

Zvláštní pojistné podmínky
pro škodové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č.j.: 05/2005
(ZPP PDD - 5)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a. s. (dále jen „pojišťovna“) jako pojištění škodové, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nemocí č.j. 03/2005 ze dne 21.12.2004 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu příjem z závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatele“).
- Povoláním se pro účely těchto pojistných podmínek míní výkon práce na základě pracovního nebo jemu obdobného vztahu, živnostenské podnikání jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem.
- V případě pojistné události je pojišťovna povinen poskytnout náhradu škody způsobenou snížením nebo ztrátou příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti. Náhradu poskytuje formou výplaty denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.
- Výše denní dávky je v pojistné smlouvě stanovena pojistnou částkou a pojišťovna je povinen poskytnout náhradu škody jen ve výši prokázané skutečné ztráty či snížení příjmu pojištěného, tj. ve výši pojistitelné denní dávky ve smyslu čl. 5 těchto ZPP.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

Pojištění vzniká dnem, který byl v pojistné smlouvě dohodnut jako počátek pojištění a nebyl-li počátek pojištění v pojistné smlouvě určen, vzniká pojištění prvním dnem následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy. Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 VPP a na základě těchto dalších skutečností, kdy pojištění zaniká:

- dnem, kdy pojištěný nemá příjem z výkonu povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění, nedohodnou-li se účastníci na přerušeni pojištění,
- dnem, kdy pojištěný přestane vykonávat povolání, respekt. kdy přeruší nebo ukončí výkon samostatné výdělečné činnosti, na jejímž základě bylo sjednáno pojištění, nedohodnou-li se účastníci na změně nebo přerušeni pojištění před jeho zánikem,
- dnem, kdy byl pojištěnému přiznan na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením věku nebo v důchodovém věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,
- dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven 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 předpisů,
- vyplacením pojistného plnění (denní dávky) v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění (čl. 6) po dobu 52 týdnů.

Článek 3

Čekací doba

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

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění po uplynutí čekací doby a dále za předpokladu, že při ní dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného. Snížení nebo ztrátu příjmu je pojištěný povinen prokázat a pojišťovně doložit způsobem vymezeným v čl. 7 těchto ZPP.
- Pro účely pojištění se pracovní neschopnosti rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojišťovně jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řízení a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťovnu v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění,
 - doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka) a byl pojišťovně doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojistná událost,
 - opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojišťovnou (dále jen „lékař určený pojišťovnou“),

e) pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v Potvrzení prac. neschopnosti.

- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojišťovnou. Účastníci se mohou dohodnout na posouzení nezbytné doby trvání pracovní neschopnosti nezávislým zdravotnickým zařízením, veškeré náklady spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jdou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravotního posudku vyžádal.
- Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 2 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.
- Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí a nebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost. Pojistnou událostí se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující přiznané pracovní neschopnosti, změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
- Pojistnou událost je nutno pojišťovně oznámit způsobem vymezeným v čl. 10 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

- Pojistná částka je na návrh pojištěného stanovena v pojistné smlouvě tak, aby odpovídala předpokládanému snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného při pracovní neschopnosti z výkonu povolání, které je specifikováno v pojistné smlouvě podle návrhu pojištěného.
- Výše pojistné částky se určí dle směrnice pojišťovny. Pojišťovna je oprávněn měnit i v průběhu pojištění pravidla pro stanovení výše pojistné částky, a to v závislosti na aktuálně dosaženém příjmu z výdělečné činnosti pojištěných osob, vyplácených nemocenských a sociálních dávkách a stanovit tak nově maximální výši předpokládané náhrady škody (výši pojistné částky).
- Při stanovení pojistné částky se vychází z dosaženého příjmu pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem nebo změnou pojištění. Pojišťovna je oprávněn při uzavření pojistné smlouvy nebo změny pojištění, jakož i při šetření pojistných událostí přezkoumávat výši příjmu pojištěného.
- Při pojistné události plní pojišťovna denní dávku do výše sjednané pojistné částky (horní hranice plnění), nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky.
- Pojistitelná denní dávka je skutečná 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 těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat od zaměstnavatele, nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení nebo od ostatních pojišťoven k vyrovnání své ztráty příjmu nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
- Výše vyplácené denní dávky nesmí spolu s příjmy, které náleží pojištěnému v době pracovní neschopnosti ve smyslu odst. 5, překročit v přepočtu na jeden kalendářní den čistý příjem pojištěného, stanovený ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.
- Přesahuje-li pojistná částka pojistitelnou denní dávku, nebo přesahuje-li doba vyplácení mzdy nebo její náhrady smluvně dohodnutý počátek plnění dle čl. 6 těchto ZPP, je pojišťovna oprávněn pojistnou částku, počátek plnění a pojistné přizpůsobit skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění nastává v kalendářním měsíci následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém tyto skutečnosti pojišťovna zjistila, a to s účinností ode dne, který se označením shoduje s dnem počátku pojištění, určeným v pojistné smlouvě. Nesplnil-li pojištěný (pojištník) oznamovací povinnost dle čl. 9 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP, náleží pojišťovně pojistné v původní výši do přizpůsobení pojištění.
- Za trvání pojištění může jak pojišťovna tak i pojištník navrhnout, aby pojistná částka, počátek plnění a pojistné byly přizpůsobeny skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojištění ve smyslu čl. 21 VPP.

Článek 6

Limit pojistného plnění

- Denní dávka při pracovní neschopnosti se vyplácí od smluvně určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby. Pojištěný si může v pojistné smlouvě dohodnout jen jeden počátek pojistného plnění.
- Denní dávka je zaručena po dobu trvání pojištění a její výplata je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů (limit pojistného plnění). Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do doby vymezené v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí. Pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Čistý příjem a jeho dokládání

- Při pojistné události musí pojištěný doložit výši čistého příjmu způsobem určeným pojišťovnou, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události. Dále je na vyzvu pojišťovny povinen doložit výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemocenského či důchodového pojištění případně od ostatních pojišťoven k vyrovnání ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
- Stane-li se pojištěný osobou, která nemá ve smyslu těchto pojistných podmínek žádný čistý příjem, pojištění zaniká za podmínek stanovených v čl. 2 písm. a) těchto ZPP.
- Čistým příjmem se pro účely tohoto pojištění rozumí:
 - příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o dani z příjmu, a to po odpočtu dané z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění;
 - 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 dané 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.
4. 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 mlčenlivosti instituce a úřady, které mohou potřebovat informace poskytnout (zaměstnavatelé, finanční úřady), čímž se rozumí i udělení písemné plné moci pojistiteli k nahlázení do spisů vedených těmito institucemi a úřady.

Článek 8 Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výluky z pojištění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěného,
 - při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nastaly následkem úrazu,
 - při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjadřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného upozornil,
 - za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nedoložil prokazatelným způsobem ztrátu nebo snížení příjmu z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
 - za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 10 těchto ZPP,
 - za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatně výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.
- Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 9 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP. Součástí těchto dotazů jsou i písemné dotazy pojistitele, týkající se dosahovaného příjmu pojištěného z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.

¹ Viz ustanovení § 26 a násl. zákona o pojistné smlouvě
Zákon č. 585/1992 Sb., o dani z příjmu v platném znění
Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce v platném znění
² Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání v platném znění
Např. dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákona č. 128/1990 Sb., o advokacii, zákona č. 258/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti a dal.
³ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a další právní předpisy

- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatně výdělečné činnosti) pojištěného,
 - ukončení (přerušeni) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění,
 - ztrátu příjmu,
 - snížení příjmů pojištěného, pokud tyto poklesly oproti příjmům, na základě kterých byla stanovena pojistná částka.
 - změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 10 Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“), povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - je povinen včas, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 4 těchto ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný 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 bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit,
 - doložit pojistiteli výši čistého příjmu způsobem vymezeným v čl. 7 těchto ZPP.
- Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení do konce uplynulé karenční doby, pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
- Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, snížení příjmu v důsledku pracovní neschopnosti a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitelé plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
- Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován v nemocnici nebo opustil místo bydliště s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
- Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 11 Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění nemocí (VPP PN) č.j. 03/2005, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 21.12.2004, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 21.12.2004.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.1.2005

¹ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění
² Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění
Potvrzení prac. neschopnosti
³ Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších předpisů
Např. úplným výpisem příznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, vydaným a ověřeným přísl. finančním úřadem nebo potvrzením zaměstnavatele o vyučování daně z příjmu za předchozí zdaňovací období,