

Informace o pojistiteli a závazku poskytované zájemci před uzavřením pojistné smlouvy dle § 66 zák. č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále jen „ZPS“)

INFORMACE O POJISTITELI

Obchodní firma a právní forma:
Sídlo pojistitele:

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.
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 a úrazové pojištění dle ustanovení § 60 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 úplné a pravdivé vyplnění „Dotazníku o zdravotním stavu pojišťované osoby“.

Doba platnosti a způsoby zániku pojistné smlouvy

Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, respekt. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy. Pojištění se obvykle sjednává na dobu 1 roku (pojistná doba). Uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před jejím uplynutím nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění takto nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno. 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 cit. ustanovením ZPS.

Bonusy, investiční podíly a odbytné

Soukromé pojištění nemoci a úrazové pojištění nespádá do tzv. „rezervotvorných pojištění“, kde kromě čistě rizikového pojistného je i složka strádací, 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 odbytné (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 Ministerstvo financí ČR.

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 u škodového pojištění,
platná od 1.10.2007.

Měsíční hrubá mzda (Kč) (pomocný údaj)		Měsíční čistá mzda / příjem (Kč) (rozhodující údaj)		Maximální pojistitelná denní dávka (Kč)	Max. pojistitelná roční inv. renta (Kč)
od	do	od	do		
21 300	25 700	16 000	19 000	150	54 000
25 701	27 900	19 001	20 500	200	72 000
27 901	31 000	20 501	22 500	250	90 000
31 001	33 300	22 501	24 000	300	108 000
33 301	35 600	24 001	25 500	350	126 000
35 601	39 000	25 501	27 500	400	144 000
39 001	41 500	27 501	29 000	450	162 000
41 501	44 000	29 001	30 500	500	180 000
44 001	47 400	30 501	32 500	550	198 000
47 401	49 900	32 501	34 000	600	216 000
49 901	52 000	34 001	35 500	650	234 000
52 001	56 000	35 501	37 500	700	252 000
56 001	59 000	37 501	39 000	750	270 000
59 001	61 000	39 001	40 500	800	288 000
61 001	65 000	40 501	42 500	850	306 000
65 001	67 000	42 501	44 000	900	324 000
67 001	70 000	44 001	45 500	950	342 000
70 001	73 000	45 501	47 500	1 000	360 000
73 001	76 000	47 501	49 000	1 050	360 000
76 001	78 000	49 001	50 500	1 100	360 000
78 001	81 000	50 501	52 500	1 150	360 000
81 001	83 000	52 501	54 000	1 200	360 000
83 001	86 000	54 001	55 500	1 250	360 000

Měsíční hrubá mzda (Kč) (pomocný údaj)		Měsíční čistá mzda / příjem (Kč) (rozhodující údaj)		Maximální pojistitelná denní dávka (Kč)	Max. pojistitelná roční inv. renta (Kč)
od	do	od	do		
86 001	90 000	55 501	57 500	1 300	360 000
90 001	92 000	57 501	59 000	1 350	360 000
92 001	95 000	59 001	60 500	1 400	360 000
95 001	98 000	60 501	62 500	1 450	360 000
98 001	101 000	62 501	64 000	1 500	360 000
101 001	103 000	64 001	65 500	1 550	360 000
103 001	107 000	65 501	67 500	1 600	360 000
107 001	109 000	67 501	69 000	1 650	360 000
109 001	111 000	69 001	70 000	1 700	360 000
111 001	115 000	70 001	72 500	1 750	360 000
115 001	117 000	72 501	74 000	1 800	360 000
117 001	120 000	74 001	75 500	1 850	360 000
120 001	123 000	75 501	77 500	1 900	360 000
123 001	126 000	77 501	79 000	1 950	360 000
126 001	148 000	79 001	92 500	2 000	360 000
148 001	176 000	92 501	109 000	2 500	360 000
176 001	204 000	109 001	125 500	3 000	360 000
204 001	232 000	125 501	142 000	3 500	360 000
232 001	260 000	142 001	159 000	4 000	360 000
260 001	295 000	159 001	175 500	4 500	360 000
295 001	316 000	175 501	192 500	5 000	360 000
316 001	344 000	192 501	209 000	5 500	360 000
344 001	351 000	209 001	213 000	6 000	360 000

Maximální pojistitelná denní dávka (pojistná částka) je stanovena na základě skutečností rozhodných ke dni 1.10.2007. Pojistitel je oprávněn měnit výši maximální pojistitelné denní dávky v průběhu pojištění, a to v závislosti na aktuálně dosahovaném 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).

Všeobecné pojistné podmínky

pojištění pro případ nemoci č.j.: 02/2007 (VPP-PN)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pojištění pro případ nemoci, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ 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 a je sjednáváno jako pojištění škodové³ nebo obnosové⁴.
- Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“), a které může vyvolat pojistnou událost definovanou pro jednotlivé typy pojištění ve zvláštních pojistných podmínkách (dále jen „ZPP“).
- Podmínky přijetí do pojištění jsou stanoveny směrnicí pojišťitele, která je zájemcům o pojištění, pojištěním a pojištěným dostupná na pracovištích pojišťitele.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, vztahuje se pojistná ochrana jen na území 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 České republiky a musí být v souladu s platnou právní úpravou⁵.
- Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, nedohodnou-li se účastníci jinak.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojistná doba). Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojišťitel nebo pojištěný nejmeně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby 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.
- Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne, určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci 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 a 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 účastníků (pojišťitele nebo pojištěného):
 - pisemnou výpověď doručenou do dvou 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 šest 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 1 měsíc, 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 nedohodnou jinak,
 - odstoupením od pojistné smlouvy za podmínek stanovených zákonem,
 - odmítnutím plnit z pojistné smlouvy ze strany pojišťitele, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - dnem, kdy pojištěný nebo pojištěný přestane mít trvalé bydliště nebo sídlo na území České republiky, pokud se účastníci před zánikem pojištění nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťitelem k zaplacení dlužného pojistného,
 - dnem, ve kterém pojišťitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu⁶,
 - dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění sjednáno jako připojištění.
- Další skutečnosti, na základě kterých pojištění zaniká, vymezují ZPP pro jednotlivé typy pojištění.

Článek 4

Pojistné období

- Pojistným obdobím se rozumí časové období, za které se platí pojistné.

- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě a pokud není v pojistné smlouvě účastníky dohodnuto, je pojistným obdobím jeden měsíc.

Článek 5

Pojistné a splatnost pojistného

- Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojišťitelem.
- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Osoby, které jsou pojištěny jako nezletilé, jsou od pojistného období následujícího po dovršení 18 let věku povinny 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 poštovného.
- Pojišťitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění.
- Přeplatky pojistného, pokud pojištěný nepožádá o jejich vrácení, použije pojišťitel k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 6

Prizpůsobení pojistného

- Jedenkrát 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 zákonem. 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.
- Délka čekací doby je pro jednotlivé typy pojištění vymezena ve ZPP.

Článek 8

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je nahodilá skutečnost, blíže označená ve ZPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojišťitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistnou událost je nutno pojišťiteli oznámit způsobem stanoveným pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Pojistná částka

- Výše pojistného plnění vyplývá z pojistné částky, sjednané v pojistné smlouvě.
- Pojistná částka představuje horní hranici plnění⁷. 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 dokumentů předložených pojištěným, pojištěným nebo oprávněnou osobou.
- Pojišťitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojišťitel je též oprávněn složitě 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 zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - 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.
- 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

- Pojišťitel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - 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,

- b) pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocněl v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných či plyných látek,
 - c) u nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a v čekací lhůtě,
 - d) u nemoci z povolání a u pracovních úrazů,
 - e) pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - f) 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,
 - g) pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozováním sportu.
2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v případech, stanovených pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP.

Článek 13

Výplata 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. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované ve ZPP.
6. Pokud vznikne pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění po dobu delší než jeden měsíc, vyplácí pojistné plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co je mu doložen nárok na výplatu dalšího pojistného plnění.
7. 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 a na základě těchto všeobecných pojistných podmínek a ZPP zavázali plnit při pojistné události.
8. 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

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 určená jako platidlo na území České republiky.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15

Dotazy pojistitele

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (vykonávaného povolání), zdravotního stavu pojištěného, uzavřených pojištění s jinými pojistiteli na stejná rizika a dal., uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí a pod.
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 vykonávané povolání, 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 nemocného, pravidelné užívání léků a dal. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli a pojištěný, pojistník i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele, týkající se pojištění.
3. Dotazy pojistitele je pojištěný, resp. pojistník povinen sdělit i zmocněnci pojistitele.
4. Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 18), který je obsažený v pojistné smlouvě.
5. Úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplné zodpovězení písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy⁸ nebo odmítnutí plnění z pojistné smlouvy⁹.

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 písemně oznámit jakoukoliv změnu identifikačních údajů¹⁰, uvedených v pojistné smlouvě.
2. Pojistník je dále povinen oznámit pojistiteli uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem¹¹.
3. Další skutečnosti, které jsou pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba povinni oznámit pojistiteli, jsou stanoveny ve 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 ten, kdo má právo na pojistné plnění (dále jen „pojištěný“), je povinen včas pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné udá-

losti doložit doklady, stanovenými pro jednotlivé typy pojištění ve ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává.

2. Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojištěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojistitele bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 18

Dotazník o zdravotním stavu

1. Pojištěný je povinen pravdivé a úplně vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
2. Pravdivé a úplně zodpovězení 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 (změny pojištění) k jakýmkoliv 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 i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 19

Zkoumání zdravotního stavu

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného¹² při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných z 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 a pojistník 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 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 povinnosti plnit v rozsahu, v jakém mohl požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 21

Změna pojištění

1. Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky. Jedno vyhotovení dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
2. Pokud se účastníci 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 dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 22

Přerušení pojištění

1. Pojištění může být během pojistné doby přerušeno¹³. Za dobu přerušeni netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušení pojištění a které by jinak byly pojistnými událostmi.
2. Pojištění může být přerušeno dohodou účastníků.
3. Doba přerušení pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušení pojištění je pojistník povinen hradit poplatek 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 písemnosti

1. Písemnosti adresované pojištěnému, pojistníkovi 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“). Nastane-li pojistná událost, jsou písemnosti doručovány pouze do místa, určeného ošetřujícím lékařem jako „přesná adresa v době pracovní neschopnosti“ a uvedená na formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“.

2. Nebyl-li adresát zastižen, 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 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. Oznámi-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.
6. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

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, musí mít písemnou formu.

¹ Zákon č.37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě), v platném znění

² Např. občanský zákoník v platném znění, zákon o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění a dal.

³ Viz ustanovení § 26 a násl. zákona o pojistné smlouvě

⁴ Viz ustanovení § 34 a násl. zákona o pojistné smlouvě

⁵ Viz např. zákon o péči o zdraví lidí, v platném znění a dal. předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění, nemocenské pojištění atd.

⁶ Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě

3. Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu, výkonu povolání a příjmu pojištěného, tak případné další dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (dále jen „zájemce o pojištění“), tak i odpovědi na ně.

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. 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.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5.9.2007.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.10.2007

⁷ Viz ustanovení § 28 zákona o pojistné smlouvě

⁸ Viz ustanovení § 23 zákona o pojistné smlouvě

⁹ Viz ustanovení § 24 zákona o pojistné smlouvě

¹⁰ Viz ustanovení § 4 odst. 2,3 zákona o pojistné smlouvě

¹¹ Viz ustanovení § 31 zákona o pojistné smlouvě

¹² Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě

¹³ Viz ustanovení §18 zákona o pojistné smlouvě

Zvláštní pojistné podmínky

pro obnosové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č.j.: 03/2007 (ZPP PDD-O)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a. s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nemoci č.j. 02/2007 ze dne 5.9.2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové¹.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu² příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatelé“).
- Povoláním se pro účely těchto pojistných podmínek míní výkon práce na základě pracovní smlouvy nebo jemu obdobného vztahu³, vykonávaného u konkrétního zaměstnavatele, živnostenské podnikání⁴ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵ a specifikovaných v pojistné smlouvě.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel od určeného dne pracovní neschopnosti (tj. po uplynutí karenční doby) denní dávku při pracovní neschopnosti (dále jen „denní dávka“), a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

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

- dnem, který předchází dni, ve kterém pojištěný zahájí výkon jiného povolání, než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, nedohodnou-li se účastníci na změně pojištění před jeho zánikem,
- uplynutím doby 6 měsíců po kterou pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil živnostenské podnikání či výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), nedohodnou-li se účastníci na změně nebo přerušeni pojištění před jeho zánikem,
- dnem, kdy byl pojištěnému oznámen rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁶ nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona⁷, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,
- dnem, kdy byl pojištěnému oznámen invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty příznaného plnění nebo částečného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů,
- vyplacením pojistného plnění (denní dávky) v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění (čl. 6) po dobu 52 týdnů.

Článek 3

Čekací doba

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

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění a po uplynutí čekací doby. Pracovní neschopnost nastala v době, ve které pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě, není pojistnou událostí.
- Pro účely pojištění se pracovní neschopností rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti⁸, vydaný na základě předpisů upravujících

- lечаřskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění⁹ nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění,
 - doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určené diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka) a byl pojistiteli doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojistná událost,
 - opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
 - pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v Potvrzení o prac. neschopnosti.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem. Účastníci se mohou dohodnout na posouzení nezbytné doby trvání pracovní neschopnosti nezávislým zdravotnickým zařízením, veškeré náklady spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jsou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravotního posudku vyžádal.
 - Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestací k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 2 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.
 - Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí a nebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
 - Pojistnou událostí se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující příznané pracovní neschopnosti, změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
 - Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše denní dávky.

Článek 6

Limit pojistného plnění

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

Článek 7

Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výluky z pojištění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráček závislosti,
 - při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - při pracovní neschopnosti, která nastala v době po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti).
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného upozornil,
 - za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (t.j. v době po kterou nebyl zaměstnán nebo přerušil či ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
 - za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,

- d) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 9 těchto ZPP,
 - e) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatně výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.
3. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojistění ve smyslu čl. 15 VPP.
2. Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - a) každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - b) ukončení (přerušeni) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění,
 - c) ztrátu příjmu,
 - d) změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - e) zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“), povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - a) je povinen včas, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 4 těchto ZPP, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - b) trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnos-

ti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 14 dnů trvání pracovní neschopnosti nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.

2. Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení do konce uplynutí karenční doby; pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný 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 povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
4. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován v nemocnici nebo opustil místo bydliště s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
5. Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění nemoci (VPP PN) č.j. 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5.9.2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5.9.2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.10.2007

¹ Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

² Zákon o dani z příjmu v platném znění

³ Zákoník práce v platném znění

⁴ Zákon o živnostenském podnikání v platném znění

⁵ Např. dle zákona o péči o zdraví lidu, zákona o advokacii v platném znění, zákona o notářích a jejich činnosti v platném znění a dal.

⁶ Vydaného na základě zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a dle dalších právních předpisů

⁷ Zákon o důchodovém pojištění v platném znění

⁸ Potvrzení prac. neschopnosti

⁹ Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších předpisů

Zvláštní pojistné podmínky

pro škodové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č.j.:04/2007 (ZPP PDD - Š)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a. s. (dále jen „pojistitel“) jako **pojištění škodové**, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nemocí č.j. 02/2007 ze dne 5.9.2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako **pojištění škodové**.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona² příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatelé“).
- Povoláním se pro účely těchto pojistných podmínek míní výkon práce na základě pracovněprávního nebo jemu obdobného vztahu³, vykonávaného u konkrétního zaměstnavatele, uvedeného v pojistné smlouvě, živnostenské podnikání⁴ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵ a specifikovaných v pojistné smlouvě.
- V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout náhradu škody způsobenou snížením nebo ztrátou příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti. Náhradu poskytuje formou výplaty denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.
- Výše denní dávky je v pojistné smlouvě stanovena pojistnou částkou a pojistitel je povinen poskytnout náhradu škody jen ve výši prokázané skutečné ztráty či snížení příjmu pojištěného, tj. ve výši pojistitelné denní dávky ve smyslu čl. 5 těchto ZPP.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

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

- dnem, který předchází dni, ve kterém pojištěný zahájí výkon jiného povolání, než povolání uvedené v pojistné smlouvě, nedohodnou-li se účastníci na změně pojištění před jeho zánikem,
- uplynutím doby 6 měsíců po kterou pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil živnostenské podnikání či výkon jiné samostatné výdělečné činnosti), nedohodnou-li se účastníci na změně nebo přerušení pojištění před jeho zánikem,
- dnem, kdy byl pojištěnému přiznaná na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁶ nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona⁷, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,
- dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty přiznaného plného nebo částečného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů⁸,
- vyplacením pojistného plnění (denní dávky) v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění (čl. 6) po dobu 52 týdnů.

Článek 3

Čekací doba

- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Zvýší-li se pojistná částka (výše denní dávky) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.
- V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpokladu, že:
 - úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl 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,
 - hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnoci strávených v nemocnici (nejméně 2 půlnoci).

Pro odpadnutí čekací doby musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění po uplynutí čekací doby a dále za předpokladu, že při ní dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného. Pracovní neschopnost nastává v době, ve které pojištěný nevykonává povolání uvedené v pojistné smlouvě, není pojistnou událostí. Snížení nebo ztráta příjmu je pojištěný povinen prokázat a pojistiteli doložit způsobem vymezeným v čl. 7 těchto ZPP.

- Pro účely pojištění se pracovní neschopností rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:

- pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti⁹, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění¹⁰ nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění,
 - doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka) a byl pojistiteli doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojistná událost,
 - opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
 - pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v Potvrzení o pracovní neschopnosti.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem. Účastníci se mohou dohodnout na posouzení nezbytné doby trvání pracovní neschopnosti nezávislým zdravotnickým zařízením, veškeré náklady spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jdou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravotního posudku vyžádal.
 - Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 2 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.
 - Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí a nebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost. Pojistnou událost se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující přiznané pracovní neschopnosti, změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
 - Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 10 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

- Pojistná částka je na návrh pojistníka stanovena v pojistné smlouvě tak, aby odpovídala předpokládanému snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného při pracovní neschopnosti z výkonu povolání, které je specifikováno v pojistné smlouvě podle návrhu pojistníka.
- Výše pojistné částky se určí dle směrnice pojistitele. Pojistitel je oprávněn měnit i v průběhu pojištění pravidla pro stanovení výše pojistné částky, a to v závislosti na aktuálně dosahovaném příjmu z výdělečné činnosti pojištěných osob, vyplácených nemocenských a sociálních dávkách a stanovit tak nově maximální výši předpokládané náhrady škody (výši pojistné částky).
- Při stanovení pojistné částky se vychází z dosaženého příjmu pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem nebo změnou pojištění. Pojistitel je oprávněn při uzavření pojistné smlouvy nebo změny pojištění, jakož i při šetření pojistných událostí přezkoumávat výši příjmu pojištěného.
- Při pojistné události plní pojistitel denní dávku do výše sjednané pojistné částky (horní hranice plnění), nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky.
- Pojistitelná denní dávka je skutečná ztráta příjmu pojištěného, připadající na 1 kalendářní den. Vypočítává se ze součtu prokazatelně doložených čistých příjmů pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události. Od těchto příjmů se odečtou další nároky, které pojištěnému náleží z důvodů pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat od zaměstnavatele, nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení nebo od ostatních pojistitelů k vyrovnání své ztráty příjmu nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
- Výše vyplácené denní dávky nesmí spolu s příjmy, které náleží pojištěnému v době pracovní neschopnosti ve smyslu odst. 5, překročit v přepočtu na jeden kalendářní den čistý příjem pojištěného, stanovený ve smyslu čl. 7 těchto ZPP.
- Přesahuje-li pojistná částka pojistitelnou denní dávku, nebo přesahuje-li doba vyplácení mzdy nebo její náhrady smluvně dohodnutý počátek plnění dle čl. 6 těchto ZPP, je pojistitel oprávněn pojistnou částku, počátek plnění a pojistné příspěvoby skutečným poměrům. Příspěvení pojištění nastává v kalendářním měsíci následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém tyto skutečnosti pojistitel zjistil, a to s účinností ode dne, který se označením shoduje s dnem počátku pojištění, určeným v pojistné smlouvě. Nesplnil-li pojištěný (pojistník) oznamovací povinnost dle čl. 9 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP, náleží pojistiteli pojistné v původní výši do přizpůsobení pojištění.
- za trvání pojištění může jak pojistitel tak i pojistník navrhnout, aby pojistná částka, počátek plnění a pojistné byly přizpůsobeny skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojištění ve smyslu čl. 21 VPP.

Článek 6

Limit pojistného plnění

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

Článek 7

Čistý příjem a jeho dokládání

1. Při pojistné události musí pojištěný doložit výši čistého příjmu způsobem určeným pojistitelem, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události¹¹. Dále je na výzvu pojistitele povinen doložit výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemocenského či důchodového pojištění případně od ostatních pojistitelů k vyrovnání ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
2. Stane-li se pojištěný osobou, která nemá ve smyslu těchto pojistných podmínek žádný čistý příjem, pojištění zaniká za podmínek stanovených v čl. 2 písm. a) těchto ZPP.
3. Čistým příjmem se pro účely tohoto pojištění rozumí:
 - a) příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o dani z příjmu, a to po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění;
 - b) příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o dani z příjmu po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení, příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnutý do těchto výdajů.
4. Ke zjištění příjmů rozhodných pro výplatu denní dávky je pojištěný povinen na žádost pojistitele prokázat výši čistých příjmů způsobem vymezeným pojistitelem. Za tímto účelem je pojištěný povinen zprostit mlčenlivosti instituce a úřady, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, finanční úřady), čímž se rozumí i udělení písemné plné moci pojistiteli k nahlášení do spisů vedených těmito institucemi a úřady.

Článek 8

Výluky z pojištění

1. Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výluky z pojištění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění v těchto případech:
 - a) při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - b) při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nastala následkem úrazu,
 - c) při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - d) při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - e) při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - f) při pracovní neschopnosti, která nastala v době, po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (nevykonával zaměstnání, přerušil nebo ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti).
2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - a) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyžval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného upozornil,
 - b) za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nedoložil prokazatelným způsobem ztrátu nebo snížení příjmu z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
 - c) za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nevykonával povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění (t.j. v době, po kterou nebyl zaměstnán nebo přerušil či ukončil živnostenské podnikání nebo výkon jiné samostatné výdělečné činnosti),
 - d) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - e) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 10 těchto ZPP,

- f) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatně výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.
3. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 9

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP. Součástí těchto dotazů jsou i písemné dotazy pojistitele, týkající se dosahovaného příjmu pojištěného z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
2. Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - a) každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - b) ukončení (přerušeni) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění,
 - c) ztrátu příjmu,
 - d) snížení příjmů pojištěného, pokud tyto poklesly oproti příjmům, na základě kterých byla stanovena pojistná částka,
 - e) změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - f) zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 10

Povinnosti pojištěného při pojistné události

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

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 11

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění nemoci (VPP PN) č.j. 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5.9.2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5.9.2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.10.2007.

¹¹ Viz ustanovení § 26 a násl. zákona o pojistné smlouvě

² Zákon o dani z příjmu v platném znění

³ Zákoník práce v platném znění

⁴ Zákon o živnostenském podnikání v platném znění

⁵ Např. dle zákona o péči o zdraví lidí, zákona o advokacii v platném znění, zákona o notářích a jejich činnosti a dal.

⁶ Vydaného na základě zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a dle dalších právních předpisů

⁷ Zákon o důchodovém pojištění v platném znění

⁸ Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění

⁹ Potvrzení prac. neschopnosti

¹⁰ Zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších předpisů

¹¹ Např. úplným výpisem přiznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, vydaným a ověřeným přísl. finančním úřadem nebo potvrzením zaměstnavatele o vyúčtování daně z příjmu za předchozí zdaňovací období

Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č.j.:05/2007 (ZPP N - O)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a. s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nemoci č.j. 02/2007 ze dne 5.9.2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a je sjednáváno jako pojištění obnosové².
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní podporu při pobytu v nemocnici (dále jen „podporu“), a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

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

Článek 3

Čekací doba

- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
- V případě úrazu, který nastal v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena:
 - pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem,
 - pro případ hospitalizace při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie,
 - pro případ hospitalizace u ortopedických náhrad.
- Zvýší-li se pojistná částka (výše podpory) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, vymezená v odst. 1 a odst. 4 tohoto článku, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je poskytnutí lůžkové základní a specializované diagnostické a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení (nemocnici), která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodů nemoci nebo úrazu pojištěného, a která nemohla být poskytnuta ambulantně (dále jen „hospitalizace“).
- Hospitalizací se pro účely pojištění rozumí pobyt pojištěného na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně vědecky uznávaných metod a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby (zdravotní dokumentaci).
- 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 onemocnění (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 v zařízeních, která splňují podmínky vymezené v odst. 2.
- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
- Pojistnou událostí není, byl-li pojištěný přijat k hospitalizaci před počátkem pojištění, v čekací době nebo ve zvláštní čekací době.
- Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše podpory.

Článek 6

Limit pojištění plnění

- Podpora se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace, která je z lékařského hlediska nezbytná, a poskytuje se bez časového omezení, pokud se v dalších ustanoveních těchto ZPP nestanoví jinak.
- Pro účely poskytnutí podpory se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Při hospitalizaci při porodu náleží podpora pouze za 7 dní hospitalizace pojištěného, při hospitalizaci v důsledku onemocnění souvisejících s těhotenstvím pouze za 14 dní hospitalizace pro každé těhotenství.
- Výplata podpory končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Výlučky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výlučky z pojištění) jsou vymezeny v čl. 12 VPP. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - při hospitalizaci v nemocničních zařízeních, která pojistitel vyloučil z pojistné ochrany, a to zejména v případě, že k pojistné události došlo poté, co pojistitel o této výluce pojištěného písemně informoval,
 - při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž při pobytu pojištěného v ústavech sociální péče a na ošetřovných vojenských útvarů,
 - při hospitalizaci v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - při léčebném pobytu pojištěného v léčebnách léčby závislosti na alkoholismu, toxikomanie a hráček závislosti,
 - při hospitalizaci pojištěného související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - za dobu hospitalizace v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních,
 - při hospitalizaci za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
 - při hospitalizaci vzniklé v souvislosti s nemocí z povolání nebo pracovním úrazem,
 - při hospitalizaci plánované před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za dobu:
 - kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval nebo jestliže hospitalizace pojištěného trvala méně než 24 hodin,
 - za dobu hospitalizace, kterou pojištěný nedoložil dokladem o poskytnutí nemocniční lůžkové péče ve smyslu čl. 8 těchto ZPP, který si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, a k jehož doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinností pojištěného upozornil.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění (dále jen „pojištěný“), povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - při vzniku pojistné události pojistiteli doručit vyplněný formulář pojistitele a doklad o poskytnutí nemocniční lůžkové péče, vydaný příslušným zdravotnickým zařízením³,
 - doklady vymezené pod písm. a) musí obsahovat identifikaci pojištěného (jméno a příjmení ošetřované osoby, její rodné číslo, bydliště), označení druhu onemocnění (diagnóza dle klasifikace ICD), datum počátku a datum ukončení hospitalizace, jakož i další potřebné údaje vyžádané pojistitelem.
- 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 (zálohy) na pojistné plnění, je nutno nárok pojištěného 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 pro pojištění nemoci (VPP PN) č.j. 02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5.9.2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5.9.2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.10.2007

¹ Viz ustanovení § 62 zákona o pojistné smlouvě

² Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

³ Propouštěcí zpráva z nemocnice

Zvláštní pojistné podmínky

pro obnosové pojištění invalidity následkem úrazu č.j.: 06/2007 (ZPP I - O)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění invalidity následkem úrazu, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a. s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění nemoci č.j. 02/2007 ze dne 5.9.2007 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění invalidity následkem úrazu (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci a lze je sjednat jen jako připojištění (doplňkové pojištění) k pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „základní pojištění“), a to na pojistné nebezpečí vzniku plné invalidity následkem úrazu osoby, na jejíž pojistné riziko se pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“). Pojištění se sjednává jako pojištění obnosové¹.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu² příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“) a dále pro fyzické osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatel“). Pojistit lze tyto osoby, jsou-li současně splněny tyto další podmínky:
 - pojištěný sjednal s pojistníkem pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a tento smluvní vztah trvá ke dni počátku pojištění,
 - pojištěný je účasten důchodového pojištění ve smyslu platných právních předpisů.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel oprávněné osobě³ pojistné plnění formou výplaty invalidní renty. Invalidní rentou se pro účely těchto ZPP rozumí opakované plnění ve výši sjednané pojistné částky (čl. 5 ZPP) a vyplácené po dohodnutou dobu plnění, trvá-li ke dni splatnosti další platby invalidní renty právo pojištěného na výplatu pojistného plnění. Přijatá platba invalidní renty náleží oprávněné osobě, i když pojištěný po její výplatě pozbyl právo na výplatu dalšího pojistného plnění.
- Pojistné plnění náleží oprávněné osobě jen za života pojištěného do konce pojistné doby; smrtí pojištěného zaniká pojistné riziko⁴ a v jeho důsledku i pojištění ve smyslu čl. 3 odst. 7, písm. c) VPP, jakož i právo na další plnění, jehož splatnost nastane až po smrti pojištěného.

Článek 2

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

- Pojistná doba, počátek a zánik pojištění se řídí dle ustanovení čl. 3 VPP.
- Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 odst. 4 a násl. VPP a nastanou-li tyto další skutečnosti, kdy pojištění zaniká:
 - dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁵ nebo soudou starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění⁶, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,
 - dnem zániku základního pojištění s výjimkou zániku základního pojištění v případech, kdy byl pojištěný uznán plně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení,
 - dnem, kdy pojištěný pozbyl nárok na plný invalidní důchod na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudou,
 - vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou, pokud pojištění nezaniklo před sjednanou pojistnou dobou z jiného důvodu (např. smrtí pojištěného).

Článek 3

Čekací doba

Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, čekací doba⁷ se u pojištění invalidity neuplatňuje.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je plná invalidita pojištěného následkem úrazu a vznik práva pojištěného na výplatu plného invalidního důchodu.
- Pojistná událost nastává dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudou plný invalidní důchod⁸ v důsledku úrazu, ke kterému došlo nejdříve v den počátku pojištění nebo po uplynutí čekací doby, byla-li v pojistné smlouvě sjednána. Vznik pojistné události je pojištěný povinen pojistiteli věrohodným způsobem prokázat a doložit doklady, které si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádá.
- Invalidní důchod přiznaný pro úraz pojištěného, který nastal před počátkem pojištění (čl. 3 odst. 2 VPP), není pojistnou událostí. Rozhodující pro určení, zda úraz nastal před počátkem pojištění nebo za trvání pojištění, je den, kdy podle lékařského potvrzení⁹ nastala pracovní neschopnost pojištěného pro úraz, který měl za následek vznik plné invalidity pojištěného a následně práva pojištěného na výplatu plného invalidního důchodu.
- Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit a doložit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

- Pojistnou částkou¹⁰ je v pojistné smlouvě stanovena výše invalidní renty, t.j. výše pojistného plnění, které oprávněné osobě náleží k počátku každého smluveného období, po které se zavázal pojistitel plnit, není-li dále stanoveno jinak.
- Výše pojistné částky je odvozena z pojistné částky základního pojištění (sjednané výše denní dávky při pracovní neschopnosti) a představuje horní hranici plnění na jedno smluvené období plnění.
- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, pojistné plnění je vypláceno oprávněné osobě předem výplatou invalidní renty na období jednoho roku. Výplata invalidní renty na první rok je splatná do 15 dnů po skončení šetření pojistné události¹¹. Byla-li pojistná ochrana sjednána na více let, výplata invalidní renty na další rok (roky) je splatná vždy k výročnímu dni vzniku pojistné události (čl. 4 odst. 2 ZPP). Právo na výplatu invalidní renty lze uplatnit, trvá-li ke dni splatnosti invalidní renty nárok pojištěného na výplatu plného invalidního důchodu a za předpokladu, že pojištěný doloží pojistiteli tuto skutečnost (čl. 9 odst. 1 ZPP).
- Plnění náleží jen za dobu trvání pojištění.

Článek 6

Limit pojistného plnění

V pojistné smlouvě lze stanovit horní hranici celkového plnění limitem pojistného plnění. Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto něco jiného, výplata invalidní renty lze sjednat nejvýše na dobu pěti let od vzniku pojistné události.

Článek 7

Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výluky z pojištění) jsou stanoveny v čl. 12 VPP.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za dobu, po kterou pojištěný vykonává po vzniku nároku na plný invalidní důchod závislou činnost v pracovním nebo jemu obdobném poměru v rozsahu zakládajícím účast na nemocenském pojištění nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
- Oznamovací povinnost vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost pojištěného oznámit písemně pojistiteli bez zbytečného prodlení, jakmile tyto skutečnosti nastanou:
 - zánik nároku na plný invalidní důchod na základě pravomocného rozhodnutí přísl. orgánu sociálního zabezpečení nebo soudou,
 - přiznání nároku na výplatu starobního důchodu, sociálního důchodu, příp. starobního důchodu před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění,
 - zahájení výkonu závislé činnosti zakládající účast na nemocenském pojištění nebo zahájení podnikání.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události je pojištěný nebo ten, kdo má právo na plnění, povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - nejpozději do 30 dnů pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost,
 - vznik pojistné události doložit ověřenou kopií rozhodnutí příslušného orgánu o přiznání plného invalidního důchodu¹², s vyznačenou právní mocí a příslušnou zdravotní dokumentací prokázat, že invalidní důchod byl přiznán na základě plné invalidity pojištěného vyvolané úrazem, který nastal za trvání pojištění,
 - doložit pojistiteli na jeho výzvu požadovanými doklady trvání nároku pojištěného na výplatu plného invalidního důchodu, a to nejpozději 15 dnů před splatností další platby invalidní renty, jakož i doklady prokazujícími ukončení výkonu zaměstnání nebo výkonu samostatné výdělečné činnosti pojištěného po vzniku nároku na plný invalidní důchod.
- Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení způsobem a ve lhůtách vymezených v odst. 1. Pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
- Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, prokazování vzniku a trvání nároku na výplatu plného invalidního důchodu, jakož i ukončení výkonu závislé nebo samostatné výdělečné činnosti, a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění nemoci (VPP PN) č.j.02/2007, schválených představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 5.9.2007, a které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součást pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 5.9.2007.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.10.2007

¹ Viz ustanovení § 34 a násl. zákona o pojistné smlouvě

² Zákon č. 585/1992 Sb., o dani z příjmu v platném znění

³ Viz čl. 13 odst. 1 VPP

⁴ Viz ustanovení § 25 zákona o pojistné smlouvě

⁵ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a další právní předpisy

⁶ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění

⁷ Viz ustanovení odst. 4 § 62 zákona o pojistné smlouvě

⁸ Viz ustanovení § 38 a násl. zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění

⁹ Potvrzení prac. neschopnosti

¹⁰ Viz ustanovení § 28 zákona o pojistné smlouvě

¹¹ Viz ustanovení § 16 zákona o pojistné smlouvě

¹² Česká správa sociálního zabezpečení, příslušné orgány ministerstva obrany, vnitra a spravedlnosti