


Základní popis pojištění MULTIZDRAVÍ

RIZIKO	MULTIZDRAVÍ VE ZKRATCE
HOSPITALIZACE	Za každý den hospitalizace se vyplácí sjednaná pojistná částka Plná verze (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová verze pojištění STANDARD – hospitalizace v nemocnici PREMIUM – hospitalizace v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém zařízení
PRACOVNÍ NESCHOPNOST	Za každý den pracovní neschopnosti od dohodnutého dne se vyplácí sjednaná pojistná částka Plná verze (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová verze pojištění
INVALIDITA	Každý rok po dobu 5 let se vyplácí 20 % pojistné částky při trvání invalidity Plná verze (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová verze pojištění

**Limity pojistného plnění pojištění hospitalizace PREMIUM
pro jednotlivá zdravotnická zařízení**

LIMIT	ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ
NEOMEZENĚ	NEMOCNICE
90 DNÍ V KALENDRÁRNÍM ROCE	LÉČEBNÝ TUBERKULÓZY A RESPIRAČNÍCH NEMOCÍ – odborné léčebné ústavy určené pro nemocné s plicními, mimoplicními a respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči REHABILITAČNÍ ÚSTAVY A LÉČEBNY – odborné léčebné ústavy určené k poskytování komplexní dlouhodobé rehabilitační ústavní péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, případně poruchami jiných funkcí LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH – odborné léčebné ústavy určené k poskytování specializované ošetrovatelské a rehabilitační péče o osoby trpící déle trvajících nemocemi OSTATNÍ ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY – např. oční léčebny, instituty onkologie a ústavy chirurgie HOSPICE – lůžková zdravotnická zařízení, kde základem léčby je léčba poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci
28 DNÍ V KALENDRÁRNÍM ROCE	OZDRAVOVNY – odborné léčebné ústavy poskytující za lékařského dozoru a odborného vedení zdravotní péči dětem zdravotně oslabeným nebo dětským pacientům v rekonvalescenci při využití klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy LÁZEŇSKÉ LÉČEBNY – zdravotnická zařízení poskytující komplexní a příspěvkovou lázeňskou léčbu doporučenou ošetřujícím lékařem



Všeobecné pojistné podmínky

pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011 (VPP-N)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pojištění pro případ nemoci, které sjednává Česká pojišťovna ZDRA-VÍ a.s. (dále jen „pojišťitel“), se řídí zákonem¹, dalšími obecně závaznými právními předpisy², těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“), zvláštními, případně i doplňkovými pojistnými podmínkami, které blíže upravují jednotlivé typy pojištění, a které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pro případ nemoci (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním ve smyslu zákona³ a je sjednáváno jako pojištění škodové⁴ nebo obnosové⁵.
- Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“), a které může vyvolat pojistnou událost definovanou pro jednotlivé typy pojištění ve zvláštních pojistných podmínkách (dále jen „ZPP“).
- Pojištěním může být fyzická i právnická osoba.
- Podmínky přijetí do pojištění jsou stanoveny ve vnitřních předpisech pojišťitele.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, vztahuje se pojistná ochrana jen na území České republiky (dále jen „ČR“). Zdravotní péče a hospitalizace pojištěného musí být poskytnuta tuzemským zdravotnickým zařízením. Úkony a jiné skutečnosti, související se zdravotním stavem pojištěného, se kterými je spojena povinnost pojišťitele poskytnout pojistné plnění, musí být učiněny nebo nastat na území ČR a musí být v souladu s platnou právní úpravou⁶.
- Pojištěný musí být občanem ČR nebo pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR ve smyslu zákona⁷, nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie⁸ (dále jen „EU“) na území ČR, nedohodnou-li se účastníci pojištění jinak.

Článek 3

Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu neurčitou.
- Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci pojištění neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, pojištění vzniká v 00:00 hodin prvního dne následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy.
- Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
- Zánik pojištění nastává ve 24:00 hodin dne, kdy na základě úkonů účastníků pojištění nebo nastalých skutečností, se kterými je podle těchto pojistných podmínek spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
- Pojišťitel a pojištěný se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
- Pojištění zanikne na základě těchto úkonů pojištěníka nebo pojišťitele ve smyslu zákona⁹:
 - pisemnou výpověď doručenu do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - pisemnou výpověď ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná,
 - pisemnou výpověď podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta v délce 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - uplatní-li pojištěný nesouhlas se změnou výše pojistného; v tomto případě pojištění zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, pokud se účastníci pojištění nedohodnou jinak,
 - odstoupením od pojistné smlouvy,
 - odmítnutím plnit v pojistné smlouvě ze strany pojišťitele; v tomto případě pojištění zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění,
 - dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění.
- Pojištění dále zanikne:
 - dnem, kdy pojištěný přestane být pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR, pokud se účastníci pojištění před zánikem pojištění nedohodnou jinak,
 - dnem, kdy pojištěný nebo pojištěník přestane mít trvalý či přechodný pobyt v ČR, trvalý či přechodný pobyt občana EU, pokud se účastníci pojištění před zánikem pojištění nedohodnou jinak,

- dnem, kdy pojištěný přestane mít sídlo na území ČR, pokud se účastníci pojištění před zánikem pojištění nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojištěním k zaplacení dlužného pojistného,
 - dnem, ve kterém pojištěný obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu¹⁰.
- Další skutečnosti, na základě kterých pojištění zaniká, jsou vymezeny v příslušných ZPP.

Článek 4

Pojistné období

- Pojistným obdobím se pro účely pojištění rozumí časové období, za které se platí pojistné.
- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, a pokud není v pojistné smlouvě účastníky pojištění dohodnuto, je pojištěním 1 měsíc.

Článek 5

Pojistné a splatnost pojistného

- Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojištěním.
- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Pokud byl pojištěný pojištěn jako nezletilý, je od pojistného období následujícího po dovršení 18 let věku pojištěný povinen hradit pojistné stanovené pro tuto věkovou kategorii.
- Je-li pojištěný v prodlení s placením pojistného, je pojišťitel oprávněn požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného je pojišťitel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštového.
- Pojišťitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
- Přepjatky pojistného, pokud pojištěný nepožádá o jejich vrácení, použije pojišťitel k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 6

Prizpůsobení pojistného

- Jednou ročně může pojišťitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
- Při změně výše pojistného je pojišťitel povinen postupovat způsobem stanoveným zákonem¹¹. Pokud pojištěný se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Pojištění pak zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.

Článek 7

Čekací doba

- Nárok na pojistné plnění z pojištění vzniká teprve u pojistné události nastalé po uplynutí čekací doby.
- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění a její délka činí 3 měsíce, pokud není v příslušných ZPP stanoveno jinak.
- V případě pojistné události vzniklé následkem úrazu, který nastal v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena pro případ pojistné události:
 - v souvislosti s těhotenstvím a porodem,
 - při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie,
 - v souvislosti s implantací ortopedických náhrad.
- Zvýší-li se pojistná částka za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, vymezená v odst. 2 a odst. 4, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 8

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je nahodilá skutečnost blíže specifikovaná v příslušných ZPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojišťitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistnou událost je nutno pojištěním oznámit způsobem stanoveným pro jednotlivé typy pojištění v příslušných ZPP.
- Nemocí se pro účely pojištění rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
- Úrazem se pro účely pojištění rozumí neočekávané a náhle působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

- Úraz se též považují:
 - utonutí a tonutí,
 - tělesná poškození způsobená popálením,bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně,
 - vyknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na pařáti, slach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Pojistná částka

- Výše pojistného plnění vyplývá z pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.
- Pojistná částka představuje horní hranici plnění¹². Horní hranice plnění může být určena také limitem pojistného plnění.

Článek 10

Oprávněnost pojistného plnění

- O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojišťitel v souladu s pojistnou smlouvou a na základě předložených dokumentů.
- Pojišťitel si vyhraduje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojišťitel je též oprávněn pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.

Článek 11

Redukce výše pojistného plnění

- Pojišťitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojištěný nebo pojištěný některou z povinností stanovenou zákonem¹³ nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem¹⁴ nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zvětšení rozsahu jejich následků, anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojišťitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojišťitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 12

Výluky z pojištění

- Pojišťitelé nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejich příčin, následků a komplikací,
 - 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,
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s požitím či požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných, kapalných či plyných látek,
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s hráškovou závislostí,
 - pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocněl v souvislosti s výtržností, kterou vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozováním sportu,
 - pokud pojistná událost souvisí se zanedbáním péče o pojištěného nebo týráním pojištěného,
 - pokud pojistná událost souvisí se změnou pohlaví pojištěného.
- Pojišťitelé dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v případech stanovených pro jednotlivé typy pojištění v příslušných ZPP.

Článek 13

Výplata pojistného plnění

- Z pojistné smlouvy je pojištěním poskytováno pojistné plnění tomu, komu v důsledku pojistné události vzniklo právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
- Pojišťitel je povinen po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné k zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit.
- Pojišťitel je dále povinen ukončit šetření do 3 měsíců po tom, co mu byla událost podle odst. 2 oznámena; tuto lhůtu lze

¹ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

² Např. zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění a zákon č. 277/2009 Sb., o pojistnictví, v platném znění

³ Viz ustanovení § 62 a násl. zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

⁴ Viz ustanovení § 26 a násl. zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

⁵ Viz ustanovení § 34 a násl. zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

⁶ Viz např. zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění a další předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění a nemocenské pojištění

⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

⁸ Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění

⁹ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹⁰ Viz ustanovení § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹¹ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹² Viz ustanovení § 28 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹³ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹⁴ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

dohodou prodloužit. Nemůže-li pojistitel ukončit šetření této události ve stanovené lhůtě, je pojistitel povinen sdělit oprávněné osobě důvody, pro které nelze šetření ukončit. Pojistitel není v prodloužení se šetřením této události po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodloužení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto VPP a příslušných ZPP zavázali plnit při pojistné události.

4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 2. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
5. Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované v příslušných ZPP.
6. Pokud vznikne pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění po dobu delší než 1 měsíc, vyplácí pojistné plnění jednorázově za měsíc, vždy však až poté, co je mu doložen nárok na výplatu dalšího pojistného plnění.
7. Pojistitel není v prodloužení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodloužení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto VPP a příslušných ZPP zavázali plnit při pojistné události.
8. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z jakéhokoli důvodu nenáleželo, potom je ten, kdo uplatnil právo na pojistné plnění povinen pojistné plnění, které mu bylo neprávem vyplaceno, vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.

Článek 14

Měna pojistného plnění

Pojistné a pojistné plnění jsou splatná v ČR a v měně, která je ke dni jejich splatnosti na základě zvláštního předpisu určená jako platidlo na území ČR.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15

Písemné dotazy pojistitele

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to zejména dotazy týkající se vykonávaného zaměstnání či pobíraných funkčních požitků, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (dále jen „vykonávaného povolání“), zdravotního stavu pojištěného, uzavřených pojištění s jinými pojistiteli na stejná rizika, a to uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí atd.
2. Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech písemných dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, nemoci a úrazy pojištěného v době uzavírání nebo změny pojistné smlouvy, nemoci prodávané před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavírání pojistné smlouvy včetně hospitalizace pojištěného, pravidelné užívání léků atd. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli a pojištěný, pojistník i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele týkající se pojištění.
3. Písemné dotazy pojistitele je pojištěný, resp. pojistník povinen zodpovědět i zmocněnci pojistitele.
4. Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 18 těchto VPP), který je obsažen v pojistné smlouvě.
5. Úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplně zodpovězené písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění¹⁵, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy¹⁶ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy¹⁷.

Článek 16

Oznamovací povinnost

1. Pojistník, a pokud není pojistník a pojištěný jedna osoba, tak i pojištěný jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů¹⁸ uvedených v pojistné smlouvě.
2. Pojistník je dále povinen oznámit pojistiteli uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem¹⁹.
3. Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba povinni oznámit pojistiteli, jsou stanoveny v příslušných ZPP. Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

Článek 17

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Pojištěný nebo oprávněná osoba jsou povinni včas pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady, stanovenými pro jednotlivé typy po-

jištění v příslušných ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává.

2. Pojištěný nebo oprávněná osoba jsou povinni zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem.
3. Doklad či zdravotní dokumentace vystavené ošetřujícím lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pojistné události. Doklad či zdravotní dokumentaci si také nemůže vystavit sám pojištěný.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 18

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 písemných 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 či při změnách pojištění k jakýmkoli 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 (resp. zákonný zástupce pojištěného) i v těch případech, kdy dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 19

Zkoumání zdravotního stavu

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného²⁰ při uzavírání či změně pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě:
 - a) zpráv vyžádaných s jeho souhlasem od lékařů,
 - b) kompletní zdravotní dokumentace,
 - c) zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se pojištěný léčil nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval,
 - d) prohlídek pojištěného, příp. vyšetření lékařem, kterého pojistitel sám určí.

Zjišťování zdravotního stavu provádí pojistitel prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.

2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný (příp. zákonný zástupce pojištěného) podpisem pojistné smlouvy.
3. Pojištěný je povinen umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
4. 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 před konáním informovat o důvodech, které mu brání ve splnění této povinnosti a dohodnout s pojistitelem náhradní termín vyšetření.
5. 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.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 20

Postoupení pohledávky

1. Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše poskytnutého pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
2. Vzdá-li se pojištěný nároků dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez předchozího písemného souhlasu pojistitele, je pojistitel zproštěn povinností plnit v rozsahu, v jakém mohl požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 21

Změna pojištění

1. Účastníci pojištění se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky pojištění. Jedno vyhotovení dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
2. Pokud se účastníci pojištění dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění.
3. Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění v 00:00 hodin dne, který byl účastníky pojištění dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 22

Přerušení pojištění

1. Pojištění může být během pojistné doby přerušeno²¹. Za dobu přerušeni netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušeni pojištění a které by jinak byly pojistnými událostmi.
2. Pojištění může být přerušeno dohodou účastníků pojištění.
3. Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušeni pojištění je pojistník povinen hradit poplatky ve výši nákladů spojených se správou pojištění.
4. Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 23

Doručování písemností

1. Písemnosti adresované pojištěnému, pojistníkovi nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojištěný známou adresu účastníka pojištění, je-li určena (dále jen „místo doručení“).
2. Nebyl-li adresát zastižěn, 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.
3. Pokud se adresát v místě doručení nedrží, 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.
4. Písemnosti adresované a doručované pojištěnými jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
5. Oznámí-li pojistník či pojištěný pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesné stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.
6. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 24

Forma právních úkonů

1. Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a dodatky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušeni, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění, musí mít písemnou formu, není-li uvedeno jinak.
2. Úkonem ve smyslu odst. 1 se pro účely pojištění rozumí též písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu, výkonu povolání a příjmu pojištěného, tak případně další písemné dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu, tak i odpovědi na ně.
3. Telefonicky nebo elektronicky může pojistník, příp. pojištěný oznámit změnu jména, adresy, telefonu, formy placení pojistného, ošetřujícího lékaře a jeho adresy, požádat o vrácení přeplatku z pojistné smlouvy, požádat o opětovné doručení příslušných formulářů pro šetření pojistných událostí. Ostatní úkony je nutno činit písemně.
4. Pojistnou smlouvu lze uzavřít přijetím návrhu pojistitele zaplacením pojistného ve výši uvedené v návrhu a ve lhůtě, kterou navrhovatel určil, a neurčil-li ji, ve lhůtě stanovené zákonem²². Pojistná smlouva je v takovém případě uzavřena, jakmile bylo pojistné zapláceno.

Článek 25

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojištění nemoci bude řešen u příslušného soudu v ČR a podle právních předpisů platných na území ČR.

Článek 26

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výše náhrady nákladů je stanovena ve vnitřních předpisech pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek a není-li započtení možné, je splatná předem.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 8. 7. 2011.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 8. 2011.

¹⁵ Viz ustanovení § 17 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹⁶ Viz ustanovení § 23 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹⁷ Viz ustanovení § 24 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹⁸ Viz ustanovení § 4 odst. 2, 3 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

¹⁹ Viz ustanovení § 31 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

²⁰ Viz ustanovení § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

²¹ Viz ustanovení § 18 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

²² Viz ustanovení § 6 odst. 2 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

Zvláštní pojistné podmínky

pro pojštění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu

a pojštění pracovní neschopnosti následkem úrazu č.j.: 05/2011 (ZPP-PN)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojštění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu a pojštění pracovní neschopnosti následkem úrazu, která sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojštění pro případ nemoci č.j.: 04/2011 ze dne 8. 7. 2011 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojštění

- Pojštění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu a pojštění pracovní neschopnosti následkem úrazu (oboje dále jen „pojštění“) jsou soukromým pojštěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a jsou sjednávána jako pojštění škodová².
- Pojštění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o daních z příjmů³ příjem ze závislé činnosti a funkční požitky (zaměstnanci) nebo které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (podnikatelé).
- Oprávněnou osobou je pojštěný. V případě pojštění události vyplácí pojišťitel pojštěnému pojistné plnění formou denní dávky ve výši sjednané pojistné částky, nevýje však ve výši pojistitelné denní dávky ve smyslu čl. 5 těchto ZPP, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak.
- Pojistné plnění vyplácí pojišťitel pojštěnému od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby⁴, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojštění

- Vznik pojštění je vymezen v čl. 3 VPP.
- Pojštění zaniká na základě úkonů účastníků pojštění a skutečností vymezených v čl. 3 VPP a na základě těchto dalších skutečností, přičemž pojštění zaniká:
 - dnem, kdy byl pojštěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁵ nebo soudu starobní důchod, případně starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona⁶, nejpozději však dnem, kdy pojštěný dosáhl věku 65 let,
 - dnem, kdy bylo příslušným orgánem sociálního zabezpečení nebo soudem pravomocně rozhodnuto o vzniku invalidity kteréhokoliv stupně,
 - dnem, který předchází dni, ve kterém pojštěný zahájil výkon jiného povolání než povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě, nedohodnou-li se účastníci pojštění na změně pojštění; povoláním se pro účely těchto ZPP míní výkon práce na základě pracovněprávního nebo jemu obdobného vztahu⁷ vykonávaného u konkrétního zaměstnavatele, živnostenské podnikání⁸, jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁹ a uvedené v pojistné smlouvě,
 - uplynutím doby 6 měsíců, po kterou pojštěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil živnostenské podnikání či výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), nedohodnou-li se účastníci pojštění na změně nebo přerušení pojštění před jeho zánikem,
 - vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění vymezeným v čl. 6 těchto ZPP.

Článek 3

Čekací doba

Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost pojštěného, která nastala za trvání pojštění a při níž dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojštěného (dále jen „pracovní neschopnost“), z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojštění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu,
 - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojštění pracovní neschopnosti následkem úrazu.
- Pracovní neschopností se pro účely tohoto pojštění rozumí takový stav pojštěného, při kterém nastanou, a pojišťiteli jsou doloženy, nižší vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojštěný nemůže podle lékařského potvrzení pro nemoc nebo úraz vykonávat a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojštěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou

posudkovou činnost u pojštěných, kteří mají nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojštění¹⁰, nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán jiný doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťitele v případech, kdy pojštěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojštění,

- pojštěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v uvedeném dokladu o pracovní neschopnosti.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah pojštění plnění zdravotnické zařízení určené pojišťitelem (dále jen „lékař určený pojišťitelem“). Účastníci pojštění 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 pojštění, který si zpracování zdravotního posudku vyžádal. Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více diagnóz dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD (dále jen „diagnóza“), jedná se o jednu pojistnou událost. Pojistnou událost se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující přiznané pracovní neschopnosti. Změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
 - Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v čl. 10 těchto ZPP.

Článek 5

Pojistná částka

- Pojistná částka je na návrh pojišťitele stanovena v pojistné smlouvě tak, aby odpovídala předpokládanému snížení nebo ztrátě příjmu pojštěného v důsledku pracovní neschopnosti k výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
- Při stanovení pojistné částky se vychází:
 - z dosaženého příjmu pojštěného za poslední zdaňovací období před vznikem nebo změnou pojštění,
 - ze směrnice pojišťitele určující maximální výši pojistné částky, která odpovídá příjmu vymezenému pod písm. a).
- Pojistitel je oprávněn při uzavření pojistné smlouvy nebo změně pojštění, jakož i při šetření pojistných událostí přezkoumávat výši příjmu pojštěného. Pojišťitel je dále oprávněn měnit i v průběhu pojštění pravidla pro stanovení výše maximální pojistné částky, a to v závislosti na aktuálně dosahovaném příjmu z výdělečné činnosti pojštěného, vyplácených nemocenských a sociálních dávkách.
- Při pojistné události plní pojišťitel denní dávku ve výši sjednané pojistné částky, nevýje však ve výši pojistitelné denní dávky.
- Pojistitelná denní dávka představuje skutečné snížení nebo ztrátu příjmu pojštěného připadající na 1 kalendářní den. Vypočítává se ze součtu prokazatelně doložených čistých příjmů pojštěného za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události. Od těchto příjmů se odečtou další nároky, které pojštěnému náležejí z důvodů pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojštěný v případě pojistné události může nárokovat od zaměstnavatele, nemocenského pojštění, sociálního zabezpečení nebo od ostatních pojišťitelů 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 pojštěnému v době pracovní neschopnosti ve smyslu odst. 5, překročit v přepočtu na 1 kalendářní den čistý příjem pojštěného stanovený ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.
- Přesahuje-li pojistná částka pojistitelnou denní dávku, je pojišťitel oprávněn pojistnou částku a pojistné přízpusobení skutečným poměrům. Nesplnil-li pojštěný (pojistník) oznamovací povinnost dle čl. 9 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP, náleží pojišťiteli pojistné v původní výši do přízpusobení pojštění.
- Za trvání pojštění může jak pojišťitel, tak i pojistník navrhnout, aby pojistná částka a pojistné byly přízpusobeny skutečným poměrům. Přízpusobení pojštění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojštění ve smyslu čl. 21 VPP.

Článek 6

Limit pojštění plnění

- Pojistné plnění vyplácí pojišťitel formou denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.
- Denní dávka je zaručena po dobu trvání pojštění a její výplata je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů (limit pojštění plnění), pokud se v dalších ustanoveních těchto ZPP nestanoví jinak.
- Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do limitu pojštění plnění vymezených v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí. Pracovní neschopnosti způsobené stejnou diagnózou nebo léčením následků stejného úrazu se započítávají do limitu pojštění plnění, pokud časová prodleva mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Za pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s těhotenstvím a porodem náleží pojistné plnění pouze za 14 dnů pracovní neschopnosti pojštěného pro každé těhotenství.
- Výplata pojštění plnění končí nejpozději se zánikem pojštění.

Článek 7

Čistý příjem a jeho dokládání

- Při pojistné události musí pojštěný doložit výši čistého příjmu způsobem určeným pojišťitelem, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události¹¹. Dále je na výzvu pojišťitele povinen doložit výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemocenského či důchodového pojštění, případně od ostatních pojišťitelů k vyrovnání snížení nebo ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
- Stane-li se pojštěný osobou, která nemá ve smyslu těchto ZPP žádný čistý příjem, pojštění zaniká za podmínek stanovených v čl. 2 odst. 2 písm. d) těchto ZPP.
- Čistým příjmem se pro účely tohoto pojštění rozumí:
 - příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojštění,
 - příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení a na všeobecné zdravotní pojštění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnutý do těchto výdajů.

Článek 8

Výluky z pojštění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojišťiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 12 VPP.
- Pojišťitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění při pracovní neschopnosti pojštěného:
 - v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku revizního lékaře určeného pojišťitelem musela vzniknout před počátkem pojštění,
 - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojštění,
 - vzniklé jako následek či komplikace vyplývající z události a stavů uvedených pod písm. a), b),
 - v důsledku genetické nebo vrozené vady, i když se projeví až po počátku pojštění,
 - v důsledku nemoci z povolání a pracovního úrazu,
 - v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nastaly následkem úrazu,
 - v souvislosti s léčebnými pobyty v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních ústavech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu, a pojišťitel s tímto léčebným pobytem vyjadřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých.
- Pojišťitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti:
 - kerou pojštěný nedoložil ve stanovené lhůtě dokladem o pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojišťitel v rámci šetření pojistné události vyžádal,
 - po kterou pojštěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (tj. v době, po kterou nevykonával zaměstnání, přerušil či ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), počínaje dnem, kdy pojštěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným pojišťitelem, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 10 těchto ZPP,
 - počínaje dnem, kdy pojišťitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojštěným, tj. zjistil-li zejména, že pojštěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatné výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojštěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti.
- Končí-li pojistná událost dnem, který stanoví lékař určený pojišťitelem, končí tímto dnem i povinnost pojišťitele poskytnout pojistné plnění.

Článek 9

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťitele týkající se pojštění ve smyslu čl. 15 VPP. Součástí písemných dotazů pojišťitele podle tohoto článku mohou být i dotazy pojišťitele, týkající se dosahovaného příjmu pojštěného z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojišťiteli:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojštěného,

¹ Viz ustanovení § 62 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění
² Viz ustanovení § 26 a násl. zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění
³ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění
⁴ Spoluúčast pojštěného ve smyslu ustanovení § 28 odst. 4 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

⁵ Vydaného na základě zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění a dle dalších právních předpisů
⁶ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojštění, v platném znění
⁷ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění
⁸ Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění

⁹ Např. dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákona č. 85/1996 Sb., o advokacii, v platném znění, zákona č. 358/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti a dal.
¹⁰ Zákon č. 541/1996 Sb., o nemocenském pojštění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů
¹¹ Např. úplným výpisem přiznání k daní z příjmu za předchozí zdaňovací období, vydaným a ověřeným přísl. finančním úřadem nebo potvrzením zaměstnavatele o vyúčtování daně z příjmu za předchozí zdaňovací období

- b) ukončení či přerušení výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
- c) obnovu výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
- d) ztrátu příjmu pojištěného,
- e) snížení příjmů pojištěného, pokud tyto poklesly oproti příjmům, na základě kterých byla stanovena pojistná částka,
- f) příznání starobního důchodu pojištěnému, případně starobního důchodu před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona¹²,
- g) uznání pojištěného invalidním pro invaliditu kteréhokoliv stupně rozhodnutím příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo soudem,
- h) změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
- i) zahájení či ukončení výkonu profesionálního sportu pojištěným.

Článek 10

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojištěný povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - a) včas, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění (tj. do konce karenční doby), pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost, a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v odst. 2, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - b) trvá-li pracovní neschopnost déle než 30 dnů, je pojištěný

povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech, a to minimálně jednou za měsíc po dobu trvání pracovní neschopnosti.

2. Doklady vymezené v odst. 1 pod písm. a) musí mít všechny náležitosti obsažené ve formuláři:
 - a) Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy v případě, že pojištěný má nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění¹³,
 - b) „Lékařská zpráva“¹⁴, zejména vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy, v případě, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění.
3. Pojištěný a pojistník jsou povinni umožnit pojistiteli a osobám zmocněným pojistitelem kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, zejména kontrolu dodržování léčebného režimu, kontrolu prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, jakož i kontrolu trvání výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě, a kontrolu dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
4. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě určeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti, kromě těch případů, kdy je hospitalizován v nemocnici, nebo opustil místo určené ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti s předchozím písemným souhlasem

ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo určené ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti práce neschopen z důvodu zde nastalého úrazu nebo akutní nemoci, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa určeného ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti.

5. Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady ošetřujícího 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 pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011, které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 8. 2011.

¹² Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

¹³ Zákon č. 54/1996 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

¹⁴ Formulář pojistitele

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu v nemocnici následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pobytu v nemocnici následkem úrazu č.j.: 06/2011 (ZPP-H)

HOSPITALIZACE STANDARD

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pobytu v nemocnici následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pobytu v nemocnici následkem úrazu, která sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011 ze dne 8. 7. 2011 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění pobytu v nemocnici následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pobytu v nemocnici následkem úrazu (oboje dále jen „pojištění“) jsou soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a jsou sjednávána jako pojištění obnosová².
2. Oprávněnou osobou je pojištěný. V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku při pobytu pojištěného v nemocnici, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

Vznik a zánik pojištění jsou vymezeny v čl. 3 VPP.

Článek 3

Čekací doba

Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.

Článek 4

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je poskytnutí lůžkové základní a specializované diagnostické a léčebné péče v nemocnici pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu:
 - a) nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu v nemocnici následkem nemoci nebo úrazu,
 - b) úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu v nemocnici následkem úrazu, a která nemohla být poskytnuta ambulantně (dále jen „hospitalizace“).
2. Hospitalizací se pro účely pojištění a vymezení pojistné události rozumí pobyt pojištěného na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a podle obecně vědecky uznávaných metod, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby, tj. zdravotní dokumentaci.
3. O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno v nemocnici na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření.
4. Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru nemocnice. Pojistná ochrana se však vztahuje pouze na léčebnou péči v nemocnici, která splňuje podmínky vymezené v odst. 2 a v čl. 2 VPP.
5. Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci, a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.

6. Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

Článek 5

Pojistná částka

Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše plnění, která pojištěnému náleží za každý den hospitalizace.

Článek 6

Limit pojistného plnění

1. Pojistné plnění vyplácí pojistitel ve výši sjednané pojistné částky za každý den hospitalizace pojištěného po dobu, která je z lékařského hlediska nezbytná, a poskytuje se bez časového omezení, pokud se v dalších ustanoveních těchto ZPP nestanoví jinak.
2. Za hospitalizaci při porodu náleží pojistné plnění pouze za 7 dnů hospitalizace pojištěného, za hospitalizací související s těhotenstvím pouze za 14 dnů hospitalizace pro každé těhotenství.
3. Pro účely vyplácení pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat, a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
4. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Výluky z pojištění

1. Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 12 VPP.
2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za hospitalizaci pojištěného:
 - a) v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku revizního lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění,
 - b) v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění,
 - c) vzniklé jako následek či komplikace vyplývající z události a stavů uvedených pod písm. a) a b),
 - d) v důsledku genetické nebo vrozené vady či perinatálního poškození mozku, i když se projevil až po počátku pojištění,
 - e) plánovanou před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění,
 - f) v léčebných dlouhodobě nemocných, v léčebných tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláště dětských zařízeních a rovněž při pobytu pojištěného v ústavech sociální péče a na ošetřovných vojenských útvarů,
 - g) v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - h) v souvislosti s umělým přerušením těhotenství z jiného než zdravotního důvodu,
 - i) z důvodů takových úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (zejména úkony plastické chirurgie),
 - j) v lázeňských léčebnách, sanatoriích a rehabilitačních ústavech,
 - k) související pouze s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče,
 - l) v hospicích a ve stacionářích,

- m) za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány.
3. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - a) za dobu, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval, tj. např. za dny, kdy byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky,
 - b) za hospitalizaci pojištěného, která trvala méně než 24 hodin,
 - c) za hospitalizaci, kterou pojištěný nedoložil ve smyslu čl. 9 těchto ZPP.

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
2. Oznamovací povinnost pojištěného vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojištěný povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - a) při pojistné události pojistiteli doručit konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice, jakož i další doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - b) doklady vymezené pod písm. a) musí obsahovat zejména identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště), určení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD, datum počátku a ukončení hospitalizace.
2. Doklady uvedené v odst. 1 je pojištěný povinen předložit pojistiteli bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojistitel poskytuje na žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění, je nutno nárok pojištěného vždy doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011, které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 8. 2011.

¹ Viz ustanovení § 62 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

² Viz ustanovení § 34 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem úrazu č.j.: 07/2011 (ZPP-ZZ)

HOSPITALIZACE PREMIUM

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem úrazu, která sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011 ze dne 8. 7. 2011 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem úrazu (oboje dále jen „pojištění“) jsou soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a jsou sjednávána jako pojištění obnosová².
- Oprávněnou osobou je pojištěný. V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku při pobytu pojištěného ve zdravotnickém zařízení, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

Vznik a zánik pojištění jsou vymezeny v čl. 3 VPP.

Článek 3

Čekací doba

Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je poskytnutí lůžkové základní a specializované diagnostické, léčebné, rehabilitační a další zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem nemoci nebo úrazu,
 - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem úrazu, a která nemohla být poskytnuta ambulantně (dále jen „hospitalizace“).
- Hospitalizací se pro účely pojištění a vymezení pojistné události rozumí pobyt pojištěného na lůžkové části níže specifikovaných druhů zdravotnických zařízení:
 - nemocnice,
 - ozdravovny (odborné léčebné ústavy poskytující za lékařského dozoru a odborného vedení zdravotní péči dětem zdravotně oslabeným nebo dětským pacientům v rekonvalescenci při využití klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy),
 - léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí (odborné léčebné ústavy určené pro nemocné s plicními, mimoplicními a respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči),
 - rehabilitační ústavy a léčebny (odborné léčebné ústavy určené k poskytování komplexní dlouhodobé rehabilitační ústavní péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, případně poruchami jiných funkcí),
 - ostatní odborné léčebné ústavy (např. oční léčebny, instituty onkologie a ústavy chirurgie) s výjimkou zdravotnických zařízení vyloučených z pojištění (viz čl. 7 těchto ZPP),
 - lázeňské léčebny při poskytování komplexní lázeňské péče nebo příspěvkové péče ve smyslu zákona³,
 - léčebny dlouhodobě nemocných (odborné léčebné ústavy určené k poskytování specializované ošetrovatelské a rehabilitační péče o osoby trpící déle trvajícími nemocemi),
 - hospice (lůžková zdravotnická zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní⁴), která jsou pod stálým odborným lékařským dozorem, pracují v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a podle obecně vědecky uznávaných metod, disponují dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi a vedou záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby, tj. zdravotní dokumentaci (dále jen „zdravotnické zařízení“).

- Pojistnou událostí není poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, jemuž nebylo uděleno povolení k poskytování zdravotnické péče od příslušného orgánu státní správy (např. ministerstvo zdravotnictví, krajský úřad).
- O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno ve zdravotnickém zařízení na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření.
- Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnických zařízení. Pojistná ochrana se však vztahuje pouze na léčebnou péči ve zdravotnických zařízeních, která splňují podmínky vymezené v odst. 2 a nebyla vyloučena z pojistné ochrany ve smyslu odst. 3.
- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci, a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
- Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

Článek 5

Pojistná částka

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše plnění, která pojištěnému náleží za každý den hospitalizace.
- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, poskytuje se pojištěnému pojistné plnění ve výši dvojnásobku pojistné částky při pojistné události vzniklé při hospitalizaci pojištěného po dosažení věku 18 let v nemocnici:
 - pro léčbu zlomeniny stehenní kosti, páneve či kyčle,
 - na oddělení geriatry, interny, očním nebo na nemocničním oddělení poskytujícím ústavní ošetrovatelskou péči – např. oddělení následné péče,
 (dále jen „navýšení pojistné částky“).
- Navýšení pojistné částky náleží pojištěnému jen ve výši dvojnásobku sjednané pojistné částky, a to i při souběhu skutečností vymezených v odst. 2.

Článek 6

Limit pojistného plnění

- Pojistné plnění vyplácí pojistitel ve výši sjednané pojistné částky za každý den hospitalizace pojištěného po dobu, která je z lékařského hlediska nezbytná, a poskytuje se bez časového omezení, pokud se v dalších ustanoveních těchto ZPP nestanoví jinak.
- Za hospitalizaci při porodu náleží pojistné plnění pouze za 7 dnů hospitalizace pojištěné, za hospitalizaci související s těhotenstvím pouze za 14 dnů hospitalizace pro každé těhotenství.
- Pro účely vyplácení pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat, a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Za hospitalizaci pojištěného ve zdravotnických zařízeních uvedených v čl. 4 odst. 2 písm. b) a f) těchto ZPP náleží pojistné plnění nejvýše za 28 dnů v příslušném kalendářním roce.
- Za hospitalizaci pojištěného ve zdravotnických zařízeních uvedených v čl. 4 odst. 2 písm. c), d), e), g) a h) těchto ZPP náleží pojistné plnění nejvýše za 90 dnů v příslušném kalendářním roce.
- Výplata pojistného plnění končí nejdříve se zánikem pojištění.

Článek 7

Vyluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojištěním povinnost poskytnout pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 12 VPP.
- Pojištěním dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za hospitalizaci pojištěného:
 - v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku revizního lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění,
 - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění,
 - vzniklé jako následek či komplikace vyplývající z události a stavů uvedených pod písm. a), b),
 - v důsledku genetické nebo vrozené vady či perinatálního poškození mozku, i když se projevil až po počátku pojištění,
 - plánovanou před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění,
 - v ústavě sociální péče a na ošetrovnách vojenských útvarů,
 - v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických za-

- řízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického onemocnění, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - v souvislosti s umělým přerušením těhotenství z jiného než zdravotního důvodu,
 - související pouze s potřebou ošetrovatelské nebo ošetrovatelské péče,
 - z důvodů takových úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (zejména úkony plastické chirurgie),
 - v lázeňských léčebnách při poskytování jiné péče než uvedené v čl. 4 odst. 2 písm. f) těchto ZPP,
 - v sanatoriích a rehabilitačních ústavech při poskytování jiné péče než uvedené v čl. 4 odst. 2 písm. c) těchto ZPP,
 - ve stacionářích,
 - za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
- Pojištěním dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - za dobu, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval, tj. např. za dny, kdy byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky,
 - za hospitalizaci pojištěného, která trvala méně než 24 hodin,
 - za hospitalizaci, kterou pojištěný nedoložil ve smyslu čl. 9 těchto ZPP.

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
- Oznamovací povinnost pojištěného vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojištěním změnu ošetroujícího lékaře a jeho adresy.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události je pojištěný povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - při pojistné události pojištěným doručit konečnou propouštěcí zprávu ze zdravotnického zařízení, jakož i další doklady, které si pojišťitel vyžádá,
 - doklady vymezené pod písm. a) musí obsahovat zejména identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště), určení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD, datum počátku a ukončení hospitalizace.
- Doklady uvedené v odst. 1 je pojištěný povinen předložit pojištěním bez zbytečného odkladu, a to nejdříve do 30 dnů po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojištěný poskytuje na žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění, je nutno nárok pojištěného vždy doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011, které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 8. 2011.

¹ Viz ustanovení § 62 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

² Viz ustanovení § 34 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

³ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

⁴ Léčba poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci

Zvláštní pojistné podmínky

pro pojištění invalidity následkem nemoci nebo úrazu

a pojištění invalidity následkem úrazu č.j.: 08/2011 (ZPP-I)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění invalidity následkem nemoci nebo úrazu a pojištění invalidity následkem úrazu, která sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojištitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011 ze dne 8. 7. 2011 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění invalidity následkem nemoci nebo úrazu a pojištění invalidity následkem úrazu (oboje dále jen „pojištění“) jsou soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a jsou sjednávána jako pojištění obnosová². Pojištění se sjednává jako doplňkové k pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu, nebo k pojištění pracovní neschopnosti následkem úrazu.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, jsou-li současně splněny tyto další podmínky:
 - v případě pojištění invalidity následkem nemoci nebo úrazu pojištěný sjednal s pojištitelkou pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu,
 - v případě pojištění invalidity následkem úrazu pojištěný sjednal s pojištitelkou pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu nebo pojištění pracovní neschopnosti následkem úrazu,(dále také jen „základní pojištění“) a tento smluvní vztah trvá ke dni počátku pojištění.
- Oprávněnou osobou je pojištěný. V případě pojistné události vyplácí pojištitel pojištěnému pojistnou částku formou invalidní renty, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou.
- Přijátá platba invalidní renty náleží pojištěnému (oprávněné osobě), i když po její výplatě pozbyl právo na výplatu dalšího pojistného plnění. Pojistné plnění náleží pojištěnému (oprávněné osobě) jen za jeho života; smrtí pojištěného zaniká pojištění ve smyslu čl. 3 odst. 7 písm. b) VPP, jakož i právo na další plnění, jehož splatnost nastane až po smrti pojištěného.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

- Vznik pojištění je vymezen v čl. 3 VPP.
- Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků pojištění a skutečností vymezených v čl. 3 VPP.
- Pojištění zaniká dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění s výjimkou zániku základního pojištění z důvodu výplaty limitu pojistného plnění základního pojištění dle čl. 2 odst. 2 písm. e) Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pracovní neschopnosti následkem úrazu č.j.: 05/2011 ze dne 8. 7. 2011. Pokud nenastane pojistná událost vymezená v čl. 4 těchto ZPP, zaniká pojištění nejpozději dosažením věku 65 let.
- Pojištění zaniká dnem vzniku pojistné události vymezené v čl. 4 těchto ZPP. Vznikla-li za trvání pojištění pojistná událost, nárok na výplatu pojistného plnění trvá i po zániku pojištění, jsou-li splněny podmínky stanovené čl. 8 těchto ZPP.

Článek 3

Čekací doba

Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je uznání pojištěného invalidním pro invaliditu třetího stupně z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění invalidity následkem úrazu.
- Pojistná událost nastává dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním na základě rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu.

Článek 5

Pojistná částka

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše plnění, které náleží oprávněné osobě při pojistné události, není-li dále stanoveno jinak.
- Výše pojistné částky představuje horní hranici pojistného plnění a je odvozena z pojistné částky základního pojištění.
- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, pojistné plnění je vypláceno oprávněné osobě výplatou invalidní renty, a to předem na období jednoho roku. Výplata invalidní renty na první rok je splatná do 15 dnů po skončení šetření pojistné události³, na další rok (roky) je splatná vždy k výročnímu dni vzniku pojistné události. Výročním dnem vzniku pojistné události se rozumí den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem vzniku pojistné události. Není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den tohoto měsíce.
- Právo na výplatu invalidní renty na další rok (roky) lze uplatnit, je-li ke dni splatnosti pojistného plnění oprávněná osoba nadále invalidní pro invaliditu třetího stupně a doloží-li tuto skutečnost pojištiteli způsobem uvedeným v čl. 8 těchto ZPP, není-li v jiných ustanoveních těchto ZPP stanoveno jinak.
- Při nesplnění povinností uvedených v čl. 8 těchto ZPP, není pojištitel v prodloužení výplatou pojistného plnění v souladu s ustanovením čl. 13 odst. 7 VPP.

Článek 6

Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojištiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 12 VPP. Pojištiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - byla-li přiznána oprávněné osobě invalidita třetího stupně za nemoc, která vznikla, nebo podle posudku revizního lékaře určeného pojištitelkou musela vzniknout před počátkem pojištění, včetně jejich příčin, následků a komplikací,
 - byla-li přiznána oprávněné osobě invalidita třetího stupně za úraz, který nastal před počátkem pojištění, včetně jeho příčin, následků a komplikací,
 - byla-li přiznána oprávněné osobě invalidita třetího stupně za nemoc z povolání nebo za pracovní úraz, za dobu, po kterou oprávněná osoba vykonává po uznání invalidním pro invaliditu třetího stupně závislou činnost v pracovním nebo jemu obdobném poměru v rozsahu zakládajícím účast na nemocenském pojištění nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti.
- Pojištitel má právo pojistné plnění přiměřeně snížit v případě, že ke vzniku pojistné události přispělo více diagnóz, kdy alespoň jedna nastala před počátkem pojištění.

Článek 7

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojištitelky týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojištiteli:
 - zánik invalidity třetího stupně nebo její změnu na jiný stupeň na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu,
 - zahájení výkonu závislé činnosti zakládající účast na nemocenském pojištění nebo zahájení podnikání,
 - přiznání nároku na výplatu starobního důchodu, případně starobního důchodu před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona⁴.

Článek 8

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události je oprávněná osoba povinna plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - písemně oznámit pojištiteli nejpozději do 30 dnů od vzniku pojistné události, že nastala pojistná událost,
 - doložit pojištiteli vznik pojistné události kopií rozhodnutí příslušného orgánu o uznání invalidním pro invaliditu třetího stupně⁵ a prokázat příslušnou zdravotní dokumentaci, že invalidita třetího stupně oprávněné osoby byla vyvolána nemocí nebo úrazem, které nastaly za trvání pojištění,
 - doložit pojištiteli trvání invalidity třetího stupně oprávněné osoby ke dni splatnosti invalidní renty požadovanými doklady (např. dokladem o vyplácení invalidního důchodu, zdravotní dokumentací).
- Oprávněná osoba a pojištitel jsou povinni umožnit pojištiteli a osobám zmocněným pojištitelkou kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, zejména kontrolu vzniku a trvání invalidity třetího stupně, jakož i kontrolu ukončení výkonu závislé nebo samostatné výdělečné činnosti, a kontrolu dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojištitelky plnit a poskytnout pojištiteli nezbytnou součinnost.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 9

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pojištění pro případ nemoci č.j.: 04/2011, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011, které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 8. 7. 2011.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 8. 2011.

¹ Viz ustanovení § 62 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

² Viz ustanovení § 34 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

³ Viz ustanovení § 16 zákona č. 37/2007 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

⁴ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

⁵ Česká správa sociálního zabezpečení, příslušné orgány ministerstev obrany, vnitra a spravedlnosti

Informace o pojistiteli a závazku poskytované zájemci

před uzavřením pojistné smlouvy dle § 66 zák. č. 37/2004 Sb.,
o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen „ZPS“)

INFORMACE O POJISTITELI

Obchodní firma a právní forma: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.
Sídlo pojistitele: Česká republika, Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10

INFORMACE O ZÁVAZKU

Definice pojištění

Pojistitel poskytuje soukromé pojištění pro případ nemoci ve smyslu ustanovení § 62 ZPS (dále jen „pojištění“). Pojištění lze se zájemcem sjednat jako pojištění „škodové“ nebo pojištění „obnosové“. Nabízená pojištění jsou blíže specifikována v návrhu pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou pojistné podmínky pro jednotlivá odvětví a typy pojištění, s nimiž musí být zájemce před uzavřením pojistné smlouvy seznámen, a které jsou připojeny k pojistné smlouvě. Výše pojistného plnění je určena sjednanou pojistnou částkou nebo omezena limitem pojistného plnění (horní hranice plnění v případě pojistné události). Jednou z podmínek vzniku a trvání pojištění je úplná a pravdivě vyplnění „Zdravotního dotazníku pojišťované osoby“.

Doba platnosti a způsoby zániku pojistné smlouvy

Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy. Pojištění se obvykle sjednává na dobu neurčitou (pojistná doba). Pojištění může zaniknout dohodou účastníků nebo výpovědí ve smyslu ustanovení § 22 ZPS.

K zániku pojištění dochází nezaplacením pojistného za podmínek vymezených v ustanovení § 20 ZPS nebo odmítnutím pojistitele plnit z pojistné smlouvy ve smyslu ustanovení § 24 ZPS. Pojištění zaniká smrtí pojištěného nebo nastanou-li skutečnosti vymezené v pojistných podmínkách, se kterými je spojen zánik pojištění (např. vyplacení pojistného plnění po stanovenou dobu a dal.). Zánikem sjednaných pojištění zaniká i pojistná smlouva. Pojistitel vydává tomu, kdo s ním pojistnou smlouvu uzavřel (dále jen „pojistník“), pojistku jako písemné potvrzení o uzavření nebo změně pojistné smlouvy.

Pojistné

Pojistné je úplata za pojistnou ochranu. Pojistník je povinen platit pojistné za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné), která lze sjednat na dobu jednoho měsíce, čtvrtletí, pololetí nebo jednoho roku. Nebylo-li dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné k prvnímu dni pojistného období a lze je hradit v hotovosti nebo bezhotovostním převodem peněžních prostředků na účet určený pojistitelem. Pojistitel má právo na pojistné do zániku pojištění. Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle zásad stanovených směrnicí pojistitele. Pro stanovení výše pojistného je rozhodující výše pojistné částky, pohlaví a věk pojištěného, jeho zdravotní stav, vykonávané povolání (zaměstnání či podnikání nebo jiná samostatná výdělečná činnost), jakož i další aktivity pojištěného (např. výkon sportu).

Odstoupení od smlouvy

V souladu s ustanovením § 23 ZPS může pojistitel nebo pojistník

odstoupit od pojistné smlouvy. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší a účastníci jsou povinni se vypořádat způsobem vymezeným citovaným ustanovením ZPS.

Bonusy, investiční podíly a odkupné

Soukromé pojištění nemoci nespadá do tzv. „rezervotvorných pojištění“, kde kromě čistě rizikového pojistného je i složka strádání, která náleží pojištěnému bez vazby na princip odškodnění, a neumožňuje pojistníkovi podílet se na výnosech nebo investovat do investičních fondů. V případě zániku pojištění nevzniká nárok na odkupné.

Obecná informace o daňových předpisech

Na pojištění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, v platném znění.

Stížnosti

Stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob je možné zasílat na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví této informace. Se stížnostmi se lze obrátit rovněž na příslušný úřad státního dohledu nad pojišťovnami.

Právo platné pro pojistnou smlouvu

Pojistitel navrhuje, aby se pojistná smlouva řídila právním řádem České republiky.

Směrnice pojistitele

pro stanovení maximální výše pojistitelné denní dávky při pracovní neschopnosti a maximální pojistné částky pro pojištění invalidity, platná od 1. 9. 2011. Všechny částky jsou v Kč.

Zaměstnanci a OSVČ nemocensky pojištění					
Měsíční hrubý příjem (pomocný údaj)		Měsíční čistý příjem (rozhodující údaj)		denní dávka	invalidita
od	do	od	do		
-	26 000	-	20 000	150	200 000
26 001	31 000	20 001	23 500	200	300 000
31 001	35 000	23 501	26 000	250	400 000
35 001	39 000	26 001	29 000	300	500 000
39 001	42 000	29 001	31 000	350	600 000
42 001	45 000	31 001	33 000	400	700 000
45 001	48 000	33 001	35 000	450	800 000
48 001	51 000	35 001	37 000	500	900 000
51 001	54 000	37 001	39 000	550	1 000 000
54 001	58 000	39 001	42 000	600	1 100 000
58 001	61 000	42 001	44 000	650	1 200 000
61 001	64 000	44 001	46 000	700	1 300 000
64 001	67 000	46 001	48 000	750	1 300 000
67 001	70 000	48 001	50 000	800	1 400 000
70 001	73 000	50 001	52 500	850	1 500 000
73 001	75 000	52 501	54 000	900	1 600 000
75 001	77 000	54 001	55 000	950	1 700 000
77 001	80 000	55 001	57 000	1 000	1 800 000
80 001	82 000	57 001	58 500	1 050	1 900 000
82 001	84 000	58 501	60 000	1 100	2 000 000
84 001	87 000	60 001	62 000	1 150	2 100 000
87 001	89 000	62 001	63 500	1 200	2 200 000
89 001	91 000	63 501	65 500	1 250	2 200 000
91 001	93 000	65 501	67 000	1 300	2 300 000
93 001	95 000	67 001	68 500	1 350	2 400 000
95 001	97 000	68 501	70 000	1 400	2 500 000
97 001	98 000	70 001	71 000	1 450	2 500 000
98 001	100 000	71 001	72 500	1 500	2 500 000
100 001	102 000	72 501	74 000	1 550	2 500 000
102 001	104 000	74 001	75 500	1 600	2 500 000
104 001	106 000	75 501	77 000	1 650	2 500 000
106 001	108 000	77 001	79 000	1 700	2 500 000
108 001	110 000	79 001	80 500	1 750	2 500 000
110 001	112 000	80 501	82 000	1 800	2 500 000
112 001	114 000	82 001	83 500	1 850	2 500 000
114 001	116 000	83 501	85 500	1 900	2 500 000
116 001	118 000	85 501	87 000	1 950	2 500 000
118 001	138 000	87 001	103 000	2 000	2 500 000
138 001	158 000	103 001	119 000	2 500	2 500 000
158 001	178 000	119 001	135 000	3 000	2 500 000
178 001	197 000	135 001	150 000	3 500	2 500 000
197 001	217 000	150 001	166 000	4 000	2 500 000
217 001	237 000	166 001	182 000	4 500	2 500 000
237 001	257 000	182 001	198 000	5 000	2 500 000
257 001	276 000	198 001	213 000	5 500	2 500 000
276 001	a výše	213 001	a výše	6 000	2 500 000

OSVČ nemocensky nepojištění					
Průměrný měsíční čistý příjem (po odečtení výdajů)		denní dávka	invalidita		
od	do				
-	14 000	350	600 000		
14 001	15 000	400	700 000		
15 001	17 000	450	800 000		
17 001	18 000	500	900 000		
18 001	20 000	550	1 000 000		
20 001	22 000	600	1 100 000		
22 001	23 000	650	1 200 000		
23 001	25 000	700	1 300 000		
25 001	27 000	750	1 300 000		
27 001	28 000	800	1 400 000		
28 001	30 000	850	1 500 000		
30 001	32 000	900	1 600 000		
32 001	33 000	950	1 700 000		
33 001	35 000	1 000	1 800 000		
35 001	37 000	1 050	1 900 000		
37 001	38 000	1 100	2 000 000		
38 001	40 000	1 150	2 000 000		
40 001	41 000	1 200	2 100 000		
41 001	43 000	1 250	2 200 000		
43 001	44 000	1 300	2 200 000		
44 001	46 000	1 350	2 300 000		
46 001	48 000	1 400	2 400 000		
48 001	50 000	1 450	2 500 000		
50 001	51 000	1 500	2 500 000		
51 001	53 000	1 550	2 500 000		
53 001	54 000	1 600	2 500 000		
54 001	57 000	1 650	2 500 000		
57 001	58 000	1 700	2 500 000		
58 001	60 000	1 750	2 500 000		
60 001	62 000	1 800	2 500 000		
62 001	63 000	1 850	2 500 000		
63 001	64 000	1 900	2 500 000		
64 001	66 000	1 950	2 500 000		
66 001	69 000	2 000	2 500 000		
69 001	73 000	2 100	2 500 000		
73 001	76 000	2 200	2 500 000		
76 001	80 000	2 300	2 500 000		
80 001	84 000	2 400	2 500 000		
84 001	100 000	2 500	2 500 000		
100 001	117 000	3 000	2 500 000		
117 001	134 000	3 500	2 500 000		
134 001	152 000	4 000	2 500 000		
152 001	167 000	4 500	2 500 000		
167 001	184 000	5 000	2 500 000		
184 001	200 000	5 500	2 500 000		
200 001	a výše	6 000	2 500 000		

Maximální pojistitelná denní dávka (pojistná částka) je stanovena na základě skutečnosti rozhodných ke dni 1. 9. 2011. Pojistitel je oprávněn měnit výši maximální pojistitelné denní dávky v průběhu pojištění, a to v závislosti na aktuálně dosažovaném příjmu z výdělečné činnosti a výši vyplácených nemocenských a sociálních dávek (dynamizace příjmů) a stanovit tak nově maximální výši předpokládané náhrady škody (výši pojistné částky).