

**Všeobecné pojistné podmínky
pro pojištění pravidelných výdajů fyzických osob č.j.: 01/2009 (VPP-PV)**

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pravidelných výdajů fyzických osob, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí právní úprava zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (dále jen „zákon“), a tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „VPP-PV“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění pravidelných výdajů fyzických osob (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním sjednávaným na pojistné nebezpečí (riziko) nemoci anebo různých finančních ztrát dále podrobně specifikovaných v těchto VPP-PV.
2. Pojištění nemoci lze sjednat jako pojištění pracovní neschopnosti pojištěného¹. K pojištění pracovní neschopnosti lze za podmínek stanovených pojistnou smlouvou sjednat pojištění finančních ztrát spočívající ve ztrátě pravidelného zdroje příjmu¹.
3. Pojištění pracovní neschopnosti pojištěného se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti spočívající v pracovní neschopnosti, která může nastat z důvodu nemoci nebo následkem úrazu.
4. Pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu pojištěného se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti spočívající ve ztrátě zaměstnání nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti z důvodů stanovených v čl. 9 těchto VPP-PV.
5. Pojištění je sjednáno jako pojištění škodové² a může být sjednáno jako samostatné pojištění nebo doplňkové pojištění k základnímu pojištění.
6. Pojištění lze sjednat pro fyzickou osobu, která ke dni počátku pojištění dosáhne věku 18 let a nepřekročí věk 60 let. Zájemce o pojištění musí splňovat podmínky uvedené v odstavcích 7 a 8 tohoto článku a uvedené skutečnosti musí nejpozději ke dni počátku pojištění podpisem „Prohlášení“, které je součástí pojistné smlouvy, nebo jinak výslovně potvrdit (a to i zaplacením pojistného).
7. Pro sjednání pojištění pracovní neschopnosti musí zájemce o pojištění splňovat tyto podmínky:
 - a) je osobou bez zdravotních potíží, pro které není v pravidelné lékařské péči nebo pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného onemocnění,
 - b) není v pracovní neschopnosti,
 - c) nepožádal o přiznání invalidního důchodu nebo není účastníkem řízení o přiznání plné či částečné invalidity³,
 - d) nebyl mu přiznán starobní nebo částečný či plný invalidní důchod³,
 - e) má ve smyslu zákona o daních z příjmů příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“), nebo příjem ze samostatné výdělečné činnosti (osoba samostatně výdělečně činná, dále jen „OSVČ“)⁴.
8. Pro sjednání pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu musí zájemce o pojištění splňovat tyto podmínky:
 - a) je zaměstnán v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou a není ve zkušební době, nebo vykonává bez přerušení samostatnou výdělečnou činnost,
 - b) nepodal výpověď z pracovního poměru ani mu nebyla dána výpověď z pracovního poměru ze strany zaměstnavatele,
 - c) nezrušil okamžitě pracovní poměr, nebyl mu okamžitě zrušen pracovní poměr ze strany zaměstnavatele ani nevede se zaměstnavatelem jednání o skončení pracovního poměru dohodou,
 - d) není podle svého vědomí zařazen mezi zaměstnance, se kterými by mohl být v následujících 12 měsících rozvázán pracovní poměr z důvodů organizačních změn anebo snižování počtu zaměstnanců⁵,
 - e) byl bez přerušení zaměstnán v předchozích 12 měsících bezprostředně předcházejících měsíci, v němž bylo sjednáno pojištění, nebo po tuto dobu bez přerušení vykonával samostatnou výdělečnou činnost.
9. Prohlášení zájemce o pojištění a pojištěného o splnění podmínek přijetí do pojištění ve smyslu odst. 6, 7 a 8 se považují za odpovědi na písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného soukromého pojištění ve smyslu zákona a v případě nepravdivých nebo neúplných odpovědí pojištěného je pojistitel oprávněn uplatnit postup stanovený zákonem⁶.

Článek 2

Pravidelné výdaje

1. Pravidelnými výdaji pojištěného jsou takové výdaje, které pojištěný opakovaně hradí ze svého bankovního účtu (tento účet nesmí sloužit k podnikatelským účelům) anebo jsou pojištěným hrazeny formou SIPO, poštovních

¹ Část B přílohy č. 1 k zákonu č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění.

² Viz ustanovení §§ 48 a 62 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

³ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.

⁴ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění.

⁵ Viz ustanovení § 52 písm. a), b), c) zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, platném znění.

⁶ Viz ustanovení §§ 14, 23 a 24 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

poukázek či v hotovosti (v takovém případě musí platební doklad znít na jméno pojištěného). Není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak, jsou pravidelné výdaje taxativně vymezeny takto:

- a) výdaje na bydlení
 - platby nájmu nebo podnájmu bytu či domu určeného pro bydlení⁷,
 - splácení členského podílu u družstevního bydlení⁸,
 - příspěvky na fond oprav,
 - platba nájmu za parkovací nebo garážové stání,
 - platba za odběr elektřiny a plynu⁹,
 - platba za externí dodávku tepla a teplé vody¹⁰,
 - platby za vodné/stočné¹⁰,
 - platba svozu domovního odpadu,
- b) výdaje za služby
 - platba televizního a rozhlasového poplatku¹¹,
 - platba za telefon¹²,
 - platba za datové služby (internet)¹²,
- c) jiné výdaje
 - platba za vzdělání a školské služby v soukromých i veřejných mateřských, základních, středních, vyšších odborných školách a poplatky spojené se studiem na vysokých školách¹³.

Článek 3

Územní platnost pojištění

1. Není-li v pojistné smlouvě výslovně dohodnuto jinak, vztahuje se pojistná ochrana jen na území České republiky. Zdravotní péče a hospitalizace pojištěného musí být poskytnuta tuzemským zdravotnickým zařízením. Úkony a jiné skutečnosti, související se zdravotním stavem pojištěného nebo se ztrátou pravidelného zdroje příjmu, se kterými je spojena povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění, musí být učiněny nebo nastat na území České republiky, musí být v souladu s platnou právní úpravou a vydány k tomu oprávněným zdravotnickým zařízením, zaměstnavatelem, správním orgánem, soudem nebo jiným k tomu oprávněným orgánem.
2. Pojištěný musí mít trvalý pobyt na území České republiky, nedohodnou-li se účastníci pojištění v pojistné smlouvě jinak.

Článek 4

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

1. Nebylo-li v pojistné smlouvě výslovně dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojistná doba). Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby písemně nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno.
2. Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne určeného v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění. Pokud účastníci pojištění neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, pojištění vzniká v 00:00 hodin prvního dne kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla uzavřena pojistná smlouva.
3. Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
4. Zánik pojištění nastává ve 24:00 hodin dne, kdy na základě úkonů účastníků pojištění anebo nastalých skutečností, se kterými je podle těchto pojistných podmínek nebo ze zákona spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
5. Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění (datum) a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
6. Nestanoví-li pojistná smlouva něco jiného, práva a povinnosti z pojištění vzniká na základě pojistné smlouvy trvají i po zániku účinnosti pojistné smlouvy.
7. Doplnkové pojištění zaniká vždy současně se zánikem základního pojištění.
8. Pojištění zanikne na základě těchto písemných úkonů účastníků pojištění (pojistitele nebo pojistníka):
 - a) písemnou výpovědí doručenou do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - b) písemnou výpovědí ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná,
 - c) písemnou výpovědí podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíc, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - d) uplatní-li pojistník 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,
 - e) odstoupením od pojistné smlouvy za podmínek stanovených zákonem,

⁷ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění.

⁸ Zákon č. 72/1994 Sb., o vlastnictví bytů, v platném znění.

⁹ Zákon č. 458/2000 Sb., energetický zákon, v platném znění.

¹⁰ Zákon č. 274/2001 Sb., o vodovodech a kanalizacích, v platném znění.

¹¹ Zákon č. 348/2005 Sb., o rozhlasových a televizních poplatcích a o změně některých zákonů, v platném znění.

¹² Zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích, v platném znění.

¹³ Viz ustanovení § 123 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, a ustanovení §§ 58 a 59 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), v platném znění.

- f) odmítnutím plnit z pojistné smlouvy ze strany pojistitele, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění,
 - g) dnem, ke kterému byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let³,
 - h) dnem nabytí právní moci rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu, na základě kterého byl pojištěnému přiznán částečný nebo plný invalidní důchod³,
 - i) vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění dle ustanovení čl. 10 odst. 5 těchto VPP-PV,
 - j) dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu¹⁴, nebo písemné oznámení pojištěného, že souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu pojistiteli neudělí.
9. Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
- a) smrtí pojištěného,
 - b) dnem bezprostředně následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení dlužného pojistného,
 - c) dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalý pobyt na území České republiky, pokud se účastníci pojištění před zánikem pojištění nedohodnou jinak.

Článek 5 Pojistné období

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

Článek 6 Pojistné a splatnost pojistného

1. Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojistitelem.
2. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
3. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného je pojistitel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovného.
4. Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
5. Přeplatky pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, použije pojistitel k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 7 Přizpůsobení pojistného

1. Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného těmto novým skutečnostem a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
2. Při změně výše pojistného je pojistitel povinen postupovat způsobem stanoveným zákonem. Pokud pojistník 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 8 Čekací doba a karenční doba

1. Čekací dobou se rozumí doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Není-li v pojistné smlouvě stanoveno něco jiného, uplatňuje se u pojištění čekací doba v délce 3 měsíců. Čekací doba počíná běžet dnem počátku pojištění ve smyslu čl. 4 odst. 2 těchto VPP-PV, nebo dnem účinnosti změny pojištění spočívající ve zvýšení limitu pojistného plnění anebo zvýšení pojistné částky ve smyslu čl. 21 odst. 3 těchto VPP-PV v rámci rozdílu mezi původní a novou výší limitu pojistného plnění či pojistné částky.
2. Čekací doba se nevztahuje na pracovní neschopnost vzniklou následkem úrazu za předpokladu, že:
 - a) úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejpozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizován; to neplatí v případě, brání-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit a pojištěný věrohodným způsobem doloží pojistiteli existenci těchto překážek,
 - b) hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnocí strávených v nemocnici (nejméně 2 půlnoci). Pro odpadnutí čekací doby musí být splněny obě podmínky současně.
3. Karenční dobou se rozumí doba, po kterou pojistitel neplní od vzniku pojistné události do stanoveného počátku plnění, sjednaného v pojistné smlouvě. Není-li v pojistné smlouvě výslovně stanoveno něco jiného, uplatňuje se u pojištění karenční doba v délce 30 kalendářních dnů.

¹⁴ Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

Článek 9 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí z pojištění pracovní neschopnosti je pracovní neschopnost pojištěného, trvá-li nadále jedna a tatáž pracovní neschopnost pojištěného ke dni vzniku nároku na plnění podle odst. 4 tohoto článku a jsou-li současně splněny tyto podmínky:
 - a) pojistná událost je pojistiteli oznámena doručením dokladu o vzniku pracovní neschopnosti ve smyslu písm. c) tohoto odstavce, a to nejpozději ke dni vzniku nároku na plnění podle odst. 4 tohoto článku,
 - b) pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani fakticky nevykonává po přechodnou dobu závislou nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne, a to i mimo místo výkonu práce dle pracovní smlouvy,
 - c) pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti („Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“), vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění, nebo mu byl ošetřujícím lékařem vystaven doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění¹⁵,
 - d) doklad vymezený pod písm. c) tohoto odstavce má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (mezinárodní klasifikace nemocí),
 - e) opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem, které v konkrétním případě může stanovit nezbytnou délku pracovní neschopnosti, a tím i rozsah pojistného plnění; účastníci pojištění 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 účastníka pojištění, který si zpracování zdravotního posudku vyžádal,
 - f) pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem a vyznačeném na dokladu podle písm. c) tohoto odstavce; místo léčení musí být v České republice, nedohodnou-li se účastníci pojištění písemně jinak,
 - g) doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle písm. c) tohoto odstavce; tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.

Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí anebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost. Dokumenty vystavené lékařem musí obsahovat čitelné identifikační údaje lékaře, který dokumenty vystavil.

2. Pojistnou událostí z pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu je ztráta zaměstnání spočívající ve skončení pracovního poměru nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti a zařazení pojištěného do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce v době trvání pojištění a po uplynutí čekací doby, byla-li sjednána, trvá-li jedna a tatáž pojistná událost ke dni vzniku nároku na plnění podle odst. 4 tohoto článku a je-li pojištěnému současně přiznáno hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání ve smyslu platných právních předpisů, nebo dávky sociálního zabezpečení v případech, kdy mu hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání nenáleží, a jsou-li současně splněny tyto podmínky:
 - a) pojistná událost je pojistiteli oznámena doručením vyplněného formuláře „Oznámení pojistné události“ s příloženými kopiemi dokladů vymezenými níže, a to nejpozději do vzniku nároku na plnění podle odst. 4 tohoto článku,
 - b) s pojištěným byl rozvázán pracovní poměr výpovědí nebo dohodou podle ustanovení § 52 písm. a), b), c) zákoníku práce a pojištěný tyto skutečnosti pojistiteli věrohodně doloží, nebo
 - c) pojištěný okamžitě zrušil pracovní poměr podle ustanovení § 56 písm. a), b) zákoníku práce a pojištěný tyto skutečnosti pojistiteli věrohodně doloží, nebo
 - d) pojištěný ukončil výkon samostatné výdělečné činnosti z důvodu zániku kterékoliv z podmínek způsobilosti k výkonu samostatné výdělečné činnosti, stanovené samostatným zákonem, na jehož základě byla samostatná výdělečná činnost provozována, nebo z vážných zdravotních důvodů, které ho při výkonu samostatné výdělečné činnosti přímo ohrožují na zdraví či životě nebo mu neumožňují tuto činnost nadále vykonávat a které vznikly bez jeho zavinění a nezávisle na jeho vůli, a tuto skutečnost ohlásil příslušnému živnostenskému úřadu.

Pojistná událost nastává v okamžiku zařazení pojištěného do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce, jsou-li splněny podmínky vymezené výše. Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit na vyplněném formuláři „Oznámení pojistné události“ a doložit kopii „Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení“ (podpory v nezaměstnanosti) vystaveného příslušným úřadem práce s vyznačeným datem, od kterého je pojištěnému přiznáno hmotné zabezpečení, nebo potvrzením, že je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání a pobírá dávky sociálního zabezpečení či státní sociální podpory v případech, kdy mu hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání nenáleží. K oznámení je dále nutno doložit kopie smluvních a dalších dokumentů (pracovní smlouvy, výpisy z příslušného registru), na základě kterých lze prokázat, že pracovní poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti pojištěného trval nejméně celých 12 měsíců bezprostředně předcházejících měsíci, v němž

¹⁵ Viz ustanovení § 57 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění.

bylo pojištění sjednáno, jakož i kopie dalších dokladů, na základě kterých lze prokázat zánik pracovního poměru nebo důvod ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti, případně další dokumenty, které si pojistitel vyžádá.

3. Pojistitel má rovněž právo při šetření pojistné události vyžádat si na pojištěném příslušné smlouvy a ostatní právní ujednání, na základě kterých vznikla pojištěnému povinnost hradit pravidelné výdaje. Pojistitel má právo vyžádat si na pojištěném výši jeho příjmu, která má vliv na limit pojistného plnění, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události.
4. Nárok na plnění z pojistné události vzniká uplynutím 30. dne trvání pojistné události vymezené výše v odst. 1 a 2 tohoto článku po dni skončení běhu karenční doby. Tímto dnem vzniká nárok na pojistné plnění za uplynulých 30 kalendářních dnů. Nárok na další (opakované) pojistné plnění vzniká vždy po uplynutí 30 kalendářních dnů trvání pojistné události od vzniku předchozího nároku na pojistné plnění.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 10

Pojistná částka a limit pojistného plnění

1. Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše jednorázového nebo opakovaného pojistného plnění, které náleží oprávněné osobě v případě pojistné události. Pojistná částka představuje horní hranici pojistného plnění, která může být v pojistné smlouvě omezena limitem pojistného plnění.
2. Pojistnou částkou, není-li pojistnou smlouvou výslovně stanoveno jinak, je aritmetický průměr plateb ve výši pravidelných výdajů v rozhodném období, připadající na jeden kalendářní měsíc.
3. Rozhodným obdobím ve smyslu odstavce 2 tohoto článku jsou tři celé kalendářní měsíce bezprostředně předcházející vzniku pojistné události.
4. Pojištění pracovní neschopnosti je omezeno na 12 opakovaných pojistných plnění pro jednu pojistnou událost. Pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu je omezeno na 6 opakovaných pojistných plnění pro jednu pojistnou událost.
5. Limitem pojistného plnění lze v pojistné smlouvě omezit také celkovou výši plnění z pojištění sjednaných pojistníkem a ze všech pojistných událostí uplatněných jedním pojištěným. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 11

Čistý příjem a jeho dokládání

1. Není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak, musí při pojistné události pojištěný doložit výši čistého příjmu způsobem určeným pojistitelem, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události¹⁶.
2. Čistým příjmem se pro účely tohoto pojištění rozumí:
 - a) příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmů, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, nebo
 - b) příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů, po odečtení výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmů a pojistného na sociální zabezpečení, příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojištění na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnuty do těchto výdajů¹⁷.
3. K zjištění příjmů rozhodných pro výši limitu pojistného plnění je pojištěný povinen vykázat výši příjmů způsobem vymezeným pojistitelem. Za tímto účelem je pojištěný povinen zprostit mlčenlivosti instituce a úřady, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, finanční úřady), čímž se rozumí i udělení písemné plné moci pojistiteli k nahlížení do spisů vedených těmito subjekty a úřady.

Článek 12

Oprávněnost pojistného plnění

1. O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnou smlouvou a na základě dokumentů předložených pojištěným, pojistníkem nebo oprávněnou osobou.
2. Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojistitel je též oprávněn složitě pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.

Článek 13

Šetření pojistných událostí

1. Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření pojistné události a šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co mu byla pojistná událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.
2. Nemůže-li pojistitel šetření pojistné události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojistné události, je povinen oprávněné osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.

¹⁶ Např. úplným výpisem priznání k dani z příjmů za předchozí zdaňovací období, vydaným a ověřeným příslušným finančním úřadem nebo potvrzením zaměstnavatele o vyúčtování daně z příjmů za předchozí zdaňovací období.

¹⁷ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění.

3. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
4. Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky vymezené v pojistné smlouvě a těchto VPP-PV.
5. Pojistitel není v prodlení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlení s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou anebo na základě těchto VPP-PV zavázali plnit při pojistné události.
6. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z nějakého 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

Počátek a výše pojistného plnění

1. Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojistné plnění pojištěnému nebo tomu, komu v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
2. V pojistné smlouvě lze dohodnout jen jeden počátek plnění pro sjednávané pojištění. Plnění poskytuje pojistitel formou jednorázového nebo opakovaného pojistného plnění.
3. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, poskytuje pojistitel v případě pojistné události z pojištění pracovní neschopnosti oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky formou opakovaného plnění od dohodnutého počátku plnění po uplynutí karenční doby, a to po dobu trvání pracovní neschopnosti, nejvýše však do sjednaného limitu pojistného plnění. Právo na další (opakované) plnění lze uplatnit pouze, jsou-li pojistiteli doručeny doklady o trvání pracovní neschopnosti ve lhůtách a způsobem vymezeným v ustanovení čl. 19 odst. 1 písm. b) těchto VPP-PV. Plnění náleží jen za dobu trvání pojištění, zánikem pojištění zaniká i právo na plnění.
4. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, poskytuje pojistitel v případě pojistné události z pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky formou opakovaného plnění od dohodnutého počátku plnění po uplynutí karenční doby, a to po dobu trvání ztráty pravidelného zdroje příjmu, nejvýše však do sjednaného limitu pojistného plnění. Právo na další (opakované) plnění lze uplatnit pouze, jsou-li pojistiteli doručeny doklady o trvání ztráty pravidelného zdroje příjmu ve lhůtách a způsobem vymezeným v ustanovení čl. 19 odst. 1 písm. c) těchto VPP-PV potvrzující, že pojištěný je nadále veden v evidenci uchazečů o zaměstnání. Plnění náleží jen za dobu trvání pojištění, zánikem pojištění zaniká i právo na plnění.
5. Pojistné plnění je zaručeno z pojistných událostí, které nastaly za trvání pojištění a po uplynutí čekací doby a karenční doby, byly-li tyto doby sjednány.
6. V případě souběhu škodných událostí z pojištění pracovní neschopnosti a ztráty pravidelného zdroje příjmu plní pojistitel z pojištění pracovní neschopnosti jen v případě, že tato škodná událost (pracovní neschopnost) nastane jako první v pořadí, v opačném případě, nebo nastanou-li současně, plní z uplatněné pojistné události ztráty pravidelného zdroje příjmu a neplní z pojištění pracovní neschopnosti.
7. Z pojištění pracovní neschopnosti pojistitel plní jen do vzniku práva na pojistné plnění z pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu, a dále v případě, že následně dojde k obnovení pravidelného zdroje příjmu pojištěného, a tím i k zániku práva oprávněné osoby na plnění z uplatněné pojistné události z pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu.
8. Po obnovení pravidelného zdroje příjmu pojištěného plní pojistitel z pojištění pracovní neschopnosti do stanoveného limitu pojistného plnění ve smyslu článku 10 odst. 4 těchto VPP-PV z pojistné události uplatněné z pojištění pracovní neschopnosti, trvá-li po zániku práva oprávněné osoby na plnění z pojištění pravidelného zdroje příjmu pojistná událost z pojištění pracovní neschopnosti (pracovní neschopnost pojištěného), nebo nastane-li nová pojistná událost z pojištění pracovní neschopnosti.

Článek 15

Redukce výše pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - a) porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností stanovenou zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - b) pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
2. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a) těchto VPP-PV, může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b) těchto VPP-PV, může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
3. Není-li v pojistné smlouvě výslovně stanoveno jinak, pojistitel má právo plnění snížit dle doloženého čistého měsíčního příjmu pojištěného při šetření pojistné události, pokud čistý měsíční příjem pojištěného neodpovídá pojistné částce sjednané v pojistné smlouvě, a to na takovou nižší pojistnou částku, která podle pojistné smlouvy odpovídá čistému měsíčnímu příjmu pojištěného. Stejně právo si pojistitel vyhrazuje i v případě, že pojištěný nedoloží čistý příjem vůbec, ač byl pojistitelem vyzván.

Článek 16

Měna pojistného plnění

- Pojistné a pojistná plnění jsou splatná v České republice a v měně, která je ke dni jejich splatnosti na základě zvláštního předpisu určena jako platidlo na území České republiky.

Článek 17

Výluky z pojištění

- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění ze škodných událostí z pojištění, které nastaly za těchto okolností:
 - v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - přímým nebo nepřímým působením jaderné energie,
 - při manipulaci se zbraněmi, výbušninami, hořlavinami nebo toxickými látkami,
 - pokusil-li se pojištěný o sebevraždu, dokonal-li sebevraždu nebo si vědomě jinak poškodil zdraví,
 - utrpěl-li pojištěný úraz nebo onemocnění v souvislosti s trestnou anebo přestupkovou činností, pro kterou byl soudem nebo správním úřadem uznán vinným,
 - utrpěl-li pojištěný úraz nebo poškození zdraví při výkonu nebo v souvislosti s provozováním profesionálního sportu nebo při pokusu o rekordy,
 - utrpěl-li pojištěný úraz nebo poškození zdraví v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době škodné události příslušné řidičské oprávnění, respektive pokud mu bylo řízení motorových vozidel zakázáno pravomocným rozhodnutím soudu nebo správního orgánu.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění ze škodných událostí uplatněných z pojištění pracovní neschopnosti dle čl. 1 odst. 3 těchto VPP-PV v případech pracovní neschopnosti:
 - vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné, porodem a v době, kdy pojištěná pobírá peněžitou pomoc v mateřství, anebo v souvislosti s asistovanou reprodukcí,
 - vzniklé v důsledku a v souvislosti psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu,
 - vzniklé v souvislosti s provozováním sportů, při nichž se používají motorová nebo bezmotorová letadla a létací stroje, dvoustopá a jednostopá vozidla, včetně jízdních kol použitých při organizované soutěži, dále v souvislosti s výkonem horolezeckého sportu, jezdeckví, potápění, dálkových plaveb a při provozování tzv. „adrenalinových sportů“, jako je např. bungee-jumping, canyoning, sky-surfing a další,
 - vzniklé pro degenerativní onemocnění páteře a zádového svalstva, jejich přímé a nepřímé důsledky (VAS) a komplikace,
 - vzniklé v důsledku a v souvislosti únavového syndromu,
 - vzniklé v důsledku a v souvislosti nakažení pohlavní nemocí a virem HIV, a to s výjimkou nákazy virem HIV při transfuzi krve ve zdravotnickém zařízení,
 - vzniklé pro onemocnění pojištěného, která byla zjištěna a diagnostikována před počátkem pojištění, včetně jejich příčin, následků a komplikací, jakož i úrazů nastalých před počátkem pojištění, léčení jejich následků a komplikací,
 - vystavené při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráček závislosti, dále při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech,
 - vystavené pojištěnému v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých a v případě zdravotních prohlídek a hospitalizací, které si pojištěný sám vyžádá,
 - v případech, kdy pojišťitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil, že pojištěný porušil léčebný režim; výluka z pojištění nastává dnem, kdy tyto skutečnosti byly zjištěny,
 - v případech, kdy pojištěný ukončil nemocniční léčbu na vlastní žádost (revers); výluka z pojištění nastává dnem bezprostředně následujícím po dni, kdy pojištěný odmítl další nemocniční léčbu,
 - v případech, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojišťitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal; výluka z pojištění nastává dnem bezprostředně následujícím po dni, kdy tyto skutečnosti nastaly,
 - za dobu pracovní neschopnosti, kterou pojištěný nedoložil potvrzením o dalším trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojišťitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného písemně upozornil,
 - končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojišťitelem, končí tímto dnem i povinnost pojišťitele plnit.
- Pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu sjednané dle čl. 1 odst. 4 těchto VPP-PV se nevztahuje a pojišťitel neplní (výluky z pojištění) v případech, kdy je pojištěný zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce po dni rozvázání pracovního poměru:
 - které bylo pojištěnému oznámeno zaměstnavatelem před sjednaným počátkem pojištění, i když k rozvázání pracovního poměru došlo v pojistné době,
 - výpovědí zaměstnavatele, nesplňuje-li zaměstnanec předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce nebo nesplňuje-li bez zavinění zaměstnavatele požadavky pro řádný výkon této práce,
 - výpovědí zaměstnavatele, jsou-li u zaměstnance dány důvody, pro které by s ním zaměstnavatel mohl okamžitě zrušit pracovní poměr, nebo pro závažné porušení povinností vyplývajících z právních předpisů,
 - okamžitým zrušením pracovního poměru ze strany zaměstnavatele ve smyslu zákona,
 - sjednaného na dobu určitou v době před počátkem pojištění nebo za trvání pojištění,
 - ve zkušební době,

- g) dohodou, s výjimkou případů rozvázání pracovního poměru dohodou dle čl. 9 odst. 2 písm. b) těchto VPP-PV.
4. U osob samostatně výdělečně činných se pojištění ztráty pravidelného zdroje příjmu sjednané dle čl. 1 odst. 4 těchto VPP-PV nevztahuje a pojistitel neplní (výluky z pojištění) při přerušení podnikání, a dále při ukončení podnikání oznámené příslušnému živnostenskému úřadu z důvodů závislých na vůli pojištěného. Pojistitel neplní (výluky z pojištění) v případě zrušení nebo pozastavení živnostenského oprávnění živnostenským úřadem podle zákona o živnostenském podnikání¹⁸. Pojistitel neplní rovněž v případě, kdy soudem nebo správním orgánem bylo rozhodnuto o odejmutí nebo pozastavení oprávnění k podnikání, a to na základě zavinění pojištěného spočívajícího ve spáchání trestného činu, správního deliktu anebo přestupku.
5. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění ze škodných událostí uplatněných z pojištění v případech, kdy je pojištěný v prodlení s oznámením pojistné události ve smyslu čl. 9 odst. 1 písm. a) a odst. 2 písm. a) těchto VPP-PV nebo v prodlení s doložením dokladů o dalším trvání škodné události nebo dokladů, které si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného písemně vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného písemně upozornil.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 18

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se zdravotního stavu pojištěného, vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti na základě zákona, uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně, nebo při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí ve smyslu zákona apod.
2. Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojistné smlouvy, onemocnění prodělaná před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavírání pojistné smlouvy včetně hospitalizace pojištěného a další, a to včetně vykonávaného povolání pojištěného v době před sjednáním a v době trvání pojištění. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli a pojištěný, pojistník i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele, týkající se pojištění.
3. Součástí písemných dotazů pojistitele je „Prohlášení“ pojištěného, které je součástí pojistné smlouvy, a kde pojištěný pojistiteli odpovídá na písemné dotazy pojistitele vztahující se ke zdravotnímu stavu a výdělečné činnosti (pravidelnému zdroji příjmu) pojištěného.
4. Umyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězené písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy¹⁹ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy²⁰.
5. Pojistník, a pokud není pojistník a pojištěný jedna osoba, tak i pojištěný, je povinen pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů, týkajících se pojistníka nebo pojištěného, a dále pojistiteli ve sjednaných lhůtách oznámit splnění podmínek stanovených zákonem nebo těmito VPP-PV, uplatní-li právo na pojistné plnění²¹.
6. Pojistník je dále povinen oznámit pojistiteli uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem.
7. Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba povinni oznámit pojistiteli, mohou být sjednány v pojistné smlouvě. Oznamovací povinnost plní tyto osoby na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

Článek 19

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění, povinen plnit povinnosti stanovené pojistnou smlouvou a těmito VPP-PV:
 - a) bez zbytečného odkladu, tj. nejpozději ve lhůtách stanovených v těchto VPP-PV, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 9 těchto VPP-PV, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - b) v případě trvání pracovní neschopnosti po uplynutí sjednané karenční doby nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech; trvá-li pracovní neschopnost déle než 30 dnů od skončení běhu karenční doby, je pojištěný povinen opakovaně předkládat doklad o trvání pracovní neschopnosti jak shora uvedeno, takto musí učinit vždy ke dni vzniku nároku na plnění nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit,
 - c) v případě trvání pojistné události z důvodu ztráty pravidelného zdroje příjmu po uplynutí sjednané karenční doby nechat si tuto skutečnost potvrdit od příslušného úřadu práce a doklad o tom, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech; trvá-li ztráta pravidelného zdroje příjmu déle než 30 dnů od skončení karenční doby, je pojištěný povinen předložit doklad o tom, že je

¹⁸ Viz ustanovení § 58 odst. 1 písm. a), d) a odst. 2 až 4, § 59 zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění.

¹⁹ Viz ustanovení § 23 zákona o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

²⁰ Viz ustanovení § 24 zákona o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

²¹ Viz ustanovení § 4 odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

veden v evidenci uchazečů o zaměstnání jak shora uvedeno, takto musí učinit vždy ke dni vzniku nároku na plnění nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit,

- d) doručit pojistiteli výslovný souhlas pojištěného ke zjišťování a přezkoumávání jeho zdravotního stavu, nebyl-li tento souhlas dán již při sjednání pojištění.
2. Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení způsobem vymezeným v čl. 9 těchto VPP-PV a ve lhůtách vymezených v ustanovení čl. 9 odst. 1 písm. a) a odst. 2 písm. a) těchto VPP-PV. Pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
3. Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu závislé nebo samostatné výdělečné činnosti, dobu, po kterou je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, jakož i dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit, a poskytnout pojistiteli při šetření pojistné události nezbytnou součinnost.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 20

Zkoumání zdravotního stavu

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného²² při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem od lékařů, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojistitel sám určí. Zjišťování zdravotního stavu provádí pojistitel prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.
2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný při uzavření pojistné smlouvy nebo na základě vyžádání pojistitele.
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 písemně určeného pojistitelem, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, je povinen pojistitele včas (před termínem vyšetření) prokazatelně 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 za účelem plnění závazků ze sjednaného pojištění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěného.

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 21

Změna pojištění

1. Účastníci pojištění se mohou písemně dohodnout na změně sjednaného pojištění. Není-li pojistnou smlouvou dohodnuto něco jiného, změna pojištění nastává k prvnímu dni označeného pojistného období, a to za předpokladu, že pojistník změnu pojištění navrhne pojistiteli, návrh doručí pojistiteli předepsaným způsobem a pojistitel akceptuje předložený návrh.
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 následujícím po dni účinnosti změny pojištění.
3. Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění dnem, který byl účastníky pojištění dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 22

Přerušeni pojištění

1. Pojištění může být během pojistné doby písemnou dohodou účastníků pojištění přerušeno²³. 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. Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušeni pojištění je pojistník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojištění, nebylo-li pojistnou smlouvou dohodnuto něco jiného.
3. Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 23

Doručování písemnosti

1. Písemnosti adresované pojištěnému, pojistníku nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojistiteli známou adresu účastníka pojištění, jemuž je určena (dále jen „místo doručení“).

²² Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

²³ Viz ustanovení § 18 zákona o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

2. Nebyl-li adresát zastižen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místě 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 nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmítne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
4. Písemnosti adresované a doručované pojistiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
5. Oznámí-li pojistník (pojištěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesně stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení, a není-li tato doba uvedena, do doby, než mu je oznámena adresa jiná.
6. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území České republiky.
7. V pojistné smlouvě může být dohodnut odlišný způsob komunikace mezi pojistitelem a pojistníkem, a to zejména s využitím prostředků elektronické komunikace, pokud pro příslušný úkon zákon anebo tyto VPP-PV nevyžadují písemnou formu.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 24

Forma právních úkonů

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně.
2. Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a dodatky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušení, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění musejí mít písemnou formu.
3. Úkonem ve smyslu odst. 2 tohoto článku se rozumí též dotazy pojistitele, týkající se jak zdravotního stavu, výkonu povolání a sportovních aktivit pojištěného, tak i případné další dotazy na toho, kdo s pojistitelem sjednává pojištění, a odpovědi na ně.

Článek 25

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojištění bude řešen u příslušného soudu v České republice a podle právních předpisů aktuálně účinných na území České republiky. Subjektem mimosoudního řešení spotřebitelských sporů z pojistné smlouvy je Česká obchodní inspekce, www.coi.cz.

Článek 26

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojistitel v aktualizovaném Sazebníku zpoplatněných úkonů, přístupném v místě sídla pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek, a není-li započtení možné, je splatná předem.

Článek 27

Uplatnění pojistných podmínek

1. Právní vztahy účastníků pojištění se řídí zákonem, těmito VPP-PV a pojistnou smlouvou.
2. Od ustanovení všech článků těchto VPP-PV se lze v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění. V případě rozporů má přednost úprava obsažená v pojistné smlouvě.

.....

Tyto všeobecné pojistné podmínky pro pojištění pravidelných výdajů fyzických osob byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 20. 1. 2009.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 2. 2009.