myokardu a poklesem ejekční frakce levé komory pod 40 %. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu, při současné přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií: a) typický průběh bolestí na hrudi, b) vývoj EKG svědčící pro ischemii, c) přesvědčivý koronarografický nálezu dokládající postižení příslušné tepny. Závažnost postižení funkce levé komory musí být doložena hodnotou ejekční frakce levé komory (EF LK) nižší nebo rovnou 40 % změřenou zobrazovacími vyšetřeními provedenými min. za 3 měsíce po infarktu. Diagnóza musí být doložena uvedeným vyšetřením a propouštěcí zprávu z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován.	<b>10 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE
<b>Kardio-myopatie</b>	Kardio-myopatií tj. onemocněním srdeční svaloviny (myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí skupina onemocnění srdečního svalu spojených s významnou poruchou srdeční funkce – dilatační, restriktivní nebo hypertrofická kardio-myopatie. Musí se jednat o závažné onemocnění s postižením ejekční frakce levé komory menší nebo rovné 40 % při min. dvou zobrazovacích vyšetřeních s odstupem alespoň 3 měsíců. Diagnóza musí být potvrzena lékařskými zprávami z kardiologie obsahujícími výsledky výše uvedených vyšetření. Vyloučena je kardio-myopatie při abúzu alkoholu.	<b>10 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE



<b>Transplantace životně důležitých orgánů</b>	Transplantací životně důležitých orgánů se ve smyslu tohoto pojištění rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřeně (u kostní dřeně heterotransplantát) nebo vedení pojištěného v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území Evropské unie.	10 000 Kč	ANO	ANO	ANO
<b>Náhrady srdečních chlopní</b>	Náhradou srdečních chlopní se ve smyslu tohoto pojištění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální či aortální) na základě hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.	10 000 Kč	ANO	ANO	ANO
<b>Operace věnčitých cév v mimotělním oběhu</b>	Operací věnčitých tepen v mimotělním oběhu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí kardiochirurgický výkon – operace věnčitých tepen (by-pass) provedené při otevřeném hrudníku. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.	10 000 Kč	ANO	ANO	ANO
<b>Operace aorty</b>	Operací aorty se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chirurgický zákrok na hrudní nebo břišní aortě pro potvrzené významné aneurysma. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku či břišní dutině. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z chirurgie provádějící daný operační výkon.	10 000 Kč	ANO	ANO	ANO
<b>Těžká plicní nedostatečnost</b>	Těžkou plicní nedostatečností se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pokročilá onemocnění plic s dechovým selháváním (chronická respirační insuficience) splňující všechna následující kritéria současně: a) hodnota FEV1 měřená spirometricky musí být stále pod 1 litr, b) je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii, c) parciální tlak kyslíku (PaO2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg, d) je pocíována klidová dušnost. K posouzení je nutné doložit nález pneumologa.	10 000 Kč	ANO	ANO	NE
<b>Slepot</b>	Slepotou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí postižení zraku hodnocené specialistou jako praktická či úplná slepota, tedy zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí nejvýše 1/60 (0,02) nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace.	10 000 Kč	ANO	ANO	NE
<b>Selhání ledvin</b>	Selháním ledvin se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).	10 000 Kč	ANO	ANO	NE
<b>Roztroušená skleróza</b>	Roztroušenou sklerózou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí všechna onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (mozku nebo míchy). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění ve stadiu výrazných klinických příznaků (upoutání na invalidní vozík a závislost na pomoci druhé osoby), nereagující na terapii. Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie).	10 000 Kč	ANO	ANO	NE
<b>Amputace končetin</b>	Amputací se ve smyslu tohoto pojištění rozumí neúrazová amputace libovolné končetiny na úrovni dlouhé kosti (tzn. minimálně v bérce, případně nad zápěstím) z důvodu jakéhokoliv onemocnění.	10 000 Kč	ANO	ANO	ANO

#### Balíček PÉČE O DÍTĚ (ČPZ)

##### Význam použitých zkratk

REHABILITACE – Léčebně rehabilitační péče a lázeňská léčebně rehabilitační péče

PSYCHOLOGIE – Psychologická (psychiatrická) konzultace a léčba

PLASTIKA – Péče plastického chirurga

LÉČBA – Náklady vynaložené v souvislosti s léčením na:

i. nadstandardní pokoj v nemocnici

ii. přiměřenou dopravu při dojíždění do/ze zdravotnického zařízení, ve kterém je pojištěnému poskytována zdravotní péče v souvislosti s vážným poškozením zdraví (v případě pojištěného dítěte, budou proplaceny náklady na dopravu a ubytování také jedné dospělé osobě, která ho doprovází)

iii. regulační poplatky a jiné zdravotnické poplatky a doplatky vynaložené v souvislosti s vážným poškozením zdraví

iv. pořízení ortopedických, stomatologických a jiných zdravotnických prostředků

Vážné poškození zdraví	Specifikace	LIMIT PLNĚNÍ	Naturální plnění			Peněžitě plnění
			REHABILITACE	PSYCHOLOGIE	PLASTIKA	
<b>Zhoubné nádory (rakovina)</b>	Zhoubným nádorem (rakovinou) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí tato diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem s hodnocením podle mezinárodní klasifikace TNM a byl-li proveden chirurgický výkon, doplněná operačním protokolem. Pojem rakovina zahrnuje i leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocení pT1 (Clark II.) a vyšší, zhoubné nádory mozku. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště. Výluky z plnění: premalignity a nádory in situ.	100 000 Kč	ANO	ANO	ANO	ANO
<b>Nezhoubný nádor mozku</b>	Nezhoubným nádorem mozku se ve smyslu tohoto pojištění rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a možnost léčebného řešení musí být doložena lékařskou zprávou z neurochirurgie, případně neurologie.	100 000 Kč	ANO	ANO	ANO	ANO
<b>Poliomyelitida</b>	Poliomyelitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po akutní infekci virem poliomyelitidy, který způsobil zánět šedé hmoty míšni s následnou obrnou končetin, případně jinými neurologickými příznaky. Diagnóza a způsob léčby musí být doložen lékařskou zprávou z neurologie, s popisem postižení pohybových funkcí trvajícím nejméně po dobu 3 měsíců a prokázáním přítomnosti viru v mozkomíšním moku a v séru. Výluky z plnění: a) pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře b) jde o přechodnou nebo lehkou poruchu pohybových funkcí s normální kvalitou života c) jedná se o DMO (dětskou mozkovou obrnu) vzniklou poškozením mozku perinatálně	100 000 Kč	ANO	ANO	NE	ANO
<b>Meningitida</b>	Meningitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan bakteriálního nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu, nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologii (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců a musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.	100 000 Kč	ANO	ANO	NE	ANO

<b>Encefalitida</b>	Encefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně bakteriálního (pneumokoková, meningokoková, ...) nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologii (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců a musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.	<b>100 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE	ANO
<b>Klíšťová meningoencefalitida</b>	Klíšťovou meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologií (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.	<b>100 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE	ANO
<b>Diabetes mellitus I. typu</b>	Diabetem mellitu I. typu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí získaná chronická hyperglykémie na podkladě postupného snižování produkce inzulínu s nutností trvalé léčby pravidelnými aplikacemi inzulínu. Diagnóza musí být stanovena diabetologem a léčba musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (diabetologie nebo interna).	<b>10 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE	ANO
<b>Operace srdeční chlopně</b>	Operací srdečních chlopně se ve smyslu tohoto pojištění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální a aortální) na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický zákrok musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (kardiologie, interna).	<b>10 000 Kč</b>	ANO	ANO	ANO	ANO
<b>Získané chronické srdeční onemocnění</b>	Získaným chronickým srdečním onemocněním se ve smyslu tohoto pojištění rozumí trvalé funkční nebo morfologické poškození srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující trvalou medikaci a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie).	<b>10 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE	ANO
<b>Roztroušená skleróza</b>	Roztroušenou sklerózou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (CNS), tedy mozku a míchy. Klinické příznaky demyelinizačního onemocnění s průkazem postižení centrálního nervového systému musí být přítomny a dokumentovány v délce trvání nejméně po dobu 6 měsíců nebo musí být dokumentovány min. 2 ataky onemocnění a potvrzeny diagnostickým vyšetřením. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologem).	<b>100 000 Kč</b>	ANO	ANO	NE	ANO