

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti schválené představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a. s. dne 22. 8. 2003

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a. s. (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku¹ (dále jen „zákon“), zákona o pojišťovnictví², tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „pojistné podmínky“) a smluvní ujednání, které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Předmět a rozsah pojištění

1. V případě pojistné události poskytuje pojistitel smluvně dohodnutou nebo pojistitelem denní dávku (čl. 10) či pevnou denní dávku (čl. 13) od určeného dne pracovní neschopnosti, a to při ztrátě na výděleku v důsledku nemoci nebo úrazu, pokud je jimi zapříčiněna pracovní neschopnost.
2. Rozsah pojistné ochrany vyplývá z pojistné smlouvy.
3. Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu³, příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatele“).
4. Výši příjmu dokládají zaměstnanci a podnikatelé způsobem vymezeným v čl. 11.
5. Povoláním se pro účely těchto podmínek míní výkon práce na základě pracovní smlouvy nebo jemu obdobného vztahu⁴, živnostenské podnikání⁵ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁶.
6. Pojistitel může osoby, které vykonávají určitá povolání, pojistit dle směrnice pojistitele s přírůžkou (za výkon povolání) nebo je z pojištění vyloučit (tzv. „nepojistitelná povolání“).

Článek 2 Územní platnost pojištění

1. Pojistná ochrana platí na území České republiky.
2. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, pokud se účastníci nedohodnou jinak.

Článek 3 Pojistná doba, počátek a konec pojištění

1. Pojištění se sjednává na dobu jednoho roku a pokud není ke konci pojistného období vypovězeno, prodlužuje se za stejných podmínek automaticky o další rok.
2. Pojištění začíná v 00,00 hodin dne, určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, pojištění začíná v 00,00 hodin prvního dne kalendářního měsíce následujícího po uzavření pojistné smlouvy.
3. Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
4. Pojištění končí ve 24,00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění nebo dne, kdy na základě úkonů účastníků nebo skutečností určených těmito pojistnými podmínkami, pojištění zaniklo.
5. Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
6. Pojištění zanikne na základě těchto úkonů účastníků (pojistitele nebo pojistníka):
 - a) písemnou výpovědí ke konci pojistného období, výpověď musí být dána a doručena alespoň šest týdnů před jeho uplynutím,
 - b) písemnou výpovědí doručenu do dvou měsíců po uzavření pojistné smlouvy, výpovědní lhůta je v tomto případě osmidenní a jejím uplynutím pojištění zanikne,
 - c) odstoupením od smlouvy (čl. 31),
 - d) odmítnutím plnění ze strany pojistitele (čl. 19).
7. Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - a) dnem, kdy pojištěný nebo pojistník přestane mít trvalé bydliště na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) dnem, kdy se pojištěný stal osobou, která nemá žádný čistý příjem, nedohodnou-li se účastníci na přerušení pojištění (čl. 30),
 - d) dnem, kdy pojištěný přestane vykonávat povolání, respekt. kdy přerušil výkon samostatné výdělečné činnosti, na jejichž základě bylo sjednáno pojištění (čl. 1 odst. 5), nedohodnou-li se účastníci na změně (čl. 29) nebo přerušení pojištění (čl. 30),
 - e) dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁷ nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění⁸, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,
 - f) dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, kdy pojištěnému stanoveno počátek výplaty přiznaného plného nebo částečného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů⁹,
 - g) vyplacením pojistného plnění (denní dávky) po dobu 52 týdnů. Pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním nebo léčením následků úrazu (stejnou diagnózou) sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců,
 - h) nezaplacením pojistného na první nebo další pojistné období za podmínek a v lhůtách stanovených zákonem; pojistné do zániku pojištění v tomto případě vždy náleží pojistiteli.

Článek 4 Pojistné období

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

Článek 5 Pojistné a splatnost pojistného

1. Pojistné je úplata (cena) za poskytování pojistné ochrany.
2. Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojistitelem. Pro stanovení výše pojistného je rozhodující pohlaví a věk pojištěného, jeho zdravotní stav, vykonávané povolání (zaměstnání, podnikání nebo jiná samostatná výdělečná činnost) a další aktivity pojištěného (např. výkon sportu).
3. Za věk pojištěného se považuje rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.
4. Pojistné na první pojistné období je splatné ke dni uzavření pojistné smlouvy. Pojistné na další pojistná období (tzv. „běžné pojistné“) je splatné vždy prvního dne pojistného období.
5. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení.
6. Za upomínání dlužného pojistného je pojistitel oprávněn účtovat poplatek ve výši vynaložených nákladů a poštovného.
7. Za podmínek stanovených zákonem má pojistitel právo na pojistné do zániku pojištění.
8. Zanikne-li pojištění před uplynutím doby, za kterou bylo běžné pojistné zaplacené, je pojistitel povinen zbyvající část pojistného vrátit.

Článek 6 Přizpůsobení pojistného

1. Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
2. Pojistitel je povinen sdělit pojistníkovi nově stanovenou výši běžného pojistného, a to nejpozději ve lhůtě dvou měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit a určit lhůtu k přijetí návrhu.
3. Zvýšení pojistného dle odst. 2 se uplatní ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 7 Čekací doba

1. Nárok na pojistné plnění z pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vzniká teprve u pojistné události, nastalé po uplynutí čekací doby.
2. Délka čekací doby činí tři měsíce.
3. Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
4. Zvýší-li se denní dávka za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu pojistné ochrany. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění (čl. 29).
5. V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpokladu, že:
 - a) úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejpozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizován; to neplatí v případě, brání-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit a pojištěný věrohodným způsobem doloží existenci těchto překážek,
 - b) hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet přenocí strávených v nemocnici (nejméně 2 přenocí).
6. Pro odpadnutí čekací doby dle odst. 5 musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 8 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je lékařsky zjištěná pracovní neschopnost pro nemoc nebo úraz osoby, na jejíž zdraví se pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“), a která nastala za trvání pojištění. Pojistnou událostí se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující přiznané pracovní neschopnosti.
2. Pojistnou událostí není pracovní neschopnost, která nastala před počátkem pojištění (čl. 3) a v čekací době (čl. 7).
3. Pojistnou událost je třeba doložit lékařskou zprávou a dokladem o pracovní neschopnosti (čl. 9), jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá.
4. Pojistná událost vzniká dnem, kdy podle lékařského potvrzení nastala pracovní neschopnost a končí dnem, kdy je podle lékařského potvrzení pracovní neschopnost ukončena. Nepotvrdí-li však lékař určený pojistitelem s ohledem na dosavadní průběh léčení nezbytnost dalšího trvání pracovní neschopnosti pojištěného, končí pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem (čl. 9 odst. 2). Tímto dnem končí i povinnost pojistitele plnit (čl. 17 odst. 5).
5. Od počátku pracovní neschopnosti nebo změny diagnózy v průběhu již přiznané pracovní neschopnosti běží tzv. „karenční doba“, po jejímž uplynutí vzniká od smluvně určeného dne pracovní neschopnosti (čl. 15) právo na výplatu denní dávky, trvá-li pracovní neschopnost.
6. Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro více nemocí a nebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.

Článek 9 Pracovní neschopnost

1. Pracovní neschopnost ve smyslu těchto pojistných podmínek nastává při splnění těchto podmínek:
 - a) pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání (tj. zaměstnání, podnikatelskou nebo jinou samostatnou výdělečnou činnost), na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - b) pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující

- lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti¹⁰, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění¹¹ nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění.
2. V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti nezbytně nutnou k vyléčení a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem.
 3. Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 1. Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 10 Pojistné plnění s povahou náhrady škody

1. Výše pojistného plnění vyplývá ze smluvně dohodnuté denní dávky. Tato výše nesmí překročit pojistitelnou denní dávku stanovenou dle odst. 2. Pojistitel plní ve výši smluvně dohodnuté denní dávky, nejvýše však částku pojistitelné denní dávky.
2. Pojistitelná denní dávka je skutečná ztráta na příjmu pojištěného připadající na 1 kalendářní den. Vypočítává se z pravidelných čistých příjmů (čl. 11) dosažených ze zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události, od nichž se odečtou další nároky, které pojištěnému náleží z důvodu pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří veškerá plnění, která pojištěný v případě pracovní neschopnosti může nárokovat od zaměstnavatele, z titulu nemocenského pojištění nebo sociálního zabezpečení nebo od ostatních pojistitelů k vyrovnání své ztráty na výdělku nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
3. Při pojistné události nesmí výše vyplácené denní dávky dle odst. 1, spolu s příjmy, které náleží pojištěnému dle odst. 2, překročit v přepočtu na jeden kalendářní den čistý příjem pojištěného (čl. 11).
4. Přesahuje-li smluvně dohodnutá denní dávka pojistitelnou denní dávku podle odst. 2 nebo přesahuje-li doba vyplácení mzdy nebo její náhrady smluvně dohodnutý počátek plnění (čl. 15), je pojistitel oprávněn výši denní dávky, počátek pojistného plnění a pojistné přizpůsobit skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění nastává v kalendářním měsíci, ve kterém tyto skutečnosti pojistitel zjistil, a to s účinností ode dne, který se označením shoduje s dnem počátku pojištění (čl. 3 odst. 2). Nesplnil-li pojištěný (pojistník) oznamovací povinnost (čl. 24), náleží pojistiteli pojistné v původní výši do přizpůsobení pojištění.
5. Za trvání pojištění může jak pojistitel tak i pojistník navrhnout, aby výše dohodnuté denní dávky, počátek plnění a pojistné byly přizpůsobeny skutečným poměrům. Přizpůsobení denní dávky, počátku plnění a pojistného v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojištění (čl. 29 odst. 3).
6. Při pojistné události musí pojištěný doložit výši čistého příjmu způsobem určeným pojistitelem. Dále je na vyzvu pojistitele povinen doložit výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemocenského či důchodového pojištění případně od ostatních pojistitelů k vyrovnání ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
7. Stane-li se pojištěný osobou, která nemá ve smyslu těchto všeobecných pojistných podmínek žádný čistý příjem, pojištění zaniká za podmínek stanovených v čl. 3 odst. 7 písm. c).

Článek 11 Čistý příjem a jeho dokládání

1. Čistým příjmem pojištěného se pro účely tohoto pojištění rozumí:
 - a) příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o dani z příjmu, a to po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění;
 - b) příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o dani z příjmu po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení, příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnuty do těchto výdajů.
2. Ke zjištění příjmů rozhodných pro výplatu denní dávky je pojištěný povinen na žádost pojistitele prokázat výši čistých příjmů způsobem vymezeným pojistitelem. Za tímto účelem je pojištěný povinen zprostředkovat instituce a úřady, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, finanční úřady, a pod.), čímž se rozumí i udělení písemné plné moci pojistiteli k nahlížení do spisů vedených těmito institucemi a úřady.

Článek 12 Snížení příjmu za trvání pojištění a jeho důsledky

1. Zjistí-li pojistitel při šetření pojistné události, že se snížil čistý příjem pojištěného pod výši, na jejímž základě byla sjednána denní dávka, pak je oprávněn snížit denní dávku a pojistné podle skutečně dosaženého čistého příjmu pojištěného.
2. Snížení denní dávky a pojistného dle odst. 1 se uplatní s účinností ode dne vzniku pojistné události (čl. 8 odst. 4). Nesplnil-li pojištěný (pojistník) oznamovací povinnost (čl. 24), náleží pojistiteli pojistné v původní výši do vzniku pojistné události.

Článek 13 Pojistné plnění s povahou pevné denní dávky

1. Byla-li pojistnou smlouvou sjednána pevná denní dávka, poskytuje pojistitel pevnou denní dávku v dohodnuté výši při pojistné události, a to od smluvně dohodnutého dne počátku plnění (čl. 15) a k pojistitelné denní dávce dle čl. 10 odst. 2 se nepřihlíží. Pojištěný není povinen dokládat čistý příjem dle čl. 11.
2. Přestane-li vykonávat pojištěný povolání, respekt. přerušil-li výkon samostatné výdělečné činnosti, na jehož základě bylo sjednáno pojištění a stanovena výše pevné denní dávky, pojištění zaniká za podmínek stanovených v čl. 3 odst. 7 písm. d).

Článek 14

Oprávněnost plnění

1. O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnou smlouvou a těmito pojistnými podmínkami, smluvními ujednáními a na základě dokumentů předložených pojištěným (pojistníkem).
2. Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky odborníků. Pojistitel je též oprávněn složitě pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím plnění z pojistné smlouvy.
3. Denní dávka při pracovní neschopnosti je zaručena po dobu trvání pojištění; její výplata je časově omezena na dobu 52 týdnů pro každou pojistnou událost. Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost (čl. 8 odst. 1), započítává se do doby vymezené v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí.
4. Výplata denní dávky končí nejpозději se zánikem pojištění (čl. 3).

Článek 15

Počátek plnění

1. Denní dávka při pracovní neschopnosti se vyplácí od smluvně určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby (čl. 8 odst. 5).
2. Zaměstnanec si může dohodnout v pojistné smlouvě jen jeden počátek plnění, který začíná nejdříve následující den po zániku nároku pojištěného na výplatu mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele při pracovní neschopnosti. Pokud bude mzda nebo její náhrada vyplácena i po smluvně dohodnutém počátku plnění, uplatní se postup vymezený v čl. 17 odst. 4.

Článek 16

Redukce výše denní dávky

1. Pojistitel je oprávněn snížit denní dávku:
 - a) pokud bylo v důsledku nesprávně uvedeného data narození pojištěného nebo vědomě nepravdivých či neúplných odpovědí pojistníka nebo pojištěného na písemné dotazy pojistitele určeno nižší pojistné, počátek pojištění nebo výše pojistného plnění,
 - b) pokud před vznikem pojistné události došlo u pojištěného ke změnám skutečností, které je povinen pojištěný (pojistník) pojistiteli oznámit (čl. 24), a v důsledku těchto změn nebylo placeno pojistné ve správné výši (čl. 5 odst. 2),
 - c) pokud pracovní neschopnost nastala následkem úrazu způsobeném zjevným přeceněním vlastních tělesných sil, schopností a znalostí nebo v důsledku nebalosti pojištěného.
2. Nastanou-li skutečnosti uvedené pod ustanovením odst. 1 písm. a) a b), je pojistitel oprávněn denní dávku přiměřeně snížit, a to v poměru výše pojistného, které bylo zapláceno, ke správné výši pojistného. Nastane-li skutečnost uvedená pod ustanovením odst. 1 písm. c), je pojistitel oprávněn snížit denní dávku úměrně tomu, jak jednání pojištěného mohlo, s přihlédnutím ke všem okolnostem, ovlivnit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah povinností pojistitele plnit, nejvýše však o 50 %.
3. Pojistitel je oprávněn přiměřeně, vzhledem k závažnosti porušení povinností pojištěným, snížit denní dávku, pokud jsou porušeny povinnosti uvedené v pojistné smlouvě nebo v těchto pojistných podmínkách.
4. Pojistitel je zproštěn povinností plnit do té míry, do jaké mohl požadovat od třetí osoby (osob) náhradu škody z postoupené pohledávky (čl. 28).

Článek 17

Redukce délky výplaty denní dávky

1. Pojistitel je oprávněn neposkytnout zcela nebo zčásti výplatu denní dávky, nastanou-li tyto skutečnosti:
 - a) pokud pojištěný nedoložil pojistiteli ve stanovené lhůtě potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti (čl. 25 odst. 2), nedodá-li lékařské zprávy nebo posudky, jakož i další doklady, které si pojistitel při šetření pojistné události vyžádal, a k jejichž doručení pojištěného písemně vyzval,
 - b) pokud pojištěný odmítne vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, a nebo se k tomuto vyšetření nedostaví nebo se vyšetřit nechá.

Nastanou-li skutečnosti uvedené pod písm. a), vyplatí pojistitel pojištěnému denní dávku jen za prokázanou a doloženou dobu pracovní neschopnosti.

Nastanou-li skutečnosti uvedené pod písm. b), ukončí pojistitel výplatu denní dávky dnem, kdy pojištěný odmítnul vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého určil pojistitel, respekt. dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal.

Výzva pojistitele ke splnění povinností dle písm. a) a b) musí obsahovat upozornění na důsledky spojené s nesplněním těchto povinností.

2. Porušil-li pojištěný léčebný režim a porušení léčebného režimu má důsledky pro stanovení rozsahu pojistitele plnit, tj. zejména:

- a) vykonával-li pojištěný v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatné výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti,
 - b) nezdržuje-li se pojištěný v době pracovní neschopnosti v místě bydliště nebo v místě vyznačeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti, je pojistitel oprávněn výplatu denní dávky ukončit dnem, kdy tyto skutečnosti zjistil.
3. Při opožděném hlášení počátku pracovní neschopnosti (čl. 25 odst. 1) poskytuje pojistitel výplatu denní dávky až ode dne, kdy mu byl počátek pracovní neschopnosti oznámen.
 4. Je-li pojištěnému vyplácena mzda nebo náhrada mzdy i po smluvně dohodnutém počátku plnění, počíná povinnost pojistitele vyplácet denní dávku až dnem, kdy zaměstnavatel mzdu nebo její náhradu přestane vyplácet.
 5. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem (čl. 8 odst. 4), končí tímto dnem i povinnost pojistitele vyplácet denní dávku.

Článek 18

Výluky z pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:

- a) při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,

- b) u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
- c) pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo se zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných látek následkem nedbalosti,
- d) u nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a v čekací lhůtě,
- e) pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
- f) pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal a pro kterou byl uznán vinným pravomocným rozhodnutím soudu,
- g) pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozováním sportu,
- h) při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
- i) při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráček závislosti,
- j) při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska dle posudku lékaře určeného pojistitelem nezbytnou součástí léčení nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně.

Článek 19

Odmítnutí plnění

1. Za podmínek stanovených zákonem a těmito pojistnými podmínkami je pojistitel oprávněn odmítnout pojistné plnění. Odmítnutím plnění pojištění zaniká.
2. Dozví-li se pojistitel až po pojistné události, že její příčinou je skutečnost, kterou pro vědomě nepravdivé nebo neúplné odpovědi nemohl zjistit při sjednávání pojištění a která pro uzavření pojistné smlouvy byla podstatná, je oprávněn plnění z pojistné smlouvy odmítnout.

Článek 20

Výplata pojistného plnění

1. Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojistné plnění pojištěnému nebo tomu, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“).
2. Pojistitel je povinen poskytnout pojistné plnění teprve tehdy, jestliže mu byly předloženy veškeré doklady, které požadoval. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává. V případě, že pojištěný nevyvíjí potřebnou součinnost při poskytování podkladů, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit (čl. 16) nebo jeho výplatu ukončit (čl. 17).
3. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit a určil výši a rozsah plnění.
4. Nemůže-li pojistitel skončit šetření pojistné události do jednoho měsíce po tom, kdy se o pojistné události dověděl, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho písemnou žádost přiměřenou zálohu.
5. Pokud vznikne pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, tj. výplatu denní dávky po dobu delší než jeden měsíc, vyplácí pojištěnému pojistné plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co mu pojištěný doloží svůj nárok na další pojistné plnění (čl. 25).
6. Pojistitel není v prodlení s plněním po dobu, po kterou je pojištěný v prodlení s plněním povinností, které převzal na základě pojistné smlouvy a těchto všeobecných pojistných podmínek.
7. Bylo-li v rozporu s pojistnou smlouvou vyplaceno pojistné plnění, které pojištěnému nebo tomu, komu bylo vyplaceno z nějakého důvodu nenáleželo, potom je pojištěný nebo ten, kdo pojistné plnění přijal, povinen bez právního důvodu přijaté plnění vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.
8. Nastane-li pojistná událost v době, kdy je pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění o částku odpovídající dlužnému pojistnému.
9. Dojde-li do zániku pojištění k pojistné události, která zakládá nárok na pojistné plnění, končí povinnost pojistitele plnit zánikem pojištění.
10. Zanikne-li pojištění odstoupením od smlouvy, uplatní se postup dle čl. 31.

Článek 21

Měna plnění

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

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 22

Základní povinnosti

1. Pojištěný a pojistník jsou povinni zachovávat povinnosti, které byly dohodnuty v pojistné smlouvě nebo které vyplývají ze zákona nebo z těchto pojistných podmínek.
2. Pojistník je povinen platit pojistné ve výši a lhůtách stanovených pojistnou smlouvou.
3. Při pojistné události je pojištěný povinen plnit povinnosti vymezené v čl. 25.

Článek 23

Dotazy pojistitele

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (vykonávaného povolání), výše předcházejících nebo dosahovaných čistých příjmů, zdravotního stavu pojištěného, uzavřených pojištění s jinými pojistiteli k vyrovnání ztráty příjmu při pracovní neschopnosti a dal., uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí a pod.
2. Pojištěný a pojistník jsou zodpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech

dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojistné smlouvy, onemocnění prodělaná před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavírání pojistné smlouvy včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a další. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli a pojištěný i pojistník jsou povinni odpovědět na každý dotaz pojistitele, týkající se pojištění. Dotazy pojistitele je pojištěný, respekt. pojistník povinen sdělit i zmocněnci pojistitele.

3. Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 26), který je obsažen v pojistné smlouvě.
4. Vědomě nepravdivé nebo neúplné odpovědi na dotazy pojistitele mohou mít za následek snížení pojistného plnění (čl. 16), odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy (čl. 31) nebo odmítnutí plnění (čl. 19).

Článek 24

Oznamovací povinnost

1. Pojištěný, a pokud není pojištěný a pojistník jedna osoba, tak i pojistník je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit:
 - a) každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného, mající vliv na výši příjmu, a tím i na výši denní dávky,
 - b) ukončení (přerušení) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění (čl. 13 odst. 2),
 - c) snížení čistých příjmů pojištěného (čl. 12),
 - d) ztrátu příjmu ve smyslu čl. 10 odst. 7,
 - e) zvýšení nebo vznik jiných nároků pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti, zejména zvýšení, vznik nebo prodloužení délky nároku na vyplacení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele,
 - f) uzavření pojistné smlouvy na pojištění ztráty příjmu v důsledku nemoci nebo úrazu s jiným pojistitelem,
 - g) změnu adresy bydliště účastníků pojištění, tj. pojistníka a pojištěného.
2. Oznamovací povinnost dle odst. 1 plní pojištěný nebo pojistník na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli (čl. 32).

Článek 25

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“), je povinen v případě lékařsky zjištěné pracovní neschopnosti bez zbytečných průtahů, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění (čl. 15), pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a předložit potřebné doklady, které si pojištěný vyžádá. Pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost dodržet, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou. Při opožděném hlášení počátku pracovní neschopnosti je pojištěný oprávněn uplatnit postup vymezený v čl. 17 odst. 3.
2. Trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 14 dnů trvání pracovní neschopnosti nebo pojistiteli sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.
3. Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojištěný vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojištěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojistitele bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.
4. Pojištěný, a pokud pojištěný a pojistník není jedna osoba, tak i pojistník, jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy a stanovených zejména těmito pojistnými podmínkami, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, určení výše čistého příjmu, výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
5. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je v lékařsky nutném nemocničním ošetření, nebo opustil místo bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
6. Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení. V případě porušení léčebného režimu, které bylo zjištěno osobou určenou pojistitelem, je pojištěný oprávněn uplatnit postup vymezený v čl. 17, odst. 2.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 26

Dotazník o zdravotním stavu

1. Pojištěný je povinen pravdivě a úplně vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“, (dále jen „dotazník“).
2. Pravdivé a úplné zodpovězení dotazů pojistitele a uvedení všech požadovaných údajů je nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy. To platí i v případě změny pojistné smlouvy nebo obnovy pojištění a dojde-li před uzavřením pojistné smlouvy (změny pojištění) k jakýmkoliv změnám v údajích, uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
3. Za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.
4. Při uvedení nepravdivých nebo neúplných údajů v dotazníku, může pojištěný uplatnit postup dle čl. 23 odst. 4.

Článek 27

Zkoumání zdravotního stavu

- Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem od lékaře, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojistitel sám určí.
- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy.
- Pojištěný je povinen umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, která se týká pojištění a kterou si pojistitel vyžádá.
- Pojištěný je povinen se podrobit na požádání pojistitele vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, je povinen pojistitele včas informovat o důvodech, které mu brání ve splnění této povinnosti a dohodnout s pojistitelem náhradní termín vyšetření. Zmešká-li pojištěný lhůtu lékařského vyšetření bez dostatečné omluvy nebo lékařské vyšetření odmítne, je pojistitel oprávněn postupovat způsobem vymezeným v čl. 17 odst. 1 písm. b).
- Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro uzavření pojistné smlouvy a plnění závazků z pojištění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěného.
- Při lékařské péči nebo hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnických zařízení, která pracují pod stálým odborným lékařským vedením, disponují dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracují podle obecně vědecky uznávaných metod a vedou záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení (zdravotní dokumentaci).

NÁHRADA ŠKODY

Článek 28

Postoupení pohledávky

- Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše pojištěné denní dávky písemně postoupit pojistiteli.
- Vzdá-li se pojištěný nároků dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez vědomí pojistitele, je pojistitel zproštěn povinností plnit v rozsahu stanoveném v čl. 16 odst. 4.

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 29

Změna pojištění

- Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky. Jedno vyhotovení dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
- Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění. Dojde-li při změně pojištění k navýšení denní dávky, uplatní se postup vymezený v čl. 7 odst. 4.
- Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění v 00,00 hodin dne, který byl účastníky dohodnut jako den účinnosti změny pojištění nebo dne, kdy je pojistitel ve smyslu těchto pojistných podmínek oprávněn pojištění přizpůsobit skutečným poměrům (čl. 10 odst. 4., čl. 12 odst. 2).

Článek 30

Přerušování pojištění

- Pojištění může být během pojistné doby přerušeno. Za dobu přerušování neplatí povinnost platit pojistné a nevzniká právo na plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušování pojištění.
- Pojištění může být přerušeno nejméně na dobu tří měsíců, nejvýše však na dobu 1 roku, pokud se účastníci v odůvodněných případech nedohodnou jinak.
- Doba přerušování pojištění se započítává do pojistné doby.
- Po dobu přerušování pojištění je pojistník povinen hradit poplatky ve výši nákladů spojených se správou pojištění.

ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

Článek 31

Odstoupení

- Za podmínek stanovených zákonem nebo dohodnutých v pojistné smlouvě mohou účastníci od pojistné smlouvy odstoupit.
- Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co pojistitel již z pojištění plnil, jakož i náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a správou pojištění.
- Pojistník (pojištěný) je povinen vrátit vyplacené pojistné plnění, které přesahuje zaplacené pojistné a náklady vynaložené pojistitelem na uzavření pojistné smlouvy a správu pojištění.

DORUČOVÁNÍ

Článek 32

Doručování písemností

- Písemnosti adresované pojistníkovi nebo pojištěnému (dále jen „adresát“) jsou pravidla doručována prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojistiteli známou adresu účastníka pojištění, jemuž je určena (dále jen „místo doručení“).
- Nebyl-li adresát zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místně příslušné provozovně pošty a adresát se vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Písemnost se považuje za doručenu dnem uložení, i když se adresát o uložení zásilky nedozvěděl.
- 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.

- Písemnosti adresované a doručované pojistiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
- Oznámí-li pojistník (pojištěný) pojistiteli změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesně stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 33

Forma právních úkonů

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

Článek 34

Příslušnost soudu a použitelné právo

Jákykoliv spor vyplývající z pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti bude řešen u příslušného soudu v České republice podle právních předpisů platných na území České republiky.

Článek 35

Dispozitivní ustanovení

V pojistných smlouvách se lze odchýlit od ustanovení článků 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 20, 21 a 32 těchto pojistných podmínek, od ostatních ustanovení se lze odchýlit jen, pokud je to ve prospěch pojištěného.

.....

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 22. 8. 2003.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 10. 2003.

- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění
- Zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), v platném znění
- Zákon č. 585/1992 Sb., o dani z příjmu v platném znění
- Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce v platném znění
- Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání v platném znění
- Např. dle zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zák. č. 128/1990 Sb., o advokacii, zák. č. 258/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti a dal.
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a další právní předpisy
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění
- Potvrzení prac. neschopnosti
- Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších předpisů

Tabulka maximálních denních dávek v závislosti na dosaženém příjmu

Měsíční hrubá mzda (pomocný údaj)		Měsíční čistá mzda/příjem (rozhodující údaj)		Maximální DD dle příjmu
od	do	od	do	
21 300	25 700	16 000	19 000	150
25 701	27 900	19 001	20 500	200
27 901	31 000	20 501	22 500	250
31 001	33 300	22 501	24 000	300
33 301	35 600	24 001	25 500	350
35 601	39 000	25 501	27 500	400
39 001	41 500	27 501	29 000	450
41 501	44 000	29 001	30 500	500
44 001	47 400	30 501	32 500	550
47 401	49 900	32 501	34 000	600
49 901	52 000	34 001	35 500	650
52 001	56 000	35 501	37 500	700
56 001	59 000	37 501	39 000	750
59 001	61 000	39 001	40 500	800
61 001	65 000	40 501	42 500	850
65 001	67 000	42 501	44 000	900
67 001	70 000	44 001	45 500	950
70 001	73 000	45 501	47 501	1 000
73 001	76 000	47 501	49 000	1 050
76 001	78 000	49 001	50 500	1 100
78 001	81 000	50 501	52 500	1 150
81 001	83 000	52 501	54 000	1 200
83 001	86 000	54 001	55 500	1 250
86 001	90 000	55 501	57 500	1 300
90 001	92 000	57 501	59 000	1 350
92 001	95 000	59 001	60 500	1 400
95 001	98 000	60 501	62 500	1 450
98 001	101 000	62 501	64 000	1 500
101 001	103 000	64 001	65 500	1 550
103 001	107 000	65 501	67 500	1 600
107 001	109 000	67 501	69 000	1 650
109 001	111 000	69 001	70 000	1 700
111 001	115 000	70 001	72 500	1 750
115 001	117 000	72 501	74 000	1 800
117 001	120 000	74 001	75 500	1 850
120 001	123 000	75 501	77 500	1 900
123 001	126 000	77 501	79 000	1 950
126 001	148 000	79 001	92 500	2 000
148 001	176 000	92 501	109 000	2 500
176 001	204 000	109 001	125 500	3 000
204 001	232 000	125 501	142 000	3 500
232 001	260 000	142 001	159 000	4 000
260 001	295 000	159 001	175 500	4 500
295 001	316 000	175 501	192 500	5 000
316 001	344 000	192 501	209 000	5 500
344 001	351 000	209 001	213 000	6 000