



ČP ZDRAVÍ

Pojištění **GENTLEMAN PLUS**

Informační dokument o pojistném produktu

Předsmělnví informace

Všeobecné pojistné podmínky

Zvláštní pojistné podmínky

Pojištění GENTLEMAN PLUS



ČP ZDRAVÍ

Informační dokument o pojistném produktu

Společnost:

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.

Produkt:

GENTLEMAN PLUS

Česká republika

Tento dokument poskytuje pouze stručný a zjednodušený přehled základních vlastností pojištění, která lze sjednat. Úplné informace najdete v předšmluvních informacích, pojistných podmínkách a pojistné smlouvě. V pojistné smlouvě je uveden sjednaný rozsah pojištění.

O jaký druh pojištění se jedná?

Pojištění Gentleman Plus je obnosové pojištění pro případ nemoci. Pojištění Second opinion pro onkologické diagnózy je škodové pojištění pro případ nemoci.



Co je předmětem pojištění?

V případě onemocnění zhoubným nádorem

mužského orgánu – prostaty, varlete, penisu, nadvarlete, šourku, prsu, tlusté střevo, konečníku:

- ✓ při diagnóze jednorázová výplata sjednané pojistné částky
- ✓ po operaci jednorázová výplata sjednané pojistné částky
- ✓ po dobu nezbytného léčení výplata sjednané měsíční renty (důchodu)

Second opinion pro onkologické diagnózy

- ✓ poskytnutí druhého lékařského názoru smluvním lékařem Pojišťovny při onkologické diagnóze



Na co se pojištění nevztahuje?

- ✗ zhoubný nádor vzniklý před počátkem pojištění a do 3 měsíců od počátku pojištění
- ✗ karcinom in situ



Existují nějaká omezení v pojistném krytí?

- ! renta (důchod) za dobu nezbytného léčení je vyplácena max. za 12 měsíců
- ! výplata celkového plnění max. do výše součtu sjednaných pojistných částek a dvanáctinásobku sjednané měsíční renty

Second opinion pro onkologické diagnózy

- ! druhý lékařský názor je poskytnut max. dvakrát za pojistnou dobu



Kde se na mne vztahuje pojistné krytí?

- ✓ na území ČR – zdravotní péče musí být poskytnuta v ČR



Jaké mám povinnosti?

- zodpovědět pravdivě dotazy
- platit pojistné
- oznamovat změnu údajů uvedených v pojistné smlouvě
- bez zbytečného odkladu oznámit vznik pojistné události a doložit např. lékařskou zprávou s histologickým nálezem, operační protokol, potvrzení o probíhající léčbě
- dostavit se v dohodnutém termínu na osobní konzultaci druhého lékařského názoru



Kdy a jak provádět platby?

- ✗ způsob a frekvence placení pojistného jsou ujednány v pojistné smlouvě



Kdy pojistné krytí začíná a končí?

- ✘ pojištění se sjednává na dobu neurčitou, datum počátku pojištění je ujednáno v pojistné smlouvě
- ✘ pojištění zaniká zejména:
 - dohodou,
 - odmítnutím pojistného plnění
 - zánikem pojistného zájmu nebo pojistného nebezpečí
 - neuhrazením dlužného pojistného v dodatečně lhůtě uvedené v upomínce společně s poučením o zániku
 - odstoupením od smlouvy
 - vyplacením limitu pojistného plnění, nejpozději však 18 měsíců od vzniku pojistné události



Jak mohu smlouvu vypovědět?

- ✘ do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy
- ✘ do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události
- ✘ 6 týdnů před koncem pojistného období

Předšmluvní informace pro Pojištění GENTLEMAN PLUS 06/2018

1. Základní informace o Pojišťovně

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „Pojišťovna“), Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČO 49240749, provozující pojišťovací činnost a související činnosti, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze sp. zn. B 2044. Infolinka 267 222 515. E-mail: info@zdravi.cz. Datová schránka: 63cdkfx. Aktuální kontaktní údaje lze nalézt na www.zdravi.cz. Dohled nad činností České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. vykonává Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1. Pojišťovna vypracovává zprávu o solventnosti, která je přístupná na www.zdravi.cz.

2. Důležitá upozornění

Tyto předšmluvní informace obsahují nejdůležitější informace o Pojištění GENTLEMAN PLUS, které zahrnuje:

- **Pojištění GENTLEMAN PLUS**
 - **Pojištění SECOND OPINION pro onkologické diagnózy**
- Úplná pravidla, kterými se Pojištění GENTLEMAN PLUS řídí, jsou uvedena ve:
- Všeobecných pojistných podmínkách ČP ZDRAVÍ 04/2016 (VPP-ČPZ)
 - Zvláštních pojistných podmínkách pojištění Gentleman Plus 07/2017 (ZPP-G)
 - Zvláštních pojistných podmínkách pojištění Second opinion pro onkologické diagnózy 08/2017 (ZPP-SOC)
- (dále jen „pojistné podmínky“) přiložených k těmto předšmluvním informacím.

Před uzavřením pojistné smlouvy je žádoucí, aby se zájemce o pojištění (budoucí pojistník) důkladně seznámil s pojistnými podmínkami, vyhodnotil své potřeby pojistné ochrany a zvážil, zda jim rozsah pojistného krytí odpovídá.

3. Jak uzavřít pojistnou smlouvu, platba pojistného a daně

Pojistná smlouva (dále jen „smlouva“) je uzavřena v okamžiku přijetí nabídky.

Výše a splatnost pojistného je ujednána ve smlouvě v české měně. Výše pojistného závisí na parametrech pojištění, jako jsou např. vstupní věk pojištěného a sjednaná pojistná částka. Pojišťovna má právo stanovit pro jednotlivé pojistné produkty minimální a maximální výši pojistného a pojistných částek. Doba placení pojistného je shodná s dobou trvání pojištění.

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

Odměna pojišťovacího zprostředkovatele je tvořena provizí a dalšími složkami výkonové odměny, přičemž zprostředkovatel je odměňován výhradně Pojišťovnou.

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

4. Právo rozhodné, vyřizování stížností a doba platnosti poskytnutých údajů

Smlouva se řídí právním řádem ČR. Rozhodování sporů přísluší obecným soudům ČR. Pro uzavření smlouvy a pro komunikaci mezi smluvními stranami se použije český jazyk.

S případnou stížností je možno se obrátit písemně přímo na adresu Pojišťovny. Se stížností se lze obrátit i na Českou národní banku. Subjektem mimosoudního řešení spotřebitelských sporů je Česká obchodní inspekce, www.coi.cz.

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

5. Základní informace o Pojištění GENTLEMAN PLUS

Pojištění se sjednává na dobu neurčitou.

Po dobu pojištění musí pojištěný:

- být občanem ČR nebo
- mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie v ČR nebo
- být pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR.

Pojištění lze sjednat pro muže ve věku od 15 do 65 let.

Pojištění Gentleman Plus	Pojištění se vztahuje na zhoubné onemocnění: <ul style="list-style-type: none"> ■ prostaty, varlat, penisu, nadvarlat, šourku, prsu ■ tlustého střeva a konečníku V případě onemocnění zhoubným nádorem výše uvedených orgánů je pojištěnému vyplacena: <ul style="list-style-type: none"> ■ při diagnóze jednorázově sjednaná pojistná částka, ■ po operaci jednorázově sjednaná pojistná částka, ■ po dobu nezbytného léčení sjednaná měsíční renta, a to až 12 měsíců.
Pojištění Second opinion pro onkologické diagnózy	V případě onemocnění zhoubným nádorem je pojištěnému poskytnut druhý lékařský názor (Second opinion) – tj. odborné medicínské posouzení dosavadní léčby zhoubného nádoru nebo doporučení možných variant dalšího léčebného postupu smluvním lékařem Pojišťovny s následnou osobní konzultací.

6. Jak oznámit pojistnou událost

Pojištění Gentleman Plus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Po diagnóze zaslat do Pojišťovny bez zbytečného odkladu kopii lékařské zprávy s histologickým nálezem. ■ Po operaci doručit Pojišťovně bez zbytečného odkladu kopii operačního protokolu a kopii lékařské zprávy s histologickým nálezem. ■ Renta je první tři měsíce po diagnóze vyplácena automaticky bez dokládání; za každý další dokončený měsíc léčení doručit Pojišťovně potvrzení o probíhající léčbě.
Pojištění Second opinion pro onkologické diagnózy	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nahlásit prostřednictvím webové aplikace na www.zdravi.cz, nebo poštou na adresu Pojišťovny – obálku označit heslem „SO“ ■ Doložit zdravotnickou dokumentaci ke zhoubnému nádoru

7. Čekací doba

Pojišťovna poskytne pojistné plnění teprve z pojistných událostí, které nastanou po uplynutí čekací doby.

Čekací doba je 3 měsíce a počíná běžet ode dne:

- a počátku pojištění,
- b účinnosti změny k rozšířenému rozsahu pojistné ochrany.

8. Výluky

Pojišťovna neposkytne pojistné plnění v případě diagnózy zhoubného nádoru, který vznikl před počátkem pojištění nebo v čekací době.

Další výluky z pojištění jsou blíže popsány v pojistných podmínkách.

9. Zánik pojištění

K zániku pojištění může dojít v souladu s občanským zákoníkem:

- a dohodou Pojišťovny a pojistníka,
- b výpovědí Pojišťovny nebo pojistníka doručenou do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy, nebo do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události,
- c výpovědí Pojišťovny nebo pojistníka ke konci pojistného období,
- d nesouhlasem pojistníka se změnou výše pojistného,
- e odmítnutím pojistného plnění ze strany Pojišťovny,
- f zánikem pojistného zájmu nebo pojistného nebezpečí,
- g smrtí pojištěného,
- h po marném uplynutí lhůty stanovené Pojišťovnou k zaplacení dlužného pojistného při jeho neplacení,
- i odstoupením od smlouvy.

Pojištění dále zaniká:

- a nebude-li pojištěný splňovat žádnou z následujících podmínek:
 - být občanem ČR,
 - mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie v ČR,
 - být pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR,
- b přestane-li pojistník mít sídlo nebo bydliště na území ČR,
- c odstoupením od pojištění.

Pojištění Gentleman Plus zaniká také vyplacením pojistného plnění, nejpozději však 18 měsíců od prvního stanovení diagnózy zhoubného nádoru.

Pojištění Second opinion zaniká také poskytnutím druhého lékařského názoru podruhé v pojistné době.

Další způsoby ukončení a zániku pojištění jsou blíže popsány v pojistných podmínkách.

10. Odstoupení od smlouvy

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit:

- poruší-li Pojišťovna povinnost pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy zájemce nebo pojistníka při jednání o uzavření nebo změně smlouvy,
- poruší-li Pojišťovna povinnost upozornit na nesrovnalosti, kterých si je při uzavírání smlouvy vědoma, mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky,
- do 3 měsíců ode dne, kdy se dozvěděl nebo dozvědět měl a mohl o tom, že mu Pojišťovna poskytla při uzavírání smlouvy klamavý údaj.

Pojišťovna má právo odstoupit od smlouvy v případě, že pojištěný nebo pojistník poruší povinnost k pravdivým sdělením na písemné dotazy Pojišťovny týkající se pojištění.

Právo odstoupit od smlouvy zaniká, není-li využito do 2 měsíců ode dne zjištění porušení povinnosti opravňující k odstoupení.

Při odstoupení od smlouvy nahradí:

- Pojišťovna pojistníkovi zaplacené pojistné,
- pojistník Pojišťovně pojistné plnění, které již Pojišťovna z pojištění plnila a dále náklady spojené se vznikem a správou pojištění, v případě že od smlouvy odstoupila Pojišťovna.

Podmínky týkající se odstoupení od smlouvy se použijí obdobně pro jednotlivá pojištění.

Odstoupení od smlouvy je nutno podat písemně na adresu Pojišťovny. Formulář pro odstoupení od smlouvy naleznete na www.zdravi.cz nebo můžete požádat o jeho doručení infolinku Pojišťovny.

11. Důsledky porušení podmínek vyplývajících z pojištění

V případě, že pojistník, pojištěný či jiná osoba mající právo na pojistné plnění poruší své zákonné nebo smluvní povinnosti, může v souladu s § 2800 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, dojít ke snížení či odmítnutí pojistného plnění a/nebo ke vzniku práva na vrácení vyplaceného pojistného plnění či práva na náhradu pojistného plnění. Porušení povinností může též být důvodem pro ukončení pojištění výpovědí nebo odstoupením od pojistné smlouvy.

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

Pojištění sjednávána s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. se řídí pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“), zvláštními pojistnými podmínkami (dále jen „ZPP“), které blíže upravují jednotlivé druhy pojištění, zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, v platném znění (dále jen „občanský zákoník“), zejména ust. § 2758 až § 2872 a ostatními obecně závaznými právními předpisy České republiky. V ZPP je možno se odchýlit od ustanovení VPP, v pojistné smlouvě je možno se odchýlit od ustanovení příslušných ZPP i VPP.

ČLÁNEK 5 Vznik pojištění

Pokud smluvní strany neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, vzniká pojištění prvním dnem následujícího kalendářního měsíce po sjednání pojištění.

ČLÁNEK 6 Změna a přerušování pojištění

- Pojištník a pojištěný oznámí Pojišťovně bez zbytečného odkladu změnu údajů uvedených v pojistné smlouvě.
- Pokud se Pojišťovna s pojištníkem dohodne na změně pojištění spočívající v rozšíření pojistné ochrany, bude pojistné plnění z takto změněného pojištění poskytnuto až z pojistných událostí, které nastanou po uplynutí čekací doby.
- Pojišťovna může nabídnout pojištníkovi změnu pojištění, která vyvolá změnu výše pojistného. Nabídnutou změnu může pojištník přijmout i včasným zaplacením pojistného uvedeného v nabídce, písemná forma se tak považuje za zachovanou.
- Pojištění může být během trvání pojištění přerušeno pouze dohodou. Doba přerušování pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušování pojištění pojištník hradí náklady spojené se správou pojištění a nárůstem pojistného rizika za dobu přerušování pojištění.

ČLÁNEK 7 Zánik pojištění

- Pojištění zaniká v souladu s občanským zákoníkem v důsledku právních událostí nebo právního jednání pojištníka nebo Pojišťovny.
- Pojištění dále zaniká dnem:
 - kdy pojištěný přestane splňovat jakoukoli z podmínek uvedených v čl. 2 odst. 2 písm. a) nebo odst. 3,
 - kdy pojištník přestane mít sídlo nebo bydliště na území ČR,
 - zániku všech základních pojištění, ke kterým bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění.
- Ustanovení občanského zákoníku týkající se odstoupení od smlouvy se použijí obdobně pro jednotlivá pojištění.

ČLÁNEK 8 Pojistné období a pojistné

- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, není-li ujednáno, je pojistným obdobím 1 měsíc.
- Výše a splatnost pojistného je ujednána v pojistné smlouvě v české měně.
- Při placení pojistného je nejdříve zapláceno pojistné s nejstarší splatností.
- Za upomínání dlužného pojistného může Pojišťovna požadovat náhradu vynaložených nákladů.
- Pojišťovna může v souladu s občanským zákoníkem porovnávat v rámci pojistného kmene očekávané pojistné plnění se skutečným pojistným plněním a na základě tohoto porovnání upravit výši pojistného na další pojistná období.

ČLÁNEK 9 Zjišťování zdravotního stavu

- Pojišťovna může zjišťovat zdravotní stav pojištěného, jsou-li pro to důvody související s ohodnocením pojistného rizika, výši pojistného nebo se šetřením pojistné události.
- Pojištěný umožní Pojišťovně získat zdravotnickou dokumentaci, kterou si Pojišťovna vyžádá.
- Pojištěný podstoupí ve stanovené lhůtě vyšetření u lékaře určeného Pojišťovnou. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření podstoupit, informuje Pojišťovnu v předstihu o důvodech, které mu v tom brání, a dohodne s ní náhradní termín vyšetření.

ČLÁNEK 10 Oznámení a šetření pojistné události

- Pojištěný nebo oprávněná osoba oznámí Pojišťovně bez zbytečného odkladu vznik pojistné události a poskytne Pojišťovně při jejím šetření nezbytnou součinnost. Rozsah a lhůty dokládání pojistné události jsou vymezeny v příslušných ZPP.
- Doklady předloží pojištěný nebo oprávněná osoba v českém jazyce a Pojišťovna si je ponechává.

ČLÁNEK 1 Slovníček

Ve VPP, příslušných ZPP a pojistné smlouvě používáme pojmy:

Pojišťovna – Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (pojistitel),

pojištník – fyzická nebo právnická osoba, která s Pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu,

účastníci pojištění – Pojišťovna a pojištník, jako smluvní strany, pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost,

pojistná událost – nahodilá skutečnost, v důsledku které Pojišťovna poskytne pojistné plnění, vymezená v příslušných ZPP a nastalá za trvání pojištění,

úraz – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození tělesného zdraví,

diagnóza – nemoc nebo úraz dle mezinárodní klasifikace nemocí ICD,

výroční den – den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje se dnem počátku pojištění,

pojistný rok – rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění a končící dnem předcházejícím výročnímu dni.

ČLÁNEK 2 Územní platnost

- Pojistná ochrana se vztahuje na území České republiky (dále jen „ČR“).
- V případě pojištění pro případ nemoci musí být:
 - pojištěný občanem ČR nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie v ČR nebo musí být pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR a
 - pojištěnému poskytnuta zdravotní péče tuzemským poskytovatelem zdravotních služeb.
- V případě pojištění finančních ztrát musí být pojištěný občanem ČR nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt v ČR.

ČLÁNEK 3 Výluky

- Pojišťovna neposkytne pojistné plnění u nemocí, úrazu nebo finanční ztráty, které vznikly v souvislosti s:
 - válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - výtržností, kterou pojištěný vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal, a pro kterou byl soudem uznán vinným.
- Pojišťovna neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ nemoci:
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s požitím, požíváním nebo aplikací návykových látek (např. alkoholu), s hráčskou závislostí, včetně následků a komplikací vyplývajících z takovéto nemoci nebo úrazu,
 - u nemoci nebo úrazu vzniklých v souvislosti s profesionálním provozováním sportu nebo v souvislosti s provozováním sportů a volnočasových aktivit, které jsou extrémně rizikové nebo jsou provozovány v extrémních podmínkách, případně vyžadují speciální technické vybavení,
 - u úrazu, k němuž dojde do 7 dnů od sjednání pojištění,
 - pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo si vědomě poškodil zdraví.

ČLÁNEK 4 Čekací doba

- Čekací doba je 3 měsíce.
- Čekací doba počíná běžet ode dne:
 - počátku pojištění,
 - účinnosti změny k rozšířenému rozsahu pojistné ochrany.
- Pojišťovna neposkytne pojistné plnění z událostí, které nastaly v čekací době, s výjimkou pojistných událostí vzniklých následkem úrazu.

- 3 Pojišťovna může prověřovat předložené doklady, konzultovat údaje, které získala, nebo je nechávat odborně posuzovat, stejně tak může vyžadovat znalecké posudky.
- 4 Doklady, zejména zdravotnická dokumentace, vystavené pojištěným nebo osobou jemu blízkou (např. manželem, rodičem, dítětem) nestačí k doložení pojistné události.
- 5 Pojišťovna není při pojistné události v prodlení s pojistným plněním po dobu, po kterou je jiný účastník pojištění v prodlení s plněním svých povinností.

ČLÁNEK 11 Výplata pojistného plnění

- 1 Pojistné plnění je vypláceno nejvýše jednou za měsíc, a to vždy po doručení dokladů nutných ke zjištění existence a rozsahu povinnosti Pojišťovny plnit.
- 2 Pojišťovna poskytuje oprávněné osobě peněžité nebo naturální pojistné plnění. Peněžité plnění je splatné v ČR v české měně.
- 3 Oprávněná osoba nesmí bez souhlasu Pojišťovny postoupit pohledávku na pojistné plnění.

ČLÁNEK 12 Právní jednání

- 1 Právní jednání týkající se pojištění vyžaduje písemnou formu (písemnost). Písemnou formu nevyžaduje oznámení pojistníka, příp. pojištěného o změně jména, adresy, formy platby pojistného a žádost o vrácení přeplatku.
- 2 Pojišťovna může předložit a pojistník může přijmout nepísemnou formou nabídku změny pojistné smlouvy či dohody o zániku pojištění, pokud Pojišťovna písemnou formou obsah uzavřené dohody potvrdí.
- 3 Použije-li účastník pojištění při jednání s Pojišťovnou nepísemnou formu, je toto jednání účinné pouze, pokud Pojišťovna v písemné formě potvrdí, že oznámení obdržela, nebo se začne chovat ve shodě s ním.

- 4 Pojišťovna předem vylučuje přijetí nabídky s dodatkem nebo odchylkou.
- 5 Pokud se Pojišťovna v průběhu pojištění odchýlí od pojistné smlouvy ve prospěch jiného účastníka pojištění, nezakládá toto odchýlení do budoucna zavedenou praxi účastníků pojištění.
- 6 Právní jednání týkající se pojištění nevyvolává právní následky plynoucí ze zvyklostí v oblasti pojištnictví.
- 7 Subjektem mimosoudního řešení spotřebitelských sporů z pojistné smlouvy je Česká obchodní inspekce, www.coi.cz.

ČLÁNEK 13 Doručování

- 1 Pojišťovna doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu v ČR.
- 2 Písemnosti si účastníci pojištění doručují:
 - a s využitím provozovatele poštovních služeb na adresu, na níž se účastník pojištění zdržuje, uvedenou v pojistné smlouvě, sdělenou po uzavření pojistné smlouvy nebo zjištěnou v souladu s právními předpisy,
 - b prostřednictvím elektronické pošty na elektronickou adresu,
 - c osobně,
 - d prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky.
- 3 Písemnost doručovaná prostřednictvím provozovatele poštovních služeb se považuje za doručitou:
 - a dnem jejího dojití,
 - b dnem jejího uložení v místně příslušné provozovně provozovatele poštovních služeb, pokud adresát nebyl v místě doručení zastižen, ačkoliv se tam zdržuje, a byl k vyzvednutí písemnosti vyzván, i když se o uložení zásilky nedozvěděl,
 - c dnem, kdy adresát její přijetí odmítl,
 - d dnem, kdy se Pojišťovně vrátila jako nedoručitelná.
- 4 Písemnost doručovaná na elektronickou adresu sdělenou účastníkem pojištění Pojišťovně je doručena dnem jejího odeslání odesílatelem.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY POJIŠTĚNÍ GENTLEMAN PLUS 07/2017 (ZPP-G)

Pro pojištění mužských orgánů v důsledku nádorového onemocnění (pojištění Gentleman Plus) sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. platí Všeobecné pojistné podmínky ČP ZDRAVÍ 04/2016 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

ČLÁNEK 3 Pojistná událost

Pojistnou událostí je první stanovení diagnózy zhoubného nádoru.

ČLÁNEK 4 Výluky

Pojišťovna nevyplatí pojistné plnění:

- a v případě diagnózy zhoubného nádoru, který vznikl, nebo podle posudku lékaře určeného Pojišťovnou musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
- b za dobu nezbytného léčení, pokud pojištěný nedodrží léčebný postup nebo je v prodlení s plněním povinností dle čl. 7 odst. 3.

ČLÁNEK 5 Pojistné plnění a limit pojistného plnění

- 1 Pojišťovna vyplatí:
 - a sjednanou pojistnou částku v případě stanovení diagnózy zhoubného nádoru,
 - b sjednanou pojistnou částku v případě prvního operačního výkonu, a to nejpozději do 18 měsíců od stanovení diagnózy zhoubného nádoru,
 - c sjednanou měsíční rentu (důchod) za každý měsíc nezbytného léčení, nejvýše však za 12 měsíců.
- 2 Pojišťovna vyplatí za trvání pojištění pojistné plnění maximálně ve výši odpovídající součtu sjednaných pojistných částek dle odst. 1 písm. a) a b) a dvanáctinásobku sjednané měsíční renty dle odst. 1 písm. c).
- 3 Výplata pojistného plnění dle odst. 1 písm. c) končí se zánikem pojištění.

ČLÁNEK 6 Zánik pojištění

Pojištění zaniká vyplacením limitu pojistného plnění dle čl. 5 odst. 2, nejpozději však 18 měsíců od vzniku pojistné události, avšak Pojišťovně náleží pojistné do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo.

ČLÁNEK 1 Slovníček

V ZPP a pojistné smlouvě používáme pojmy:

mužský orgán – prostata, varlata, penis, nadvarlata, šourek, prsy, tlusté střevo, konečník nebo rektosigmoideální spojení,

zhoubný nádor – zhoubný (maligní) nádor mužského orgánu pojištěného charakterizovaný nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk a doložený lékařskou zprávou včetně histologického nálezu; za zhoubný nádor se nepovažuje karcinom in situ,

operační výkon – operační výkon, který je z lékařského hlediska nezbytný podstoupený pojištěným z důvodu nálezu zhoubného nádoru; za operační výkon se nepovažuje výkon provedený pouze k určení diagnózy (např. biopsie, punkce),

nezbytné léčení – doba, která je z lékařského hlediska nezbytná pro léčbu zhoubného nádoru, potvrzená příslušným zdravotnickým pracovištěm; do doby nezbytného léčení se započítává doba hospitalizace a pracovní neschopnosti; dobu nezbytného léčení může stanovit lékař určený Pojišťovnou.

ČLÁNEK 2 Základní principy

- 1 Pojištění mužských orgánů v důsledku nádorového onemocnění (dále jen „pojištění“) je sjednáváno jako pojištění obnosové a spadá do pododdílu pojištění pro případ nemoci občanského zákoníku.
- 2 V případě pojistné události vyplácí Pojišťovna pojištěnému peněžité pojistné plnění v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou, těmito ZPP a VPP.

ČLÁNEK 7 Oznámení a šetření pojistné události

- 1 Pojištěný oznámí Pojišťovně pojistnou událost bez zbytečného odkladu a doloží ji lékařskou zprávou s histologickým nálezem a dalšími doklady, které si Pojišťovna vyžádá.
- 2 Po provedení operačního výkonu doloží pojištěný Pojišťovně bez zbytečného odkladu operační protokol, lékařskou zprávu s histologickým nálezem a další doklady, které si Pojišťovna vyžádá.

- 3 Po 3 měsících nezbytného léčení předkládá pojištěný Pojišťovně vždy za každý další dokončený měsíc nezbytného léčení potvrzení o probíhající léčbě a další doklady, které si Pojišťovna vyžádá.
- 4 Doklady vymezené v odst. 1, 2 a 3 musí obsahovat zejména jednoznačnou identifikaci pojištěného, určení diagnózy včetně data jejího prvního výskytu, resp. datum provedení operačního výkonu.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY POJIŠTĚNÍ SECOND OPINION PRO ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY 08/2017 (ZPP-SOC)

Pro pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy (pojištění Second opinion pro onkologické diagnózy) sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění ČP ZDRAVÍ 04/2016 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

ČLÁNEK 1 Slovníček

V ZPP a pojistné smlouvě používáme pojmy:

zhoubný nádor – zhoubný (maligní) nádor pojištěného charakterizovaný nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk a doložený lékařskou zprávou včetně histologického nálezu; za zhoubný nádor se nepovažuje karcinom in situ,

druhý lékařský názor (Second opinion) – odborné medicínské posouzení dosavadní léčby zhoubného nádoru nebo doporučení možných variant dalšího léčebného postupu smluvním lékařem Pojišťovny s následnou osobní konzultací.

ČLÁNEK 2 Základní principy

- 1 Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy (dále jen „pojištění“) spadá do pododdílu pojištění pro případ nemoci občanského zákoníku a je sjednáváno jako pojištění škodové a doplňkové k základnímu pojištění.
- 2 V případě pojistné události poskytne Pojišťovna pojištěnému naturální pojistné plnění v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou, těmito ZPP a VPP.

ČLÁNEK 3 Pojistná událost

Pojistnou událostí je onemocnění pojištěného zhoubným nádorem a potřeba pojištěného zhodnotit dosavadní léčbu zhoubného nádoru.

ČLÁNEK 4 Výluky

Pojišťovna neposkytne pojistné plnění:

- a v případě zhoubného nádoru, který vznikl nebo podle posudku lékaře určeného Pojišťovnou musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
- b pokud pojištěný nedoložil požadované doklady dle čl. 8.

ČLÁNEK 5 Pojistné plnění a limit pojistného plnění

- 1 Pojistné plnění spočívá v poskytnutí druhého lékařského názoru.
- 2 Druhý lékařský názor je poskytnut maximálně dvakrát za pojistnou dobu.
- 3 Pokud se pojištěný bez závažných důvodů nedostaví v dohodnutém termínu k osobní konzultaci nebo její poskytnutí jinak zmaří, považuje se pojistné plnění za poskytnuté.
- 4 Poskytnutí druhého lékařského názoru 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.

ČLÁNEK 6 Zánik pojištění

Pojištění zaniká poskytnutím druhého lékařského názoru podruhé v pojistné době, avšak Pojišťovně náleží pojistné do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo.

ČLÁNEK 7 Přizpůsobení pojistného

Pojistné může být Pojišťovnou přizpůsobeno v případě, že se navýší průměrná cena za odborné medicínské posouzení léčby zhoubného nádoru o více než 20% oproti ceně kalkulované při stanovení pojistného.

ČLÁNEK 8 Povinnosti pojištěného při pojistné události

Pojištěný požádá o poskytnutí druhého lékařského názoru, doloží Pojišťovně zdravotnickou dokumentaci k diagnóze zhoubného nádoru a další doklady, které si Pojišťovna vyžádá a dostaví se v dohodnutém termínu na osobní konzultaci.