

Předsmluvní informace č. 03/2014
INFORMACE O POJISTITELI

Pojistitelem je **Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.** (dále také jen „ČPZ“), 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 841 111 132 – linka je zpoplatněna dle aktuálního ceníku poskytovatele. 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. ČPZ vypracovává zprávu o solventnosti, která je přístupná na www.zdravi.cz.

PRAKTICKÉ RADY PŘI POJISTNÉ UDÁLOSTI

CO SE VÁM STALO?	CO VÁM POJIŠTĚNÍ MŮŽE PŘINĚST?	JAK POSTUPOVAT?
Byla Vám stanovena diagnóza zhoubného novotvaru ženského orgánu?	Vyplatíme Vám sjednanou částku a Vy budete mít peníze k financování léčby, rekonvalescence, kosmetických zákroků nebo na cokoli jiného.	Doručit bez zbytečného odkladu do ČPZ: <ul style="list-style-type: none"> lékařskou zprávu ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem a s jeho zařazením podle mezinárodní klasifikace TNM, potvrzení zdravotnického zařízení o absolvování alespoň dvou preventivních prohlídek v předchozích třech letech.
Podstoupila jste operaci v souvislosti s diagnózou zhoubného novotvaru ženského orgánu?		Doručit bez zbytečného odkladu do ČPZ: <ul style="list-style-type: none"> operační protokol, lékařskou zprávu ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem.
Léčíte se po stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženského orgánu?	Pomůžeme Vám udržet stabilní rodinný rozpočet.	Renta za první tři měsíce po stanovení diagnózy je pojištěné vyplácena automaticky bez jakéhokoliv dokládání; od čtvrtého měsíce po diagnóze je třeba nejpozději do 60 dnů doručit do ČPZ potvrzení zdravotnického zařízení o probíhající léčbě, a to dokládat opakovaně za každý dokončený měsíc léčby.
Nevíte, jakým směrem se má ubírat Vaše léčba zhoubného novotvaru?	Zajistíme Vám vypracování nezávislého vysoce kvalifikovaného medicínského názoru.	Doručit do ČPZ veškerou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k diagnóze zhoubného novotvaru.

Pojišťovací zprostředkovatel (správce Vaší smlouvy) Vám pomůže: změnit údaje na smlouvě, rozšířit nebo změnit pojištění, nahlásit pojistnou událost.

CHARAKTERISTIKA POJIŠTĚNÍ A INFORMACE O ZÁVAZKU
1. JAK UZAVŘÍT POJISTNOU SMLOUVU

Před uzavřením pojistné smlouvy je nutné, aby pojištník řádně vyhodnotil své potřeby pojistné ochrany a zvolil odpovídající rozsah pojistného krytí. ČPZ poskytne pojistné plnění pouze za sjednaná pojištění. Pojistná smlouva vyžaduje písemnou formu a je uzavřena v okamžiku přijetí nabídky. Písemná forma je zachována, pokud přijal pojištník nabídku včasným zaplacením pojistného.

2. DEFINICE POJIŠTĚNÍ

Pojištění závažných gynekologických onemocnění LADY PLUS je sjednáváno jako pojištění základní. Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy SECOND OPINION je sjednáváno jako pojištění doplňkové.

POJIŠTĚNÍ LADY PLUS S POJIŠTĚNÍM SECOND OPINION

Pojištění závažných gynekologických onemocnění LADY PLUS	<p>Obsahem pojištění je výplata:</p> <ul style="list-style-type: none"> sjednané pojistné částky v případě prvního stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženských orgánů za života pojištěné, sjednané pojistné částky v případě prvního operačního výkonu podstoupeného pojištěnou, a to nejpozději do 18 měsíců od prvního stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženských orgánů za života pojištěné, renty za dobu nezbytného léčení po prvním stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ženských orgánů za života pojištěné splatné vždy po uplynutí prvního měsíce nezbytného léčení a po uplynutí každého dalšího měsíce, nejvýše však v souhrnu za 12 měsíců. <p>Zhoubným novotvarem ženských orgánů se rozumí onemocnění způsobené zhoubným (maligním) nádorem a charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz zasahujících prsy, vulvu, pochvu, dělohu, děložní hrdlo, děložní tělo, vaječníky, vejcovody, tlusté střevo, konečník nebo rektosigmoideální spojení; diagnóza zhoubného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM.</p> <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby ve věku od 15 do 65 let. Pojištění nezaniká dosažením určitého věku.</p>
Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy SECOND OPINION	<p>Obsahem pojištění je poskytnutí druhého lékařského názoru, tj. odborné lékařské oponentury navrženého diagnostického nebo léčebného postupu v případě změny zdravotního stavu pojištěné z důvodu diagnózy zhoubného novotvaru, která hrozí operací nebo vyžaduje dlouhodobé léčení, nebo jejíž dosavadní léčba nevede k uzdravení.</p> <p>Pojistné plnění náleží pojištěné maximálně dvakrát za celou pojistnou dobu.</p> <p>Odbornou lékařskou oponenturou se rozumí:</p> <ul style="list-style-type: none"> vypracování nezávislého vysoce kvalifikovaného medicínského názoru smluvním lékařem pojištěné, osobní konzultace odborné lékařské oponentury smluvním lékařem pojištěné, případně doporučení dalšího diagnostického a léčebného postupu souvisejícího s diagnózou zhoubného novotvaru pojištěné. <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby ve věku od 15 do 65 let. Pojištění nezaniká dosažením určitého věku.</p>

3. ČEKACÍ DOBA

Pojistitel poskytne pojistné plnění teprve u pojistné události nastalé po uplynutí čekací doby, která počíná běžet od počátku pojištění. Délka čekací doby činí 3 měsíce. Zvýší-li se pojistná částka za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

4. VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ
Příklady hlavních výluk

Pojistitel neposkytne pojistné plnění:

- ze škodných událostí vzniklých v důsledku zhoubného novotvaru, který vznikl, nebo podle posudku lékaře určeného pojištěnou musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
- u novotvarů popsanych jako „in situ“, diagnostikovaných jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny (prekancerózy).

Další výluky z pojištění jsou sděleny v pojistných podmínkách, které pojištník (zájemce o pojištění) převzal spolu s těmito předsmluvními informacemi.

5. INFORMACE O VÝŠI, ZPŮSOBU A DOBĚ PLACENÍ Z POJISTNÉHO

Výše běžného pojistného za sjednané pojistné období je stanovena v pojistné smlouvě. Jednorázové pojistné nelze sjednat. Výše pojistného závisí na parametrech pojištění, jako jsou např. vstupní věk pojištěné a sjednaná pojistná částka. Pojistitel 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.).

6. DOBA TRVÁNÍ POJIŠTĚNÍ

Doba trvání pojištění (pojistná doba) je uvedena v pojistné smlouvě. Pojištění se sjednává na dobu neurčitou.

7. INFORMACE O ZPŮSOBECH ZÁNIKU POJIŠTĚNÍ

K zániku pojištění může dojít:

- výpovědí pojistitele nebo pojistníka doručenu do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka 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 pojištěné 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 zapláceno,
- 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 pojištěné o odvolání souhlasu ke zpracování osobních údajů a citlivých osobních údajů ve smyslu platné právní úpravy, a také dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěné o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu,
- dnem, kdy pojištěná přestane být občanem ČR nebo pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR ve smyslu platné právní úpravy, nebo přestane mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie ve smyslu platné právní úpravy na území ČR,
- 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 pojištěné,
- 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,
- dohodou pojistitele a pojištěné; v dohodě musí být ujednáno okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání.

Pojištění závažných gynekologických onemocnění zaniká také vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou, nejpozději však 18 měsíců od pojistné události, tj. od prvního stanovení diagnózy zhoubného novotvaru za života pojištěné.

Pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy zaniká také dnem, kdy nastala pojistná událost, při níž pojistné plnění dosáhlo limitu, tzn. poskytnutí dvou odborných lékařských oponentur; pojistitel má právo na pojistné do konce pojistného období, ve kterém nastala pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo.

Další způsoby ukončení a zániku pojištění jsou sděleny v pojistných podmínkách, které pojistník (zámecce o pojištění) převzal spolu s těmito předmluvními informacemi.

8. PODMÍNKY A LHŮTY TÝKAJÍCÍ SE MOŽNOSTI ODSTOUPENÍ OD POJISTNÉ SMLOUVY

Obecná úprava odstoupení

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy. Stejně tak má pojistník právo od smlouvy odstoupit v případě, že pojistitel poruší povinnost upozornit na nesrovnalosti, musí-li si jich být při uzavírání smlouvy vědom, mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky.

Pojistitel má právo odstoupit od smlouvy v případě, že pojištěná nebo pojistník poruší povinnost k pravdivým sdělením na písemné dotazy pojistitele, týkající se pojištění.

Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistník nebo pojistitel do dvou měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit porušení povinnosti, které opravňuje k odstoupení. Při odstoupení od smlouvy nahradí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné a pojistník nahradí pojistiteli pojistné plnění, které již pojistitel případně z pojištění plnil. Odstoupí-li od smlouvy pojistitel, nahradí pojistník pojistiteli i náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

Odstoupení v případě pojistných smluv uzavřených pojistníkem – spotřebitelem mimo obchodní prostory a formou obchodu na dálku

V případě, že jde o pojistnou smlouvu uzavřenou mimo obchodní prostory, tj. mimo pobočky České pojišťovny a.s., nebo formou obchodu na dálku, tj. použitím prostředku komunikace na dálku, může pojistník, odstoupit od smlouvy do 14 dnů ode dne jejího uzavření bez udání důvodu. Poskytl-li pojistitel pojistníkovi, který je spotřebitelem, při uzavírání smlouvy formou obchodu na dálku klamavý údaj, má pojistník právo odstoupit od smlouvy do 3 měsíců ode dne, kdy se o tom dozvěděl nebo dozvědět měl a mohl. Odstoupení od pojistné smlouvy je nutno podat písemně na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4. Formulář pro odstoupení od smlouvy naleznete na www.zdravi.cz nebo můžete požádat o jeho doručení prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, příp. infolinky ČPZ.

9. INFORMACE O DŮSLEDČÍCH V PŘÍPADĚ PORUŠENÍ PODMÍNEK VYPLÝVAJÍCÍCH Z POJISTNÉ SMLOUVY

V případě, že pojistník, pojištěná či jiná osoba mající právo na pojistné plnění poruší své zákonné nebo smluvní povinnosti (např. nevyplní úplně a pravdivě zdravotní dotazník), může dle okolností a smluvních ujednání dojít ke snížení či odmítnutí pojistného plnění, 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 pojistitele (pojištění zanikne k datu uvedenému v upomínce).

10. PRÁVO ROZHODNÉ PRO POJISTNOU SMLOUVU

Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky (dále jen „ČR“). Rozhodování sporů přísluší obecným soudům ČR. Pro uzavření pojistné smlouvy a pro komunikaci mezi smluvními stranami se použije český jazyk.

11. VYŘIZOVÁNÍ STÍŽNOSTÍ

Stížnosti pojistníků, pojištěných a oprávněných osob se doručují na adresu Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4 a vyřizují se písemnou formou, pokud se pojistník, pojištěná, oprávněné osoby a pojistitel nedohodnou jinak. Se stížností se uvedené osoby mohou obrátit i na Českou národní banku. ČPZ dodržuje Kodex etiky v pojištnictví České asociace pojišťoven, který je přístupný na www.cap.cz.

12. DOBA PLATNOSTI POSKYTNUTÝCH ÚDAJŮ

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

13. DANĚ

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.

14. OSOBNÍCH ÚDAJE – POUČENÍ SUBJEKTU ÚDAJŮ

ČPZ v postavení správce osobních údajů, příp. její smluvní zpracovatelé, zpracovávají osobní údaje v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a to automatizovaným způsobem i manuálně. V případě tzv. dynamického biometrického podpisu bude podpis zpracováván prostřednictvím technologie pro automatické rozpoznávání biometrických prvků, při které jsou jako neoddělitelná součást grafické podoby podpisu zaznamenávány dynamické parametry pohybu ruky. Osobní údaje jsou zpracovávány pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojištnictví, ve znění pozdějších předpisů.

ČPZ zpracovává pouze přesné osobní údaje získané v souladu se zákonem a má povinnost zpracovávané osobní údaje aktualizovat. Za tím účelem jsou subjekty údajů (lidé, ke kterým se osobní údaje vztahují) povinny bezodkladně nahlásit jakoukoliv jejich změnu.

Osobní údaje mohou být v zákonném rozsahu zpracovávány i pro obchodní a marketingové účely. Poskytnuté osobní údaje mohou být v souladu se souhlasem subjektu údajů předány také členům mezinárodního koncernu Generali, jehož je ČPZ členem, a příp. spolupracujícím obchodním partnerům uvedeným na webových stránkách ČPZ. Subjekt údajů má možnost kdykoliv písemně vyslovit nesouhlas se zpracováním svých osobních údajů pro obchodní a marketingové účely, resp. s jejich předáním uvedeným osobám. Subjekt údajů má právo požádat ČPZ o informaci o zpracování svých osobních údajů a pokud se domnívá, že jsou jeho osobní údaje zpracovávány v rozporu se zákonem nebo s ochranou soukromého a osobního života, může požádat ČPZ o vysvětlení, resp. požadovat odstranění závadného stavu; je-li jeho žádost oprávněná, ČPZ závadný stav neprodleně odstraní. V případě nevyhovění jeho žádosti má subjekt údajů možnost obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění závažných gynekologických onemocnění č.j.: 12/2014 (ZPP-G)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění závažných gynekologických onemocnění, 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, příslušných DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Závažné gynekologické onemocnění – onemocnění zhoubným novotvarem orgánů uvedených níže v tomto článku.

Zhoubný novotvar – onemocnění způsobené zhoubným (maligním) nádorem a charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz zasahujících prsy, vulvu, pochvu, dělohu, děložní hrdlo, děložní tělo, vaječníky, vejcovody, tlusté střevo, konečník nebo rektosigmoidální spojení (dále jen „ženské orgány“); diagnóza zhoubného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM.

TNM – způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru T, postižení mízních uzlin N a přítomnost vzdálených metastáz M; ke každému z písmen se přidává číslo odpovídající konkrétnímu nálezům.

Operační výkon – takový výkon, který je z lékařského hlediska nezbytně nutný a při němž byl pojištěný odstraněn zhoubný novotvar nebo jeho část, eventuálně, při němž byl zhoubný novotvar zjištěn, nemohl-li být vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky odstraněn; výkon musí být potvrzen operačním protokolem a zhoubnost novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem; za operační výkon se nepovažuje výkon provedený pouze za účelem stanovení diagnózy ve smyslu odběru vzorku tkáně k určení diagnózy (např. biopsie, punkce).

Doba nezbytného léčení – doba léčení zhoubného novotvaru, do které se započítává doba hospitalizace, pracovní neschopnosti a dále doba potvrzená příslušným zdravotnickým pracovištěm jakožto doba, která je z lékařského hlediska nezbytná pro léčbu diagnostikovaného zhoubného novotvaru; v konkrétním případě může dobu nezbytného léčení stanovit lékař určený pojišťovnou.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění závažných gynekologických onemocnění (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- Pojištění je sjednáváno na pojistné nebezpečí výskytu a prokázání nálezu (diagnostiky) zhoubného novotvaru ženských orgánů a doby nezbytného léčení tohoto nádorového onemocnění, včetně podstoupení nezbytného operačního výkonu.
- V případě pojistné události vyplácí pojišťovna pojištěnému pojištění plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou.

Článek 3 Pojistná událost

Pojistnou událostí je v pořadí první stanovení diagnózy zhoubného novotvaru za života pojištěného, ke kterému došlo za trvání pojištění.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 4 Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojišťovna neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění:
 - ze škodných událostí vzniklých v důsledku zhoubného novotvaru, který vznikl, nebo podle posudku lékaře určeného pojišťovnou musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
 - u novotvarů popsanych jako „in situ“, diagnostikovaných jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny (prekancerózy),
 - u zhoubných novotvarů vzniklých působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěná v rámci léčebného procesu probíhajícího pod lékařským dozorem.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění za dobu nezbytného léčení ve smyslu čl. 5 odst. 3 písm. c) těchto ZPP, pokud pojištěná nerespektovala rady lékaře a předešlý léčebný postup, přičemž rozhodující pro uplatnění výluky z pojištění je stanovisko příslušného zdravotnického pracoviště, kde je pojištěná pro zhoubný novotvar léčena.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění za dobu nezbytného léčení ve smyslu čl. 5 odst. 3 písm. c) těchto ZPP v případě prodloužení pojištění se splněním povinností dle čl. 8 odst. 3 těchto ZPP.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše plnění, která náleží pojištěnému při pojistné události.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Při pojistné události pojišťovna vyplácí:
 - sjednanou pojistnou částku v případě stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ve smyslu čl. 3,
 - sjednanou pojistnou částku v případě prvního operačního výkonu podstoupeného pojištěnou, a to nejpozději do 18 měsíců od stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ve smyslu čl. 3,
 - důchod (rentu) za dobu nezbytného léčení po stanovení diagnózy zhoubného novotvaru ve smyslu čl. 3 s platností vždy po uplynutí prvního měsíce nezbytného léčení, a dále po uplynutí každého dalšího měsíce nezbytného léčení, nejvýše však v souhrnu za 12 měsíců.
- V souladu s ustanovením čl. 18 VPP pojišťovna sníží pojistné plnění o jednu polovinu, pokud zjistí, že pojištěná neabsolvovala alespoň dvě preventivní lékařské prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví nebo absolvování preventivních prohlídek nedoloží potvrzením příslušného zdravotnického zařízení; snížení pojistného plnění podle tohoto odst. se neuplatní u pojistné události, která nastane u pojištěného do věku 18 let.

- Oprávněnou osobou je pojištěná.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou, nejpozději však 18 měsíců od pojistné události vymezené v čl. 3 těchto ZPP.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 7 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťovny týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Pojištěná dále v zájmu svého zdraví předchází vzniku pojistné události a v tomto smyslu podstupuje doporučené preventivní lékařské prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví, a to pravidelně v termínech stanovených platnou právní úpravou.

Článek 8 Povinnosti pojištěné při pojistné události

- Při pojistné události plní pojištěná povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a dále zejména, uplatňuje-li právo na pojistné plnění:
 - při diagnóze zhoubného novotvaru ve smyslu ustanovení čl. 5 odst. 3 písm. a) těchto ZPP, doručí pojišťovně aktuální lékařskou zprávu ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem a s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM, jakož i další doklady, které si pojišťovna vyžádá,
 - po provedení prvního operačního výkonu ve smyslu ustanovení čl. 5 odst. 3 písm. b) těchto ZPP, doručí pojišťovně operační protokol, přičemž zhoubnost odstraněného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem, jakož i dalšími doklady, které si pojišťovna vyžádá,
 - za dobu nezbytného léčení ve smyslu ustanovení čl. 5 odst. 3 písm. c) těchto ZPP, doručí pojišťovně potvrzení příslušného zdravotnického zařízení o probíhající léčbě, a to před uplatněním práva na další výplatu sjednaného důchodu (renty), jakož i další doklady, které si pojišťovna vyžádá,
 - doklady vymezené pod písm. a), b) a c) musí obsahovat identifikaci pojištěné (jméno a příjmení, rodné číslo a adresu bydliště), označení diagnózy a zdravotnického zařízení, které lékařskou zprávu vystavilo.
- Doklady uvedené v odst. 1 písm. a) a b) pojištěná předloží pojišťovně bez zbytečného odkladu po vzniku práva na pojistné plnění.
- Doklady uvedené v odst. 1 písm. c) pojištěná předkládá pojišťovně v pravidelných intervalech vždy za každý dokončený měsíc nezbytného léčení počínaje výplatou v pořadí čtvrtého důchodu (renty).

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

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy č.j.: 10/2014 (ZPP-SOC)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění druhého lékařského názoru pro onkologické diagnózy (známé jako 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“) 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:

Zhoubný novotvar – onemocnění způsobené zhoubným (maligním) nádorem a charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz; diagnóza zhoubného novotvaru musí být potvrzena lékařskou zprávou ze specializovaného zdravotnického pracoviště a doložena histologickým nálezem s jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace TNM.

TNM – způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru T, postižení mízních uzlin N a přítomnost vzdálených metastáz M; ke každému z písmen se přidává číslo odpovídající konkrétnímu nálezu.

Odborná lékařská oponentura:

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

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

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

Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je změna zdravotního stavu pojištěného z důvodu diagnózy zhoubného novotvaru, která hrozí operací nebo vyžaduje dlouhodobé léčení, nebo jejíž dosavadní léčba nevede k uzdravení.

- Pojistná událost nastává v okamžiku, kdy pojištěný oznámí pojistiteli změnu zdravotního stavu 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.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění:
 - ze škodných událostí vzniklých v důsledku zhoubného novotvaru, který vznikl nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musel vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době,
 - u novotvarů popsanych jako „in situ“, diagnostikovaných jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny (prekancerózy),
 - u zhoubných novotvarů vzniklých působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu probíhajícího pod lékařským dozorem,
 - pokud změna zdravotního stavu pojištěného podle posudku lékaře určeného pojistitelem objektivně nevyžaduje poskytnutí odborné lékařské oponentury,
 - pokud pojištěný nedoložil pojistnou událost ve smyslu čl. 8 odst. 2 písm. a) těchto ZPP.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistné plnění a limit pojistného plnění

- Při pojistné události poskytne pojistitel formou naturálního plnění odbornou lékařskou oponenturu.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Pojistné plnění náleží pojištěnému maximálně dvakrát za celou pojistnou dobu.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká dnem, kdy nastala pojistná událost, při níž pojistné plnění dosáhlo limitu podle čl. 5 těchto ZPP. Pojistitel má právo na pojistné do konce pojistného období, ve kterém nastala pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo.

PŘÍZPŮSOBENÍ POJISTNÉHO

Článek 7 Přízpůsobení pojistného

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

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 8 Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události plní pojištěný povinnosti stanovené v čl. 17 VPP; za oznámení pojistné události je považována žádost pojištěného o poskytnutí odborné lékařské oponentury.
- Pojištěný dále:
 - doručí pojistiteli příslušnou zdravotnickou dokumentaci, která se vztahuje k diagnóze zhoubného novotvaru pojištěného, jakož i další doklady, které si pojistitel nebo smluvní lékař pojistitele vyžádá,
 - dostaví se v dohodnutém termínu na smlouvenou osobní konzultaci odborné lékařské oponentury; 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.

Článek 9 Odpovědnost pojistitele

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. Pojistitel ani smluvní lékař pojistitele nenesou žádnou odpovědnost za jakoukoli chybu nebo nedostatek související s poskytnutím odborné lékařské oponentury.

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