www.koop.cz

Vítejte
v Kooperativě

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je

Vážená paní, vážený pane,

předvídat budoucnost nikdo neumí a nikdo ji nemá úplně ve vlastních rukou. Rozumně uvažující a zodpovědný člověk se proto stará, aby svůj život, zdraví, auto, dům či byt a své blízké proti nenadálým životním událostem, škobrtnutím a kotrmelcům pojistil. A proto je tu Kooperativa. Pojišťovna s více než 25letou tradicí, na kterou se můžete spolehnout v každé situaci.

Velmi mě těší, že jste si za svého partnera v pojištění vybrali právě nás. Používám slovo partner záměrně, protože vztah klienta s pojišťovnou vnímám jako partnerství, které může trvat i desítky let. Proto mezi naše zásadní hodnoty patří dlouhodobá stabilita, jistota a bezpečí, které Vám – našemu partnerovi – poskytujeme. Věřím, že budete s našimi službami vždy spokojen/a jako naši další partneři. Těch jsou v České republice již dva miliony a Kooperativa jim úspěšně během své existence mnohokrát pomohla a vyřešila za tuto dobu více než šest milionů pojistných událostí.

Materiál, který držíte v ruce, by měl odpovědět na většinu otázek týkajících se Vašeho pojištění. Pozorně si prosím přečtěte všechny dokumenty a pojistné podmínky k pojistné smlouvě na přiloženém CD. Texty dokumentů jsou Vám rovněž k dispozici na našich internetových stránkách www.koop.cz. Budete-li však mít jakékoli dotazy nebo budete-li potřebovat cokoli vysvětlit, můžete se kdykoli obrátit na svého pojišťovacího poradce, navštívit www.koop.cz, poslat nám e-mail na info@koop.cz nebo nám zavolat na ☎ 957 105 105.

Děkuji za Vaši důvěru a přeji mnoho štěstí, pohody a životního optimismu.

Martin Diviš
Generální ředitel Kooperativy

1. CO VÁM NABÍZÍME

- Moderní produkt životního pojištění PERSPEKTIVA se širokou škálou rizikových pojištění pro Vás i Vaše blízké.
- V PERSPEKTIVĚ můžete podle své potřeby spojit pojistnou ochranu a vytváření finanční rezervy s možností aktivně ovlivňovat investiční strategii.
- Pokud dáváte přednost tradičním produktům, nabízíme i kapitálové životní pojištění, důchodové nebo úrazové pojištění.

2. JAK MŮŽETE ZJISTIT STAV SVÉHO POJIŠTĚNÍ A JAK POJIŠTĚNÍ UPRAVIT

- Telefonicky na infolince Kooperativy ☎ **957 105 105.**
- Emailem na **info@koop.cz.**
- Osobně na kterékoli naší pobočce.
- Na webu **www.kooportal.cz**, máte-li sjednánu službu KOOPORTÁL.
- Požádat o změnu svého pojištění můžete písemně prostřednictvím formuláře, který si vytisknete z našich internetových stránek **www.koop.cz**, nebo požádejte o pomoc svého pojišťovacího poradce.

3. JAK POSTUPOVAT V PŘÍPADĚ POJISTNÉ UDÁLOSTI

- V případě úrazu nebo zdravotních obtíží vyhledejte co nejdříve lékařské ošetření a řiďte se pokyny lékaře, zejména dodržujte jím stanovený způsob léčby.
- Pojistnou událost nám oznamte bez zbytečného odkladu poté, kdy nastala nebo kdy bylo ukončeno léčení, a to to písemně na formuláři podle příslušného druhu pojistné události. Formulář najdete na našich internetových stránkách **www.koop.cz** nebo jej obdržíte při osobní návštěvě kterékoli naší pobočky, případně si ho můžete vyžádat u svého pojišťovacího poradce.
- Vyplněný formulář včetně zprávy lékaře a ostatních požadovaných dokladů odevzdejte na kterékoli naší pobočce nebo zašlete na adresu:
  Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
  Centrum zákaznické podpory – centrální podatelna
  Brněnská 634
  664 42 Modřice
- Informace o aktuálním stavu vyřizování Vaší pojistné události získáte na naší infolince ☎ **957 105 105**. Při kontaktu s námi uvádějte vždy číslo pojistné události, resp. číslo pojistné smlouvy, z níž jste uplatnili právo na pojistné plnění.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření pojišťovny.

www.koop.cz

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je

Informace
pro zájemce o pojištění osob

platné od 1. prosince 2016

1. INFORMACE O NÁS

OBCHODNÍ FIRMA	Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále **pojistitel** nebo **pojišťovna**)
PRÁVNÍ FORMA	akciová společnost
IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO	471 16 617
SÍDLO	Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
REGISTRACE	Městský soud v Praze, spisová zn. B 1897
ORGÁN DOHLEDU	Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1
ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ	Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Centrum zákaznické podpory, Brněnská 634, 664 42 Modřice
KONTAKTNÍ E-MAIL	info@koop.cz
WEB	www.koop.cz
INFOLINKA	957 105 105
INFORMACE O SOLVENTNOSTI A FINANČNÍ SITUACI POJIŠŤOVNY	http://www.koop.cz/pojistovna-kooperativa/o-pojistovne-kooperativa
SUBJEKT MIMOSOUDNÍHO ŘEŠENÍ SPOTŘEBITELSKÝCH SPORŮ	▸ **ze životního pojištění** Finanční arbitr, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.financniarbitr.cz ▸ **z úrazového pojištění a pojištění pro případ nemoci** Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz

2. ČÍM SE POJIŠTĚNÍ ŘÍDÍ

Pojistná smlouva se řídí českým právem. Pojištění osob se řídí zákonem číslo 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen **občanský zákoník**), pojistnou smlouvou a všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami uvedenými v pojistné smlouvě. Pojistné podmínky jsou součástí pojistné smlouvy. Pokud obdržíte pojistné podmínky v elektronické podobě (na CD) a tato forma Vám nevyhovuje, můžete o jejich tištěnou verzi požádat na kterékoli naší pobočce. Pojistné podmínky jsou Vám rovněž k dispozici na www.koop.cz.

3. KDY POJIŠTĚNÍ VZNIKÁ A KDY A JAK ZANIKÁ

Pojištění vzniká dnem uvedeným v pojistné smlouvě; není-li v pojistné smlouvě tento den uveden, vzniká pojištění dnem následujícím po dni uzavření pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou nebo neurčitou.
Pojištění zanikne zejména uplynutím pojistné doby uvedené v pojistné smlouvě.
Pojištění může zaniknout i jinými způsoby, jejichž přehled je uveden v tomto článku a dále v článcích 4 a 5 níže a které jsou dále podrobně popsány v pojistné smlouvě, pojistných podmínkách a v občanském zákoníku.

Lze pojištění ukončit předčasně?

Lze, ale předčasné ukončení životního pojištění je pro Vás zpravidla nevýhodné. ***Přečtěte si proto pozorně ustanovení týkající se odkupného uvedené v článku 13 níže.***

Hlavními důvody zániku pojištění jsou

- zánik pojistného zájmu či pojistného nebezpečí;
- smrt pojištěného;
- smrt pojistníka nebo jeho zánik bez právního nástupce, jde-li o skupinové pojištění;
- výplata odkupného na základě Vaší žádosti;
- odvolání souhlasu se zpracováním citlivých osobních údajů.

Pojištění může rovněž zaniknout v důsledku prodlení s placením pojistného. V takovém případě Vám zašleme upomínku, ve které určíme dodatečnou lhůtu k zaplacení dlužného pojistného. Není-li pojistné zaplaceno ani v této dodatečné lhůtě, pojištění bez dalšího zanikne. Tuto lhůtu je možné dohodou před jejím uplynutím prodloužit.

4. V JAKÝCH PŘÍPADECH LZE POJIŠTĚNÍ VYPOVĚDĚT

Pojištění je možné vypovědět

- do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; pojištění zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby;
- k poslednímu dni každého pojistného období, jde-li o pojištění s běžným pojistným; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejméně šest týdnů před koncem pojistného období, v opačném případě pojištění zanikne až ke konci pojistného období, pro které byla tato šestitýdenní výpovědní doba dodržena; pojišťovna však takto nemůže vypovědět životní pojištění;
- do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události pojišťovně; pojištění zanikne uplynutím měsíční výpovědní doby; pojišťovna však takto nemůže vypovědět životní pojištění.

Pojištění můžete dále vypovědět s osmidenní výpovědní dobou do dvou měsíců ode dne, kdy jste se dozvěděl, že při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění bylo použito hledisko odporující zásadě rovného zacházení (zejména národnost, rasa, etnický původ a pohlaví).

Pojišťovna může dále pojištění vypovědět bez výpovědní doby v případě, že Vy nebo pojištěný porušíte svou povinnost oznámit nám zvýšení pojistného rizika.

5. KDY LZE OD POJISTNÉ SMLOUVY ODSTOUPIT

Odstoupit můžete, pokud

- bychom Vás neupozornili na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a Vašimi požadavky;
- bychom nepravdivě či neúplně zodpověděli Vaše písemné dotazy v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně.

Odstoupení nám musíte doručit nejpozději do dvou měsíců ode dne, kdy jste se o porušení povinností dozvěděl či se o něm musel dozvědět.

Jedná-li se o pojistnou smlouvu životního pojištění, můžete bez udání důvodu od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit ve lhůtě třiceti dnů ode dne jejich uzavření (to platí i tehdy, je-li v pojistné smlouvě spolu se životním pojištěním sjednáno i pojištění pro případ úrazu nebo nemoci formou doplňkového, resp. rizikového pojištění), v případě neživotního pojištění osob, kterým je samostatně sjednané pojištění pro případ úrazu nebo nemoci, byla-li taková smlouva uzavřena mimo obchodní prostory pojišťovny, činí lhůta pro odstoupení od smlouvy pouze čtrnáct dnů. Formulář pro odstoupení je umístěn na našich internetových stránkách www.koop.cz.

Pojišťovna může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit, pokud jste Vy nebo pojištěný zodpověděl nepravdivě či neúplně naše písemné dotazy v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud bychom při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřeli. Odstoupení Vám musíme doručit nejpozději do dvou měsíců ode dne, kdy jsme se dozvěděli o porušení povinností či se o něm museli dozvědět.

Odstoupením se pojistná smlouva či dohoda o její změně od počátku ruší a strany si musí nejpozději do třiceti dnů ode dne jeho účinnosti vrátit veškerá poskytnutá plnění. Pokud jsme od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupili my, máme právo započíst si náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

6. JAKÉ DŮSLEDKY MŮŽE MÍT PORUŠENÍ POVINNOSTÍ

Z pojistné smlouvy vyplývá účastníkům pojištění řada povinností, jejichž porušení pro ně může mít nepříznivé následky. Věnujte pozornost zejména následujícím důsledkům porušení povinností.

Důsledky porušení povinností

- důsledkem prodlení s placením pojistného může být neposkytnutí pojistného plnění nebo zánik pojištění (blíže viz článek 3 výše);
- důsledkem porušení povinností poskytnout pravdivé a úplné informace při sjednávání pojištění může být snížení nebo odmítnutí pojistného plnění nebo odstoupení od pojistné smlouvy (blíže viz článek 5 výše);
- důsledkem porušení povinností, které mělo vliv na vznik nebo rozsah pojistné události nebo určení výše pojistného plnění, může být snížení pojistného plnění;
- důsledkem poskytnutí nesprávných informací či zamlčení podstatných informací při pojistné události může být neposkytnutí pojistného plnění.

Kde najdu bližší informace?

Podrobnosti naleznete v pojistných podmínkách a občanském zákoníku.

7. KDY A JAKÝM ZPŮSOBEM PLATÍTE POJISTNÉ

Pojistné se sjednává jako běžné nebo jednorázové. Běžné pojistné se platí pravidelně za jednotlivá pojistná období zpravidla po celou dobu trvání pojištění s tím, že délka pojistného období je dohodnuta v pojistné smlouvě. Jednorázové pojistné se platí za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno. Výše pojistného je vždy uvedena v pojistné smlouvě a jeho splatnost ve všeobecných pojistných podmínkách; u běžného pojistného je pak vždy uvedena výše pojistného za jedno pojistné období.
Pokud je tak v pojistné smlouvě dohodnuto, lze vedle pravidelně placeného běžného pojistného zaplatit i mimořádné pojistné.
Pojistné lze platit zejména převodem z bankovního účtu (příkaz k úhradě, trvalý příkaz nebo souhlas s inkasem - SINK), poštovní poukázkou, prostřednictvím SIPO nebo platebních terminálů a bankomatů bank, s nimiž máme uzavřenou dohodu o tomto způsobu placení pojistného (jejich seznam zveřejňujeme na svých internetových stránkách www.koop.cz), není-li pojistnou smlouvou některý způsob vyloučen.

Identifikace účtu

ČÍSLO ÚČTU pro běžné pojistné:	2226222/0800 (uvedeno také na pojistné smlouvě)
VARIABILNÍ SYMBOL:	číslo pojistné smlouvy

8. JAK STANOVUJEME POJISTNÉ A JAKÉ POPLATKY JSOU SPOJENÉ S POJIŠTĚNÍM

Pojistné se stanovuje podle pojistněmatematických metod tak, abychom byli schopni bezpečně splnit své závazky z pojištění. Součástí kalkulace pojistného je i započtení nákladů spojených s uzavřením a následnou správou pojistné smlouvy, včetně pobídky pojišťovacímu zprostředkovateli.
Při stanovení výše pojistného zohledňujeme pojistné riziko dané zejména věkem pojištěného, jeho zdravotním stavem a u úrazového pojištění i zařazením pojištěného do příslušné rizikové skupiny. Při stanovení výše pojistného je dále zohledněna pojistná doba a výše pojistných částek.
Věnujte prosím pozornost Přehledu poplatků a parametrů pojištění, ve kterém je uveden výčet všech Vámi hrazených poplatků. Tyto poplatky nezvyšují výši běžného pojistného, avšak snižují hodnotu účtu pojistníka, resp. rezervu pojistného, případně plnění z pojištění.
Pouze pokud je tak výslovně uvedeno v pojistných podmínkách či Přehledu poplatků a parametrů pojištění, jste povinen uhradit příslušný poplatek nad rámec běžného pojistného. Jedná se zejména o jednorázový poplatek při předčasném ukončení pojistné smlouvy. Přehled poplatků a parametrů pojištění naleznete na přiloženém CD, na našich internetových stránkách www.koop. cz nebo je k nahlédnutí na našich pobočkách.

9. JAK OZNÁMIT POJISTNOU UDÁLOST

Pojistnou událost nám oznamte písemně bez zbytečného odkladu na formuláři pro příslušný druh pojistné události, který obdržíte na našich pobočkách nebo si ho můžete vytisknout z našich internetových stránek. Vyplněný formulář včetně zprávy lékaře a ostatních požadovaných dokladů odevzdejte na kterékoli naší pobočce nebo zašlete na adresu:
Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory - centrální podatelna
Brněnská 634, 664 42 Modřice

10. JAK URČUJEME VÝŠI POJISTNÉHO PLNĚNÍ A NA CO SE POJIŠTĚNÍ NEVZTAHUJE

Výše pojistného plnění se odvíjí od sjednaných pojistných částek. V případě investičního životního pojištění se při stanovení pojistného plnění rovněž zohledňuje hodnota účtu pojistníka.

Vztahuje se pojištění na všechno?

Přestože pojištění poskytuje široký rozsah krytí, existují případy, na které se pojištění nevztahuje, tzv. výluky z pojištění. ***Výčet výluk je uveden v příslušných pojistných podmínkách, které si prosím pečlivě prostudujte.***

V úrazovém pojištění a pojištění pro případ pracovní neschopnosti se pro stanovení maximální výše pojistného plnění pro příslušnou diagnózu používají tzv. oceňovací tabulky. Aktuálně platné oceňovací tabulky najdete na našich internetových stránkách www.koop.cz.

U některých pojištění může být stanovena tzv. karenční doba. Jedná se o dobu, která běží od vzniku pojistné události a za kterou nenáleží pojistné plnění. Výjimku tvoří pojistné události vzniklé následkem úrazu, za které náleží pojistné plnění i za karenční dobu, pokud ji doba léčení přesáhne. Bližší informace naleznete v příslušných pojistných podmínkách.

Za jak dlouho se promlčí právo na pojistné plnění ze životního pojištění a z ostatních pojištění osob?

Právo na pojistné plnění ze životního pojištění se promlčí po 11 letech, z ostatních pojištění osob, např. z úrazového pojištění, po 4 letech ode dne, kdy pojistná událost nastala.

11. JAK MŮŽETE ZMĚNIT FORMU A DOBU VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ (OPCE)

Na žádost oprávněné osoby lze pojistné plnění změnit následujícím způsobem:

Změny pojistného plnění

- jednorázové pojistné plnění lze použít k úhradě jednorázového pojistného na důchodové pojištění, z tohoto důchodového pojištění pak lze vyplácet doživotní důchod nebo důchod na sjednanou dobu;
- místo výplaty doživotního důchodu nebo důchodu na sjednanou dobu lze vyplatit jednorázové pojistné plnění nebo výplatu důchodu odložit na pozdější dobu;
- lze zkrátit dobu výplaty „důchodu na sjednanou dobu";
- lze zkrátit dobu výplaty „důchodu maximálně na sjednanou dobu";
- místo výplaty důchodu pro pozůstalé lze vyplatit jednorázové pojistné plnění nebo zkrátit či prodloužit dohodnutou dobu výplaty důchodu.

12. JAK STANOVUJEME PODÍL NA ZISKU A KDY SE VYPLÁCÍ (BONUSY)

Získáme-li výnos ze zhodnocení aktiv, jejichž zdrojem jsou technické rezervy životního pojištění, můžeme jeho část použít na připsání podílu na zisku k jednotlivým pojistným smlouvám. Podíl na zisku lze přiznávat po celou dobu trvání životního pojištění. Podíl na zisku se u pojistné smlouvy stanoví v závislosti na vytvořené hodnotě pojištění (tj. rezervě pojistného včetně již připsaného podílu na zisku) ke dni, ke kterému se podíl na zisku přiznává. U investičního životního pojištění přiznáváme podíl na zisku pouze u investic do garantovaných a vkladových fondů, jsou-li tyto fondy v naší nabídce.
Podíl na zisku připsaný k pojistné smlouvě se vyplatí spolu s pojistným plněním z pojistné události, v jejímž důsledku pojištění zanikne, nebo spolu s odkupným, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Podíl na zisku může být přiznán i během výplaty pojistného plnění ve formě důchodu (s výjimkou invalidního důchodu a důchodu vypláceného po smrti pojištěného).

13. CO JE ODKUPNÉ A JAK STANOVUJEME JEHO VÝŠI

Životní pojištění je pojištění dlouhodobého charakteru, a proto je pro Vás výhodné, pokud trvá po celou dobu, na jakou bylo sjednáno. Formou finančního vyrovnání ze životního pojištění při jeho předčasném ukončení je odkupné.

Nárok na odkupné máte

- u pojištění za běžně placené pojistné, pokud výše rezervy pojistného či aktuální hodnoty účtu pojistníka po odečtení poplatku za předčasné ukončení pojistné smlouvy je kladná;
- u pojištění za jednorázové pojistné sjednaného na pojistnou dobu delší než jeden rok, pokud bylo jednorázové pojistné uhrazeno.

Výjimku z výše uvedeného tvoří

- pojištění za běžně placené pojistné sjednaná jako doplňková, resp. riziková;
- pojištění pouze pro případ smrti sjednaná na přesně stanovenou dobu;
- pojištění, ze kterých se již vyplácí důchod.

Z těchto pojištění nárok na odkupné není.

Odkupné u investičního životního pojištění vychází z aktuální hodnoty účtu pojistníka, u ostatních typů životního pojištění vychází z výše rezervy pojistného včetně přiznaného podílu na zisku. Ve všech případech se při výpočtu odkupného zohledňuje poplatek za předčasné ukončení pojištění. Výsledná částka odkupného k výplatě se dále snižuje o dlužné pojistné, nebo naopak navyšuje o přeplatek pojistného. Aktuální výši odkupného Vám sdělíme písemně na Vaši žádost kdykoli v průběhu trvání pojištění.
Se sjednáním životního pojištění jsou vždy spojeny počáteční náklady, které jsou postupně umořovány z hodnoty účtu pojistníka či jsou zohledněny v rezervě pojistného. Hodnota odkupného bývá zpravidla nižší než pojistné plnění při dožití a může být i nižší než do té doby zaplacené pojistné (zejména v prvních letech trvání pojištění je výrazně nižší). Odkupné podléhá dani z příjmů a při předčasném zániku pojištění můžete přijít i o daňové zvýhodnění.

Proto je tedy předčasné ukončení pojištění nevýhodné?

Ano, sjednání životního pojištění by mělo být promyšleným rozhodnutím, které nebudete nuceni v krátkém časovém období měnit, protože jeho předčasné ukončení může být pro Vás nevýhodné.

14. JAKÉ JSOU DAŇOVÉ VÝHODY ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A JAK SE POJIŠTĚNÍ ZDAŇUJE

V souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy Vám nevzniká žádná daňová povinnost.
U životního pojištění je možné při splnění zákonných podmínek využít daňové zvýhodnění a použít zaplacené pojistné ke snížení základu daně z příjmů. Pro pojistnou smlouvu, která splňuje podmínky zákona o daních z příjmů (od 1. 1. 2015 včetně podmínky, že ze smlouvy nelze v průběhu trvání pojištění vybrat finanční prostředky), vystavíme po skončení příslušného kalendářního roku (zdaňovacího období) potvrzení o Vámi zaplaceném pojistném na Vaše soukromé životní pojištění v příslušném kalendářním roce. Částka pojistného v potvrzení se stanoví jako souhrn běžného pojistného zaplaceného Vámi ve zdaňovacím období, resp. jako poměrná část jednorázového pojistného na zdaňovací období podle sjednané pojistné doby a mimořádného pojistného zaplaceného Vámi v daném kalendářním roce snížený o tu jeho část, která připadá na pojištění nesplňující definici soukromého životního pojištění podle zákona o daních z příjmů. Do částky pro účely potvrzení se nezahrnují příspěvky na pojistné, které zaplatil Váš zaměstnavatel. Případné zaplacené mimořádné pojistné se v potvrzení započítává jako běžné pojistné.

Po uzavření smlouvy jsem dodatečně zjistil, že by mi zaměstnavatel přispíval na životní pojištění. Půjde to?

Určitě, jedná se o změnu v pojistné smlouvě. Kontaktujte svého pojišťovacího poradce, případně navštivte naši nejbližší pobočku, a požádejte o zavedení příspěvku zaměstnavatele ke svému soukromému životnímu pojištění.

V případě porušení podmínek daných zákonem o daních z příjmů Vám vzniká povinnost dodanit uplatněné daňové odpočty (tj. navýšit o uplatněné pojistné základ daně z příjmů), a to dle pravidel uvedených v tomto zákoně. Pojistné plnění při dožití a odkupné je předmětem srážkové daně, kterou za Vás odvádíme. Předmětem srážkové daně je rovněž jiné plnění z pojištění, které není pojistným plněním a nezpůsobuje zánik pojištění (např. prodej podílových jednotek u investičního životního pojištění).

Kde najdu bližší informace?

Bližší podmínky daňového zvýhodnění a srážkové daně jsou upraveny zákonem o daních z příjmů.

15. JAK NAKLÁDÁME S VAŠIMI OSOBNÍMI ÚDAJI

Jaké osobní údaje zpracováváme

Vaše osobní údaje zpracováváme pouze na základě zákona nebo s Vaším souhlasem. Zpracováváme osobní údaje, které nám poskytnete v rámci jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změně a při plnění práv a povinností z pojistné smlouvy. Osobní údaje zpracováváme v rozsahu jména a příjmení, adresy, rodného čísla či data narození, údajů o Vašem zdravotním stavu, popř. dalších osobních údajů nezbytných pro plnění pojistné smlouvy. V některých případech (zejména skupinové pojistné smlouvy) zpracováváme rovněž osobní údaje, které nám oprávněně, resp. na základě Vašeho souhlasu, předal jiný správce (např. zaměstnavatel). Podepíšete-li pojistnou smlouvu, nebo jiný dokument související s pojištěním nebo šetřením pojistné události, který je Vám předložený v elektronické podobě, svým vlastnoručním digitálním podpisem prostřednictvím podepisovacího zařízení k tomu určeného, pak s Vaším souhlasem (vyjádřeným v pojistné smlouvě, popř. jiném takto podepisovaném dokumentu) uchováváme biometrické údaje obsažené ve Vašem vlastnoručním digitálním podpisu, zejména údaje o dynamických parametrech pohybu ruky při podpisu, jako např. rychlost provedení podpisu, tlak pera na podložku, zrychlení a úhel sklonu pera v jednotlivých částech podpisu apod.

K jakému účelu a jak dlouho osobní údaje zpracováváme

Vaše osobní údaje, včetně údajů obsažených ve Vašem vlastnoručním digitálním podpisu, zpracováváme za účelem výkonu pojišťovací činnosti, zejména výkonu práv a povinností z pojistné smlouvy, správy pojištění, řešení pojistných událostí a plnění požadavků dozorových a jiných státních orgánů. Citlivé údaje týkající se Vašeho zdravotního stavu zpracováváme pouze v rozsahu nezbytném pro ohodnocení pojistného rizika nebo při likvidaci pojistné události na základě zvláštního souhlasu, který nám udělujete při podpisu pojistné smlouvy, zdravotního dotazníku nebo hlášení pojistné události.
Poskytnutí osobních údajů je ve všech případech dobrovolné, avšak nutné k tomu, aby pojistná smlouva mohla být uzavřena, resp. k tomu, aby pojistná událost mohla být řádně prošetřena a aby na základě výsledků tohoto šetření mohlo být vyplaceno pojistné plnění.
Vaše osobní údaje zpracováváme po dobu trvání práv a povinností z pojistné smlouvy, resp. po delší dobu, pokud je to nezbytné podle příslušných právních předpisů.

Obchodní sdělení

Vaše osobní údaje, včetně prostředků elektronické komunikace, rovněž používáme, abychom Vás mohli informovat o našich nových produktech nebo službách. Za účelem nabídky služeb či jiných obchodních sdělení můžeme Vaše osobní údaje předat rovněž osobám patřícím do skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s.
Můžete nám však kdykoli sdělit, že si nepřejete být za tímto účelem oslovováni, a my Vaše osobní údaje vymažeme z databáze používané pro marketingové účely.

Předávání osobních údajů

Osobní údaje zpracováváme sami nebo prostřednictvím pověřených zpracovatelů. Ve všech případech přísně dbáme na to, aby byly zachovány všechny povinnosti, které správci a zpracovatelům plynou ze zákona o ochraně osobních údajů, a aby byl subjekt údajů chráněn před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.
Vaše osobní údaje mohou být zpřístupněny rovněž třetím osobám v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu osobních údajů a pojišťovnictví, zejména České asociaci pojišťoven a dalším zpracovatelům, kteří nám poskytují služby v souvislosti s plněním zákonných a smluvních práv a povinností (např. poskytovatelům asistenčních nebo externích likvidačních služeb).

Monitoring telefonické komunikace

V souvislosti s výkonem pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví můžeme nahrávat příchozí i odchozí telefonní hovory na zvukový záznam a tento záznam použít. Stejně mohou postupovat poskytovatelé asistenčních služeb. Záznam hovoru může být využit za účelem ochrany práv vyplývajících z pojistné smlouvy, zejména jako důkazní prostředek v soudním, správním či jiném řízení, jehož účastníky jsme my, poskytovatel služeb, Vy nebo některý z pojištěných.

Vaše práva v souvislosti s osobními údaji

V případě, že máte zájem o poskytnutí informace o osobních údajích, které jsou o Vaší osobě zpracovávány, kontaktujte nás prosím písemně na adrese pro doručování uvedené v článku 1 výše.
Pokud se domníváte, že Vaše osobní údaje, které zpracováváme, jsou s ohledem na účel jejich zpracování nepřesné, můžete se na nás obrátit se žádostí o vysvětlení nebo se žádostí o odstranění tohoto stavu (např. blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidace osobních údajů). Vaši žádost budeme bezodkladně řešit. Se svou žádostí se můžete rovněž obrátit na Úřad pro ochranu osobních údajů se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.
Podrobné aktuální informace týkající se ochrany osobních údajů najdete na našich internetových stránkách www.koop.cz.

16. JAK A KAM MŮŽETE PODAT STÍŽNOST

Co když nejsem spokojen?

Pokud nejste s našimi službami spokojeni, můžete podat písemně či ústně stížnost na jakékoli naše kontaktní místo, jejichž seznam je uveden na našich internetových stránkách www.koop.cz.

Pro urychlení vyřízení stížnosti však doporučujeme adresovat stížnost na adresu pro doručování, případně na e-mailovou adresu uvedenou v článku 1 výše.
Pokud je stížnost podána ústně, je o ní pořizován záznam. Stížnosti vyřizujeme v co nejkratším termínu s tím, že její přijetí Vám vždy do deseti pracovních dnů potvrdíme a následně Vás písemně seznámíme s výsledkem šetření.
Se stížnostmi je rovněž možné se obracet na Českou národní banku, která plní funkci dohledu v pojišťovnictví.
Podáním stížnosti není dotčeno Vaše právo obrátit se na soud nebo finančního arbitra, jde-li o životní pojištění.

www.koop.cz

Informace
k pojištění BEST DOCTORS

platné od 1. prosince 2016

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je

1. KDO JSOU Best Doctors®

Americká společnost založená v roce 1989 dvěma lékaři (profesoři z Harvard Medical School v Bostonu) s cílem pomoci lidem dozvědět se správnou diagnózu, zvolit její nejvhodnější léčbu a dostat se k nejlepší zdravotní péči na světě.

2. CO VÁM V RÁMCI POJIŠTĚNÍ BEST DOCTORS NABÍZÍME

Pojištění BEST DOCTORS Vám nabízí unikátní zdravotní program, který poskytuje ochranu v případě stanovení diagnózy nejzávažnějších onemocnění léčených níže popsanými léčebnými postupy. Veškerou léčbu podstupuje pojištěný ve vybraném zdravotnickém zařízení mimo území České republiky. Pojištěním jsou kryty výdaje na zdravotní péči, náklady spojené s cestou do zahraničí, ubytování, stravování a mnoho dalšího.

3. PRO KOHO JE POJIŠTĚNÍ URČENO

Pojištění je vhodné pro klienty, kteří

- si chtějí být jisti správností své diagnózy
- chtějí být léčeni předními světovými odborníky
- chtějí využít špičkovou zdravotní péči v zahraničí
- chtějí maximálně ovlivnit své uzdravení z vážného onemocnění

4. CO JE OBSAHEM POJIŠTĚNÍ

Pojištění BEST DOCTORS se skládá ze dvou služeb

Mezinárodní konzultace

Jedná se o přípravu a vypracování druhého lékařského názoru na základě hloubkové kontroly lékařských informací o pojištěném a podkladového diagnostického materiálu pojištěného.

Zahraniční léčba

Služba, při které společnost Best Doctors jménem pojištěného vybere zdravotnické zařízení mimo území České republiky, dojedná termíny s poskytovateli zdravotní péče, organizuje všechny detaily ohledně lékařské péče, včetně přijetí do nemocnice, ubytování v hotelu, přepravy a zákaznického servisu. Vše je hrazeno až do výše limitů uvedených v pojistné smlouvě.

Kromě nákladů na léčbu se pojištění BEST DOCTORS vztahuje i na úhradu nákladů na cestu, ubytování a stravování pojištěného a případného dárce (při transplantaci) a dále cestovné a ubytování pro jednu doprovázející osobu. Z pojištění jsou hrazeny i léky potřebné po návratu zpět do České republiky.

5. POJIŠTĚNÉ LÉČEBNÉ POSTUPY

Pojištění se vztahuje na následující léčebné postupy:
- **léčba zhoubných nádorů** – léčba rakoviny včetně leukémie, sarkomu (nádoru kostí, svalů, vazů a chrupavek) a lymfomu (nádoru mízních uzlin a tkáně), včetně léčby předrakovinných stavů a rakovin „in-situ“
- **bypass koronárních artérií** – tj. operace napravující zúžení nebo ucpání věnčitých cév
- **operativní náhradu srdečních chlopní** – řešení při nedomykavosti nebo zúžení chlopní
- **transplantace orgánu nebo tkáně od žijícího dárce** – ledviny, plicního laloku, části jater, slinivky, kostní dřeně
- **neurochirurgický zákrok** při onemocnění a úrazu mozku, nitrolebních struktur a míchy

6. JAK SE PLATÍ POJISTNÉ

V průběhu pojistné doby se mění výše pojistného, a to v návaznosti na přechod pojištěného mezi jednotlivými věkovými pásmy (0 – 17, 18 – 64, 65 – 85). Podle aktuálního věku je pojištěnému určena aktuální výše pojistného. Věková pásma a k nim odpovídající výši měsíčního pojistného naleznete na pojistné smlouvě v oddíle D. Údaje o pojištění.

7. JAKÉ JSOU PODMÍNKY POJIŠTĚNÍ

Pojištění je možné sjednat v případě splnění níže uvedených podmínek:
- **věk:** maximální vstupní věk je 64 let; pojistná doba je sjednána do věku 85 let pojištěného
- **trvalý pobyt:** pro vstup do pojištění je nutnou podmínkou trvalý pobyt na území České republiky; není-li tato podmínka splněna, nelze pojištění sjednat; pojištění mohou sjednat i cizinci s trvalým pobytem v České republice
- **zdravotní dotazník:** nutnou podmínkou pro vstup do pojištění je vyplnění krátkého zdravotního dotazníku; pokud na jakoukoli otázku odpovíte kladně, nelze pojištění sjednat

8. NA CO SI DÁT POZOR

Ve výlukách jsou např. některé druhy rakoviny kůže, onemocnění při současném syndromu AIDS nebo onemocnění, které pojištěný již měl v posledních 10 letech. Pojištění se nevztahuje na experimentální či alternativní léčbu, zdravotní péči poskytnutou v domácí péči, v lázeňském nebo rehabilitačním zařízení, hospici nebo domově sociálních služeb. Také jakákoli forma rehabilitace není pojištěním kryta.

Přesné znění výluk a také definice důležitých pojmů naleznete v článku 7 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění BEST DOCTORS, věnujte jim prosím pozornost.

Prosím věnujte také pozornost omezení pojistného plnění, které je uvedeno v článku 5 Zvláštní pojistných podmínek pro pojištění BEST DOCTORS. Zde se dozvíte, že pojistné plnění nebude poskytnuto v případě, že pojistná událost nastane do konce šestého měsíce od počátku pojištění. Prosím mějte také na paměti, že nejsme povinni poskytnout pojistné plnění z pojistných událostí nastalých před zaplacením běžného pojistného za první pojistné období.

9. PŘEHLED POPLATKŮ

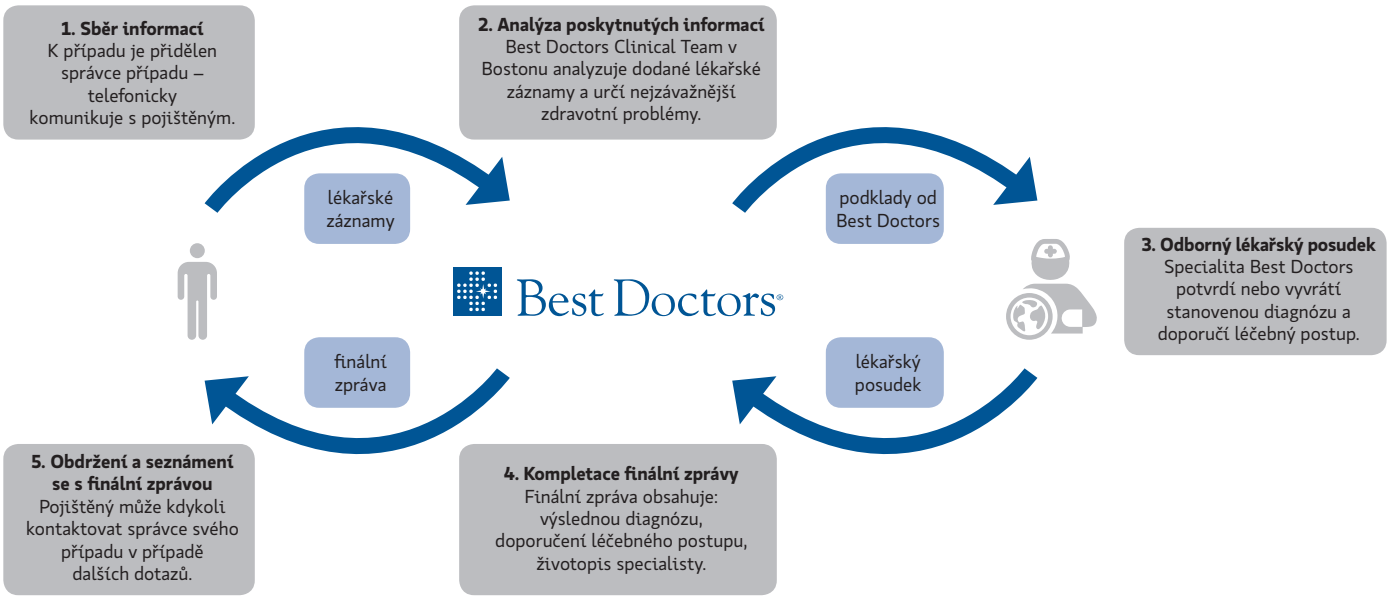
Jedná se o jednorázový poplatek, který je účtován nad rámec pojistného. Prosím mějte na paměti, že jsme oprávnění výši poplatku změnit.

JEDNORÁZOVÝ POPLATEK NAD RÁMEC POJISTNÉHO	
Úhrada nákladů spojených se vznikem a správou pojištění při odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy	2000 Kč + 40 Kč za každý započatý měsíc od účinnosti smlouvy

10. DIAGNOSTIKOVALI VÁM VÁŽNÉ ONEMOCNĚNÍ – CO TEĎ

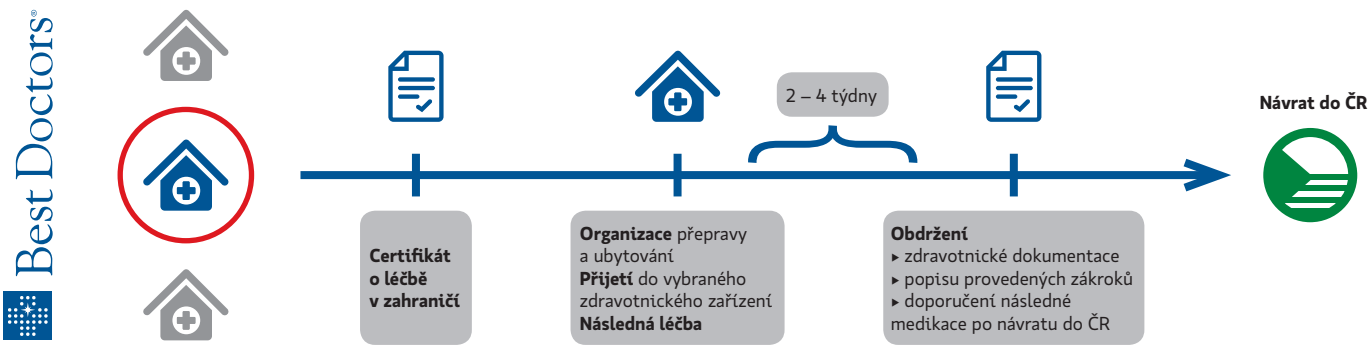
Stačí pouze zvednout telefon a zavolat na naši infolinku ☎ 957 105 105.

11. JAK FUNGUJE SLUŽBA MEZINÁRODNÍ KONZULTACE



12. JAK FUNGUJE ZAHRANIČNÍ LÉČBA

Pokud se potvrdila diagnóza pojištěného vážného onemocnění nebo léčebného postupu a potvrdíte svůj souhlas s léčbou mimo Českou republiku, je Vám prostřednictvím Best Doctors nabídnuto několik špičkových zdravotnických zařízení v příslušném oboru medicíny, ze kterých si vyberete zařízení podle své volby.



www.koop.cz

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je

VPP O-901/16

Obsah:

Článek 1 Úvodní ustanovení 11
Článek 2 Vznik pojištění, pojistná doba, vznik a zánik předběžného pojištění 11
Článek 3 Změna pojištění 11
Článek 4 Zánik pojištění 11
Článek 5 Pojistný zájem 12
Článek 6 Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby 12
Článek 7 Pojistné 12
Článek 8 Obecné výluky z pojištění 13
Článek 9 Pojistné plnění a šetření pojistné události 13
Článek 10 Oceňovací tabulky 13
Článek 11 Povinnosti pojistitele 13
Článek 12 Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění 14
Článek 13 Důsledky porušení povinností, omezení pojistného plnění 14
Článek 14 Dynamizace 14
Článek 15 Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav 15
Článek 16 Stanovení průměrného měsíčního příjmu 15
Článek 17 Vinkulace a zástavní právo k pohledávkám z pojištění 15
Článek 18 Forma jednání 15
Článek 19 Doručování 16
Článek 20 Rozhodné právo a rozhodování sporů 16
Článek 21 Výklad pojmů 16

Článek 1
Úvodní ustanovení

1) Pojištění osob se řídí pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami a zvláštními pojistnými podmínkami uvedenými v pojistné smlouvě, zákonem číslo 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen **občanský zákoník**), a dalšími příslušnými právními předpisy.

2) Tyto všeobecné pojistné podmínky obsahují ustanovení společná pro životní pojištění, úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci; podmínky těchto pojištění jsou podrobněji upraveny v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.

3) Tyto všeobecné pojistné podmínky i příslušné zvláštní pojistné podmínky jsou součástí pojistné smlouvy a v pojistné smlouvě se od nich lze odchýlit. V případě, že je jakékoli ustanovení pojistných podmínek v rozporu s ustanovením pojistné smlouvy, má přednost příslušné ustanovení pojistné smlouvy.

Článek 2
Vznik pojištění, pojistná doba, vznik a zánik předběžného pojištění

1) Pojištění se sjednává na pojistnou dobu, která je vymezena dnem počátku pojištění a v případě pojištění na dobu určitou i dnem konce pojištění.

2) Pojištění vzniká dnem počátku pojištění, který je uveden v pojistné smlouvě, nejdříve však dnem uzavření pojistné smlouvy. Není-li den počátku pojištění v pojistné smlouvě uveden, považuje se za něj den bezprostředně následující po uzavření pojistné smlouvy. V případě pojištění na dobu určitou je den konce pojištění uveden v pojistné smlouvě.

3) V pojistné smlouvě je možné sjednat předběžné pojištění za podmínky, že jeho pojistná doba bezprostředně předchází dni počátku pojištění a nepřesahuje třicet jedna dnů. Je-li v pojistné smlouvě předběžné pojištění sjednáno, vznikne dnem následujícím po dni uzavření pojistné smlouvy a zanikne dnem bezprostředně předcházejícím dni počátku pojištění uvedenému v pojistné smlouvě.

Článek 3
Změna pojištění

1) Pojistnou smlouvu lze změnit dohodou pojistníka a pojistitele (například dodatkem k pojistné smlouvě). Pro uzavření takové dohody platí stejná pravidla jako pro uzavření pojistné smlouvy. Den účinnosti změny pojistné smlouvy je uveden v dohodě o její změně.

2) Není-li v dohodě o změně pojistné smlouvy uveden den její účinnosti, nabývá tato dohoda účinnosti
a) prvním dnem pojistného období bezprostředně následujícího po pojistném období, ve kterém došlo k uzavření takové dohody, v případě pojistných smluv s běžným pojistným, nebo
b) dnem uzavření takové dohody v případě pojistných smluv s jednorázovým pojistným.

3) V souvislosti se změnou pojistné smlouvy nedochází ke změně výročního dne počátku pojištění. To platí i v případě, že dohodou o změně pojistné smlouvy je sjednáno nové pojištění, které nahrazuje původně sjednané pojištění.

4) Je-li obsahem dohody o změně pojistné smlouvy změna podmínek vzniku práva na pojistné plnění či jeho výše, budou se tyto nové podmínky vztahovat až na pojistné události, které nastanou po účinnosti dohody o změně pojistné smlouvy, popřípadě po uplynutí čekací doby podle následujícího odstavce.

5) Dojde-li v souvislosti se změnou pojistné smlouvy ke zvýšení pojistné částky či pojistného, zkrácení karenční doby nebo rozšíření rozsahu pojištění o další pojistná nebezpečí, platí pro pojištění, kterých se taková změna týká, nové čekací doby nebo jiná omezení podle příslušných zvláštních pojistných podmínek; tyto čekací doby nebo jiná omezení počínají běžet dnem účinnosti příslušné dohody o změně pojistné smlouvy. Pokud během těchto dob dojde k pojistné události, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek platných před touto změnou.

6) Je-li v pojistné smlouvě pro pojištěného sjednáno pojištění, které bezprostředně navazuje na pojištění téhož pojištěného sjednané v jiné pojistné smlouvě a které svým charakterem a rozsahem je s tímto pojištěním totožné, počítá se běh čekací doby ode dne počátku původního pojištění; to neplatí v případech, kdy takové pojištění bylo sjednáno u jiného pojistitele.

Článek 4
Zánik pojištění

1) Pojištění zanikne v případech stanovených v pojistné smlouvě, pojistných podmínkách či v občanském zákoníku. Pojištění zanikne zejména dnem:
a) uplynutí pojistné doby;
b) zániku pojistného zájmu nebo zániku pojistného nebezpečí;
c) smrti pojištěného;
d) smrti pojistníka či dnem zániku pojistníka (právnické osoby) bez právního nástupce, jde-li o skupinové pojištění;
e) výplaty odkupného pojistitelem na žádost pojistníka;
f) odvolání souhlasu pojištěného se zpracováním jeho citlivých údajů.

2) Pojištění dále zanikne v případě prodlení pojistníka s úhradou pojistného, a to marným uplynutím dodatečné lhůty k zaplacení dlužného pojistného stanovené pojistitelem v upomínce pojistníkovi.

3) Pojistník i pojistitel mohou pojištění ukončit výpovědí:
a) k poslednímu dni každého pojistného období, jde-li o pojištění s běžným pojistným; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejméně šest týdnů

před koncem pojistného období, v opačném případě pojištění zanikne až ke konci následujícího pojistného období, pro které je šest týdnů dodrženo; pojistitel však takto nemůže vypovědět životní pojištění;

b) doručenou druhé straně do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; pojištění zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby;

c) doručenou druhé straně do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; pojištění zanikne uplynutím měsíční výpovědní doby; pojistitel však takto nemůže vypovědět životní pojištění.

4) Pojistitel dále může pojištění ukončit výpovědí bez výpovědní doby v případě, že pojistník či pojištěný poruší svou povinnost oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika; pojištění zanikne dnem doručení výpovědi pojistníkovi.

5) Pojistitel může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti nezodpoví pravdivě a úplně písemné dotazy pojistitele v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud by pojistitel při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřel.

6) Pojistník může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit v případech a za podmínek uvedených v občanském zákoníku.

7) Odstoupením se pojistná smlouva zrušuje od počátku a smluvní strany jsou povinny si vrátit vše, co již bylo ze smlouvy plněno. Pojištění zanikne dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění podle čl. 13.

8) Pojištění lze ukončit i dohodou smluvních stran, ve které bude stanoveno vyrovnání práv a povinností z ukončovaného pojištění.

9) Zánik pojištění se řídí příslušnými ustanoveními občanského zákoníku, není-li v pojistných podmínkách nebo pojistné smlouvě uvedeno jinak.

Článek 5
Pojistný zájem

1) Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události a jeho existence je podmínkou vzniku a trvání pojištění. Pojistník má vždy pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Pojistník má pojistný zájem i na životě a zdraví jiné osoby, pokud tento zájem vyplývá ze vztahu k této osobě nebo dal-li pojištěný k pojištění souhlas.

2) Dojde-li k uzavření pojistné smlouvy, přestože v době jejího uzavření neexistoval pojistný zájem, může být pojistná smlouva v případech stanovených občanským zákoníkem neplatná. Pokud pojistník uzavřel pojistnou smlouvu bez pojistného zájmu vědomě a pojistitel o této skutečnosti nevěděl ani nemohl vědět, náleží pojistiteli odměna odpovídající pojistnému až do dne, kdy se o takové neplatnosti dozvěděl.

3) Pojistník a pojištěný jsou povinni neprodleně oznámit pojistiteli, že došlo k zániku pojistného zájmu. Toto oznámení musí být učiněno v písemné formě a musí v něm být uvedeny informace a k němu přiloženy dokumenty, ze kterých bude zánik pojistného zájmu vyplývat. Pojistník je dále povinen neprodleně oznámit pojistiteli, že pojištěný odvolal svůj souhlas k pojištění pro účely prokázání pojistného zájmu.

Článek 6
Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby

1) Pokud pojistník uzavírá pojistnou smlouvu vztahující se na pojistné nebezpečí pojištěného, který je osobou odlišnou od pojistníka, je povinen pojištěného seznámit s obsahem takové pojistné smlouvy a s Informacemi pro zájemce o pojištění osob, včetně informací o zpracování osobních údajů.

2) Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, má právo na pojistné plnění pojištěný, resp. obmyšlený, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného.

3) Bylo-li pojištění sjednáno ve prospěch pojistníka, může pojistník uplatnit právo na pojistné plnění pouze tehdy, pokud prokáže, že:

a) seznámil pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a

b) pojištěný si je vědom toho, že pojistné plnění nabude namísto něj pojistník, a souhlasí s tím, aby pojistník pojistné plnění přijal; tento souhlas však není třeba, je-li pojištěný potomkem pojistníka a zároveň pojistník je zákonným zástupcem pojištěného, který není plně svéprávný.

4) Neprokáže-li pojistník souhlas pojištěného nebo zákonného zástupce podle předchozího odstavce do dne, kdy nastane pojistná událost, má právo na související pojistné plnění pojištěný, resp. obmyšlený, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného.

5) Pokud je tak sjednáno v pojistné smlouvě, může být pojištění sjednáno i ve prospěch třetí osoby odlišné od pojistníka i pojištěného. Taková oprávněná třetí osoba může projevit souhlas s pojistnou smlouvou i dodatečně při uplatnění práva na pojistné plnění. Právo na pojistné plnění však takové oprávněné třetí osobě vzniká, pouze pokud s přijetím pojistného plnění takovou osobou dal souhlas pojištěný, je-li osobou odlišnou od pojistníka.

6) Nejedná-li se o skupinové pojištění, vstupuje dnem smrti pojistníka nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce pojištěný do pojištění namísto pojistníka. Oznámí-li však pojištěný pojistiteli v písemné formě do třiceti dnů ode dne smrti pojistníka nebo ode dne jeho zániku bez právního nástupce, že na trvání pojištění nemá zájem, zanikne pojištění dnem smrti pojistníka nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce.

Článek 7
Pojistné

1) Pojistník je povinen řádně a včas platit pojistné.

2) Pojistné se sjednává jako běžné, není-li v pojistné smlouvě uvedeno, že se jedná o jednorázové pojistné.

3) Jednorázové pojistné se sjednává za celou pojistnou dobu. Běžné pojistné se sjednává za jednotlivá pojistná období, jejichž délka je uvedena v pojistné smlouvě. Není-li dohodnuto jinak, je pojistným obdobím jeden měsíc. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění.

4) Není-li dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy první den příslušného pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.

5) Pojistné se považuje za zaplacené včas, je-li nejpozději v den jeho splatnosti připsáno na bankovní účet pojistitele s variabilním symbolem stanoveným pojistitelem.

6) Pojistné zaplacené pod variabilním symbolem určeným pojistitelem se považuje za uhrazené pojistníkem či jinou osobou s jeho souhlasem.

7) Pokud pojistné nebylo zaplaceno včas a ve sjednané výši, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení a náklady spojené s vymáháním tohoto pojistného.

8) V úrazovém pojištění, pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pojištění pro případ pobytu v nemocnici, pojištění pro případ ošetřování dítěte a v pojištění pro případ zajištění zdravotní péče může pojistitel vždy k výročnímu dni počátku pojištění jednostranně upravit výši běžného pojistného, změní-li se podmínky rozhodné pro stanovení výše pojistného, zejména:

a) změní-li se obecně závazné právní předpisy nebo ustálená soudní praxe, které mají vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění, nebo

b) změní-li se obecně závazné právní předpisy, které ukládají pojistiteli dodatečné výdaje (například odvody do státního rozpočtu), k nimž v době uzavření pojistné smlouvy nebyl pojistitel povinen, nebo

c) na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu pojistné smlouvy, nebo

d) na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu příslušného pojistného odvětví nebo pojistného produktu u úrazového pojištění.

9) Pojistitel je povinen sdělit pojistníkovi upravenou výši pojistného podle předchozího odstavce nejpozději dva měsíce přede dnem splatnosti pojistného za pojistné období, za které má být takové upravené pojistné poprvé zaplaceno.

10) Svůj nesouhlas s jednostrannou změnou pojistného podle odst. 8) musí pojistník pojistiteli oznámit v písemné formě nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o takové změně dozvěděl; v takovém případě pojištění buď zanikne uplynutím pojistného období, za které bylo zaplaceno pojistné, nebo se pojistitel může s pojistníkem dohodnout, že pojištění z takového důvodu nezanikne, ale pojistitel upraví výši souvisejících pojistných částek podle pojistněmatematických metod.

11) Pojistné je rovněž možné změnit na základě dohody pojistitele s pojistníkem. Za tuto dohodu se považuje rovněž úprava pojistného v závislosti na vývoji inflace, jak je upravena v čl. 14.

12) Pojistitel je oprávněn odečíst od pojistného plnění i od jakéhokoli jiného plnění z pojištění splatné pohledávky pojistného nebo své jiné pohledávky z pojištění.

13) V případě nezaplacení pojistného se pojištění nepřerušuje.

Článek 8
Obecné výluky z pojištění

1) Pojištění se nevztahuje na jakékoli události, které vznikly v důsledku:
a) války, invaze, nepřátelské nebo jiné válečné operace (bez ohledu na to, zda byla vyhlášena válka), občanské války nebo teroristických činů, tj. násilných činů poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část,
b) povstání včetně vojenského povstání, vzpoury, revoluce, uchvácení moci, stanného práva nebo stavu obležení; tato výluka však neplatí v případě, že se pojištěný těchto událostí účastnil jako člen ozbrojených složek státu v rámci plnění svých služebních povinností na území České republiky,
c) občanských nepokojů, tj. regionálních protizákonných skupinových násilných vystoupení občanů vedoucích ke vzniku škod na životě a zdraví jiných občanů a škod na majetku, pokud se pojištěný na takových občanských nepokojích aktivně podílel,
d) působení jaderné energie,
e) chemické nebo biologické kontaminace.

2) Pokud však v důsledku událostí podle předchozího odstavce dojde ke smrti pojištěného, poskytne pojistitel pojistné plnění ze životního pojištění ve výši rezervy pojistného vytvořené ke dni úmrtí pojištěného, včetně podílu na zisku přiznaného k tomuto dni, není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách uvedeno jinak.

3) Není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách ujednáno jinak, pojištění se dále nevztahuje na události, ke kterým došlo v důsledku úmyslného sebepoškození pojištěného, jeho sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu.

4) Na pojištění se mohou vztahovat ještě další výluky uvedené v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.

Článek 9
Pojistné plnění a šetření pojistné události

1) V případě pojistné události poskytne pojistitel oprávněné osobě jednorázové nebo opakované pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami a příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami.

2) Pojistné plnění pojistitel stanoví podle parametrů pojištění platných ke dni vzniku pojistné události. Toto platí i pro pojištění, u kterého je pojistná částka stanovena pro jeden den (například pojistné plnění z úrazového pojištění za tělesné poškození ve formě denního odškodného, pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti a pobytu v nemocnici), i když po vzniku pojistné události došlo ke změně pojistné částky.

3) Oprávněnou osobou (tj. osobou, která má právo na pojistné plnění z pojištění) je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě nebo v ostatních ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek nebo v příslušných zvláštních pojistných podmínkách uvedeno jinak; oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený.

4) Pojistné plnění i jakákoli jiná plnění z pojištění budou hrazena v tuzemské měně, pokud z právních předpisů, včetně mezinárodních dohod, kterými je Česká republika vázána, nebo z pojistné smlouvy nevyplývá povinnost plnit v jiné měně. Pro účely stanovení výše plnění z pojištění se pro přepočet měn použije kurz vyhlášený Českou národní bankou ke dni provedení příslušné platby. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojistitel nenese jakékoli kurzové riziko související s přepočtem měn.

5) Pojistitel zahájí šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po obdržení oznámení o takové události a pokračuje v něm tak, aby bylo skončeno nejpozději do tří měsíců po obdržení takového oznámení. Nebude-li možné šetření pojistné události v této lhůtě ukončit, je pojistitel povinen sdělit osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění, důvody této skutečnosti.

6) Do doby šetření se nezapočítává doba, po kterou probíhá řízení před orgánem veřejné moci (zejména občanskoprávní nebo trestní soudní řízení, přestupkové nebo jiné správní řízení), jehož výsledek je rozhodný pro stanovení povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění, nebo řízení ve věci trestního oznámení pro podezření z pojistného podvodu, které bylo podáno z důvodu nepravdivých nebo zamlčených údajů v souvislosti s oznámenou událostí. Po tuto dobu není pojistitel v prodlení s plněním své povinnosti vyplatit pojistné plnění ani zálohu na pojistné plnění.

7) Šetření pojistné události dále nemůže být skončeno v případě, že pojištěný nepodstoupí lékařskou prohlídku vyžádanou pojistitelem či neposkytne pojistiteli nezbytnou součinnost při zajištění informací o svém zdravotním stavu.

8) Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů ode dne skončení šetření pojistitele nutného ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.

9) V případě, že nelze ukončit šetření pojistné události do tří měsíců ode dne jejího oznámení, poskytne pojistitel na písemnou žádost osoby, která uplatnila právo na pojistné plnění, přiměřenou zálohu na pojistné plnění. Při stanovení výše zálohy pojistitel zohlední zejména dosavadní výsledky šetření a výši dosud prokázané a doložené újmy. Pojistitel zálohu neposkytne, je-li rozumný důvod její poskytnutí odepřít, zejména:
a) není-li z výsledků dosavadního šetření jisté, zda se na šetřenou událost bude pojištění vztahovat nebo kdo je oprávněnou osobou,
b) porušil-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba jakoukoli povinnost související s uplatněním práva na pojistné plnění a šetřením pojistné události, zejména je-li pojistiteli v souvislosti se šetřením pojistné události sdělen jakýkoli nepravdivý nebo hrubě zkreslený údaj týkající se této události (například v hlášení této události nebo jiném dokumentu předloženém pojistiteli za účelem jejího šetření) nebo je-li takový údaj zamlčen,
c) existuje-li důvodné podezření, že při uplatnění práva na pojistné plnění došlo ke spáchání trestného činu, přičemž o důvodné podezření o spáchání trestného činu jde vždy, když je v souvislosti s takovým uplatněním práva na pojistné plnění podáno trestní oznámení na pojistníka, pojištěného, oprávněnou osobu, osobu, která uplatnila právo na pojistné plnění, nebo jinou osobu jednající z jejich podnětu nebo je proti nim v této souvislosti vedeno trestní řízení.

10) Pojistitel je oprávněn započíst proti plnění z pojištění svoji pohledávku vůči osobě, která má právo na plnění z pojištění, i pokud pohledávka za touto osobou vznikla z jiného pojištění.

Článek 10
Oceňovací tabulky

1) V případě pojištění, u kterých se pojistné plnění či jeho maximální výše stanoví podle příslušných oceňovacích tabulek, se použijí příslušné oceňovací tabulky aktuální ke dni, kdy bylo pojistiteli doručeno oznámení o příslušné pojistné události.

2) Pojistitel může oceňovací tabulky během trvání pojištění jednostranně měnit v závislosti na vývoji teoretických a praktických poznatků medicíny a zkušeností pojistitele získaných při vyřizování pojistných událostí. Pokud dojde k jejich změně, oznámí to pojistitel pojistníkovi písemně (například e-mailem); změněná verze oceňovacích tabulek bude současně dostupná také v obchodních prostorách pojistitele. Pojistník může pojištění dotčené změnou oceňovacích tabulek vypovědět, a to nejpozději do jednoho měsíce ode dne takového oznámení; příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení výpovědi pojistiteli.

Článek 11
Povinnosti pojistitele

1) Pojistitel je povinen dodržovat povinnosti stanovené v pojistné smlouvě, těchto všeobecných pojistných podmínkách či příslušných zvláštních pojistných podmínkách a v občanském zákoníku či jiných právních předpisech.

2) Vedle povinností stanovených v ostatních ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek je pojistitel povinen:
a) zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy, které zájemce o pojištění nebo pojistník položil při jednání o uzavření či změně pojistné smlouvy;
b) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění;
c) vydat pojistníkovi pojistku nebo na jeho žádost druhopis pojistky;
d) vydat pojistníkovi na jeho písemnou žádost kopii pojistné smlouvy;
e) vrátit originály dokladů osobě, která je pojistiteli předložila, a to na její žádost, pokud není nezbytné, aby tyto originály zůstaly součástí spisové dokumentace pojistitele;
f) na svých internetových stránkách zveřejnit oceňovací tabulky a přehled poplatků a parametrů pojištění.

Článek 12
Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění

1) Pojistník, pojištěný a jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, jsou povinni dodržovat povinnosti stanovené v pojistné smlouvě, těchto všeobecných pojistných podmínkách či příslušných zvláštních pojistných podmínkách a v občanském zákoníku či jiných právních předpisech.

2) Vedle povinností stanovených v ostatních ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek jsou pojistník a pojištěný povinni:
a) zodpovědět pravdivě a úplně dotazy vznesené pojistitelem v písemné formě ohledně skutečností souvisejících se sjednávaným pojištěním včetně informací týkajících se zdravotního stavu pojištěného;
b) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakékoli změny skutečností, které sdělili pojistiteli podle předchozího odstavce nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, včetně změny osobních údajů;
c) neučinit bez souhlasu pojistitele nic, co zvyšuje či by mohlo zvýšit pojistné riziko, a neumožnit takové jednání třetí osobě; zvýšení pojistného rizika je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli;
d) vynaložit veškeré úsilí, které po nich lze rozumně požadovat, aby předešli vzniku pojistné události a případně aby byly minimalizovány následky již existující pojistné události;
e) předložit pojistiteli originály dokumentů, které si pojistitel vyžádá v souvislosti s uzavíráním či změnou pojistné smlouvy nebo v rámci šetření pojistné události a poskytnout mu v této souvislosti veškerou další požadovanou součinnost; dodatečně vyhotovené dokumenty (například lékařské zprávy, prohlášení pojistníka či pojištěného), které se neshodují s autentickou dokumentací, pojistitel nemusí uznat.

3) Pojistník, pojištěný a jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, jsou v souvislosti s uplatněním práva na pojistné plnění zejména povinni:
a) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, že nastala událost, se kterou spojují právo na pojistné plnění, a při uplatnění tohoto práva postupovat v souladu s pokyny pojistitele;
b) podat pojistiteli pravdivé a úplné vysvětlení o vzniku (okolnostech vzniku, zúčastněných osobách a podobně) a rozsahu následků události, se kterou spojují právo na pojistné plnění, předat pojistiteli veškeré dokumenty, ze kterých tyto skutečnosti vyplývají, a poskytnout pojistiteli v této souvislosti jakoukoli další potřebnou součinnost; tyto dokumenty musí být vyhotoveny v českém jazyce, popřípadě musí být zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka, nestanoví-li pojistitel jinak. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že náklady na splnění povinností podle tohoto odstavce nese příslušná osoba, nikoli pojistitel;
c) v případě úrazu nebo nemoci vyhledat bez zbytečného odkladu v době, kdy jsou přítomny objektivní příznaky poranění nebo onemocnění, lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim stanovený lékařem, tj. zejména respektovat pokyny lékaře při léčbě, nečinit nic, co by mohlo bránit či zpomalit uzdravení, a poskytovat pojistiteli součinnost při kontrole průběhu léčebného procesu.

Článek 13
Důsledky porušení povinností, omezení pojistného plnění

1) Pojistitel může snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet, pokud:
a) bylo v důsledku porušení povinností pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo dohody o její změně dohodnuto nižší pojistné,
b) pojistník nebo pojištěný porušil povinnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změny týkající se skutečností, na které byl pojistitelem písemně tázán nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, a pojistitel v důsledku toho nemohl stanovit novou výši pojistného či pojistné částky,
c) pojistník nebo pojištěný porušil povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost.

2) Pojistitel může snížit pojistné plnění, pokud porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné oprávněné osoby mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo takové porušení povinnosti na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit. Pojistitel má v takovém případě právo pojistné plnění neposkytnout či v případě opakovaného plnění pozastavit jeho výplatu až do splnění povinnosti.

3) Pojistitel může pojistné plnění snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v důsledku jednání pojistníka, pojištěného či oprávněné osoby (včetně obmyšleného) pod vlivem alkoholu či jiné návykové (omamné či toxické) látky s výjimkou případů, kdy tyto látky byly obsaženy v lécích, které taková osoba užila způsobem předepsaným lékařem, a zároveň nebyla lékařem upozorněna, nebo v příbalovém letáku nebylo uvedeno, že v době působení takového léku nesmí být vykonávána činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události. Pokud však v důsledku jednání pojištěného podle tohoto odstavce došlo k jeho smrti, sníží pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže stejným jednáním způsobil pojištěný jiné osobě současně těžkou újmu na zdraví nebo smrt jiné osoby.

4) Pojistitel může odmítnout poskytnutí pojistného plnění, pokud k pojistné události došlo v souvislosti
a) s trestným činem pojištěného či oprávněné osoby, pro který byly tyto osoby pravomocně odsouzeny,
b) s pácháním úmyslného trestného činu pojištěným.

5) Pojistitel může dále odmítnout poskytnutí pojistného plnění, pokud je příčinou pojistné události skutečnost, o které se pojistitel dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl dříve zjistit vzhledem k tomu, že pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti odpověděli nepravdivě či neúplně dotazy pojistitele v písemné formě při uzavírání pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud by pojistitel pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřel, popřípadě ji uzavřel za jiných podmínek, kdyby o této skutečnosti věděl při jejím uzavření.

6) Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud
a) oprávněná osoba uvedla při uplatňování práva na pojistné plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčela,
b) pojistnou událost úmyslně způsobila oprávněná osoba, pojištěný nebo pojistník či z jejich podnětu jiná osoba nebo
c) pojištěný odvolal souhlas se zpracováním a předáváním citlivých osobních údajů o svém zdravotním stavu a pojistitel proto nemůže dokončit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu své povinnosti plnit.

7) Pojistitel má právo na náhradu:
a) nákladů vynaložených na šetření skutečností týkajících se pojistné události, o nichž mu byly oznámeny vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo o nichž mu takové údaje byly zamlčeny,
b) nákladů vynaložených na šetření pojistné události, pokud je vyvolal pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, porušením své povinnosti,
c) újmy vzniklé v důsledku porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, a náhradu zbytečně vynaložených nákladů, včetně nákladů na vedení soudního sporu, vzniklých z téhož důvodu.

8) Pojistitel nemusí poskytnout pojistné plnění, a to ani z předběžného pojištění, pokud v době, kdy pojistná událost nastala, nebylo ve smyslu čl. 7 odst. 5) zaplaceno celé běžné pojistné za první pojistné období nebo jednorázové pojistné v plné výši. To platí i pro změnu pojistné smlouvy, kterou se rozšiřuje rozsah pojištění.

Článek 14
Dynamizace

1) V pojistné smlouvě může být sjednána pravidelná úprava pojistného a souvisejících pojistných částek v závislosti na vývoji inflace (dále jen **dynamizace**). Je-li v pojistné smlouvě dynamizace sjednána, upraví pojistitel vždy k výročnímu dni počátku pojištění výši pojistného a souvisejících pojistných částek v závislosti na vývoji průměrné meziroční míry inflace vyhlášené Českým statistickým úřadem podle zásad stanovených v pojistné smlouvě.

2) Pro účely dynamizace se míra inflace podle předchozího odstavce zaokrouhluje směrem dolů na celá procenta. Poslední dynamizaci provede pojistitel pět let před koncem pojistné doby.
3) Pokud však pojistník nezaplatí pojistné po úpravě dynamizací a platí pojistné i nadále v původní výši, nebude výše pojistného a souvisejících pojistných částek upravena dynamizací a pojistitel nebude nadále dynamizaci provádět. Pojistník a pojistitel se následně mohou dohodnout na obnovení dynamizace, a to od následujícího výročního dne počátku pojištění po účinnosti takové dohody.

4) Pokud pojistník požádá o ukončení dohodnuté dynamizace, pojistitel nebude dynamizaci dále provádět od následujícího výročního dne počátku pojištění po obdržení žádosti.

5) Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn nebo osvobozen od placení pojistného, nebude pojistitel dynamizaci dále provádět od následujícího výročního dne počátku pojištění po vzniku práva na takové zproštění nebo osvobození. Zaniknou-li důvody pro zproštění nebo osvobození od placení pojistného, bude pojistitel dynamizaci znovu provádět na základě písemné žádosti pojistníka, a to od následujícího výročního dne počátku pojištění po obdržení takové žádosti.

Článek 15
Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav

1) Pojištěný je povinen předat pojistiteli veškerou zdravotní dokumentaci nezbytnou pro uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně nebo pro šetření pojistné události, popřípadě mu umožnit, aby si ji sám zajistil.

2) Pojištěný je dále povinen se na základě žádosti pojistitele v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně nebo šetřením pojistné události podrobit vyšetření lékařem určeným pojistitelem; je-li takové vyšetření vyžádáno pojistitelem v souvislosti se šetřením pojistné události, uhradí pojistitel náklady na takové vyšetření (včetně souvisejících nákladů na dopravu k takovému lékaři obvyklým hromadným dopravním prostředkem v rámci České republiky). Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojistitel není povinen hradit náklady na jakékoli jiné lékařské prohlídky či vyšetření.

3) Pojištěný souhlasí s tím, aby pojistitel předával informace o pojištěném a jeho zdravotním stavu svým odborným konzultantům nebo znalcům, pokud budou ve vztahu k těmto informacím vázáni povinností mlčenlivosti.

Článek 16
Stanovení průměrného měsíčního příjmu

1) Pojištění, u kterých pojistitel zjišťuje příjem pojištěného, jsou specifikována v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.

2) Průměrný měsíční příjem pojištěného se stanoví, pokud jde o:
a) zaměstnance: z průměrné měsíční částky příjmů ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů (zejména mzdy, platu či z dohody o pracovní činnosti) za poslední tři měsíce,
b) osobu samostatně výdělečně činnou: z poloviny příjmů z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů, které připadají na jeden měsíc za poslední zdaňovací období.

3) Příjmy pro účely stanovení průměrného měsíčního příjmu dokládá zaměstnanec potvrzením svého zaměstnavatele a popřípadě i pracovní smlouvou či mzdovým výměrem a osoba samostatně výdělečně činná kopií svého přiznání k dani z příjmů fyzických osob opatřenou razítkem podatelny příslušného finančního úřadu; pojištěný je povinen takto doložit příjmy vždy při sjednávání či změně pojištění, u kterých se podle příslušných zvláštních pojistných podmínek zjišťuje příjem pojištěného, a v souvislosti s pojistnou událostí z takového pojištění nebo v jiných případech na žádost pojistitele.

4) Je-li pojištěný zaměstnán u více zaměstnavatelů, může doložit příjmy od všech takových zaměstnavatelů nebo jen od některého či některých z nich.

5) Má-li pojištěný současně příjmy ze zaměstnání nebo jiné závislé činnosti i příjmy z podnikání jako osoba samostatně výdělečně činná, dokládá příjmy z obou těchto činností stejnou formou jako osoba samostatně výdělečně činná.

6) Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu (nejpozději však do čtrnácti dnů) a v písemné formě snížení svého průměrného měsíčního příjmu o více než dvacet procent oproti příjmu sdělenému pojistiteli při uzavírání pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud:
a) takové snížení trvá u zaměstnance alespoň tři měsíce, nebo
b) u osoby samostatně výdělečně činné dojde k takovému snížení oproti předchozímu zdaňovacímu období.

7) Dojde-li ke snížení průměrného měsíčního příjmu pojištěného v rozsahu podle předchozího odstavce, může pojistitel odpovídajícím způsobem snížit pojistnou částku, při jejímž stanovení se vycházelo z původní výše průměrného měsíčního příjmu pojištěného, a související pojistné. Pojistitel je povinen oznámit pojistníkovi nově stanovenou pojistnou částku a výši pojistného nejpozději jeden měsíc přede dnem splatnosti běžného pojistného za pojistné období, od kterého má nová pojistná částka a výše pojistného platit.

8) Pokud pojistitel nemůže snížit pojistnou částku podle předchozího odstavce v důsledku porušení povinnosti pojištěného oznámit pojistiteli snížení průměrného měsíčního příjmu podle odst. 6), může pojistitel snížit pojistné plnění tak, aby odpovídalo sníženým pojistným částkám podle předchozího odstavce.

Článek 17
Vinkulace a zástavní právo k pohledávkám z pojištění

1) Pojistné plnění lze vinkulovat; pokud je však pojistník odlišný od pojištěného, může pojistné plnění vinkulovat pouze se souhlasem pojištěného. Pojistné plnění pro případ smrti může pojistník vinkulovat bez souhlasu obmyšleného. Na odkupné se vinkulace nevztahuje, není-li v dohodě o vinkulaci uvedeno jinak. Účinnost vinkulace nastává dnem, kdy se pojistitel a pojistník na vinkulaci dohodnou.

2) Pohledávky na plnění z pojištění (například pojistné plnění, odkupné nebo vrácení přeplatku na pojistném) včetně budoucích pohledávek lze zastavit nebo postoupit; pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může takovou pohledávku zastavit nebo postoupit pouze se souhlasem pojištěného (s výjimkami stanovenými občanským zákoníkem).

3) Zástavní dlužník či postupitel (tj. pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo jiná osoba, které vznikne pohledávka na plnění z pojištění) musí pojistiteli oznámit vznik zástavního práva či existenci postoupení pohledávky podle předchozího odstavce, neprokáže-li mu ji příslušný zástavní věřitel či postupník.

Článek 18
Forma jednání

1) Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, nestanoví-li občanský zákoník jinak.

2) V případě, že bude přijetí návrhu pojistitele (dále jen **nabídka**) na uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně ze strany pojistníka shledáno neplatným z důvodu nedodržení písemné formy nebo jiného důvodu, a pojistník přesto uhradí první pojistné či jeho splátku ve výši a lhůtě uvedené v nabídce (není-li lhůta v nabídce uvedena, do jednoho měsíce od doručení nabídky), považuje se nabídka za přijatou zaplacením tohoto prvního pojistného či jeho splátky.

3) Právní jednání, oznámení a žádosti vyžadují písemnou formu, mají-li vliv na:
a) trvání a zánik pojištění,
b) změny pojistného,
c) změny rozsahu pojištění,
d) změny obmyšleného.

4) Právní jednání, pro které je nutná písemná forma, je platné, zejména je-li vlastnoručně podepsáno jednající osobou, je-li učiněno prostřednictvím datové schránky, je-li opatřeno zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona či je-li učiněno prostřednictvím internetové aplikace pojistitele se zabezpečeným přístupem.

5) Právní jednání, oznámení a žádosti neuvedené v odst. 3) mohou být učiněny písemně, telefonicky, e-mailem, prostřednictvím internetové aplikace pojistitele nebo prostřednictvím datové schránky, pokud pojistitel doručování do datové schránky umožňuje. To platí zejména pro hlášení pojistné události, pro oznámení pojistníka nebo pojištěného ohledně změny příjmení, adresy bydliště, korespondenční adresy a dalších kontaktních údajů, uvedených ve smlouvě, a žádost pojistníka o změnu způsobu placení běžného pojistného (vyjma placení pojistného na základě souhlasu s inkasem z účtu). Právní jednání, oznámení a žádosti dle tohoto odstavce učiněné jinak než v písemné formě musí být dodatečně doplněny písemnou formou, vyžádá-li si to pojistitel.

6) V záležitostech pojistného vztahu, zejména v souvislosti se správou pojištění a řešením pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění i elektronickými nebo jinými technickými prostředky (například telefon, SMS, e-mail, fax, datová schránka), pokud není dohodnuto jinak. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy a k charakteru sdělovaných informací.

7) Právní jednání, oznámení a žádosti jsou účinné vůči druhé smluvní straně, jakmile jí byly doručeny.

Článek 19
Doručování

1) Písemnosti doručované prostřednictvím držitele poštovní licence budou zasílány:
a) pojistiteli na adresu **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice**, popřípadě jinou adresu, kterou pojistitel pojistníkovi oznámí;
b) pojistitelem na korespondenční adresu příslušné osoby (adresáta) uvedenou v pojistné smlouvě či jinak oznámenou pojistiteli. Není-li korespondenční adresa v pojistné smlouvě uvedena či pojistiteli dodatečně oznámena, budou písemnosti zasílány na adresu uvedenou ve smlouvě nebo oznámenou pojistiteli jako bydliště nebo trvalý pobyt, popřípadě sídlo takové osoby.

2) Pojistník je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoli změnu korespondenční adresy a adresy svého trvalého pobytu, bydliště nebo sídla. Pokud pojistník zmaří doručení písemnosti tím, že pojistiteli řádně neoznámí změnu své korespondenční adresy, adresy svého trvalého pobytu, bydliště či sídla, platí, že zásilka řádně došla třetí pracovní den po odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak patnáctý pracovní den po odeslání.

3) Nejde-li o doručení podle odst. 4) až 6), je písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenou dnem uvedeným jako den přijetí písemnosti na dodejce (doručence) a písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou bez dodejky, popřípadě odeslaná obyčejnou zásilkou, třetí pracovní den po odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak patnáctý pracovní den po odeslání.

4) Zmaří-li adresát dojití písemnosti tím, že ji odepře převzít, platí, že řádně došla dnem, kdy adresát písemnost odepřel převzít.

5) Zmaří-li adresát dojití písemnosti tím, že si nepřevezme písemnost (odeslanou pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou) uloženou na poště v úložní lhůtě, platí, že řádně došla dnem uplynutí úložní lhůty.

6) Zmaří-li adresát dojití písemnosti jinak, než je uvedeno v předchozích odstavcích (například tím, že neoznačí poštovní schránku svým jménem a příjmením nebo názvem), platí, že řádně došla dnem jejího vrácení pojistiteli.

7) Písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenou i v případě, že ji namísto adresáta převezme jiná osoba (například rodinný příslušník), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.

8) Pokud není dohodnuto jinak, lze písemnosti doručovat i elektronicky (například prostřednictvím datové schránky, internetové aplikace pojistitele, elektronickou zprávou, popřípadě elektronickou zprávou opatřenou zaručeným elektronickým podpisem), a to na kontaktní údaje poskytnuté za účelem elektronické komunikace. Písemnost odeslaná pojistitelem elektronicky na poslední adresátem poskytnutý kontaktní údaj se považuje za doručenou desátý den po jejím odeslání, nelze-li datum jejího doručení zjistit nebo není-li v příslušných právních předpisech stanoveno jinak, i když se adresát o jejím obsahu nedozvěděl, pokud to právní předpis nevylučuje.

9) Písemnosti může doručovat rovněž zaměstnanec pojistitele nebo jiná pojistitelem pověřená osoba, a to zejména na adresy podle odst. 1) písm. b), ale i na jakékoli jiné místo, kde bude adresát ochoten písemnost převzít. Takto doručovaná písemnost se považuje za doručenou dnem jejího převzetí.

Článek 20
Rozhodné právo a rozhodování sporů

1) Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající či s ní související se řídí českým právem.

2) Spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související budou předloženy k rozhodnutí příslušnému soudu v České republice.

Článek 21
Výklad pojmů

Nevyplývá-li z kontextu jinak nebo není-li jinak uvedeno v příslušných zvláštních pojistných podmínkách, mají následující pojmy v textu těchto všeobecných pojistných podmínek i zvláštních pojistných podmínek tento význam:
a) **aktuální věk** znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi aktuálním kalendářním rokem a rokem narození pojištěného,
b) **čekací doba** znamená dobu uvedenou v pojistné smlouvě či v příslušných zvláštních pojistných podmínkách; čekací doba běží ode dne počátku pojištění nebo ode dne účinnosti příslušné dohody o změně pojištění; nastane-li během čekací doby událost, která by jinak byla pojistnou událostí, nevznikne nárok na pojistné plnění buď vůbec, nebo vznikne jen v omezené výši podle pravidel uvedených v pojistné smlouvě nebo v příslušných zvláštních pojistných podmínkách,
c) **klesající pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během trvání pojištění (ode dne vzniku pojištění nebo ode dne účinnosti dohody o jeho změně) snižuje, a to vždy měsíčně v závislosti na sjednané pojistné době, přičemž pojistná částka může klesat pravidelně (lineárně), nebo průběh jejího klesání je nelineární, tj. kopíruje anuitní splácení úvěru podle úrokové míry sjednané v pojistné smlouvě,
d) **konstantní pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během pojistné doby nemění,
e) **obmyšlený** znamená osobu určenou pojistníkem v pojistné smlouvě nebo stanovenou podle příslušných ustanovení občanského zákoníku, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
f) **oceňovací tabulky** znamenají oceňovací tabulky pojistitele pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění a z pojištění pro případ pracovní neschopnosti, podle nichž pojistitel stanoví maximální výši pojistného plnění za příslušná tělesná poškození způsobená úrazem, trvalé následky úrazu a za pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci,
g) **pojistník** znamená osobu, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu,
h) **pojistná částka** znamená částku či důchod stanovené v pojistné smlouvě nebo ve zvláštních pojistných podmínkách, ze kterých se stanoví výše pojistného plnění v případě pojistné události,
i) **pojistné období** znamená období, za které se platí běžné pojistné a které je uvedeno v pojistné smlouvě nebo v těchto všeobecných pojistných podmínkách,
j) **předběžné pojištění** znamená pojištění, které je sjednané na období přede dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění,
k) **předčasné ukončení pojistné smlouvy** znamená zánik či ukončení všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě:
   i) výplatou odkupného na základě žádosti pojistníka o výplatu odkupného,
   ii) dohodou,
   iii) výpovědí ze strany pojistníka,
   iv) pro nezaplacení pojistného, nebo
   v) odvoláním souhlasu pojištěného se zpracováním citlivých osobních údajů,
l) **události, které vznikly v důsledku působení jaderné energie**, znamenají události vzniklé:
   i) z ionizujícího záření nebo kontaminacemi radioaktivitou z jaderného paliva nebo jaderného odpadu anebo ze spalování jaderného paliva,
   ii) z radioaktivních, toxických nebo jinak riskantních anebo kontaminujících vlastností nukleárního zařízení, reaktoru nebo nukleární montáže nebo nukleárního komponentu,
   iii) z působení zbraně využívající atomové nebo nukleární štěpení, syntézu nebo jinou podobnou reakci, radioaktivní síly nebo materiály,
m) **vstupní věk** znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a rokem narození pojištěného,
n) **výroční den počátku pojištění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v měsíci, je výročním dnem poslední den příslušného měsíce,
o) **zákon o daních z příjmů** znamená zákon číslo 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění BEST DOCTORS

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je

ZPPBD O-990/14

Obsah:

Článek 1 Úvodní ustanovení 17
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí 17
Článek 3 Vznik a zánik pojištění 17
Článek 4 Pojistné 17
Článek 5 Pojistné plnění 18
Článek 6 Limity pojistného plnění 18
Článek 7 Výluky z pojištění 19
Článek 8 Povinnosti pojištěného v souvislosti s pojistnou událostí 19
Článek 9 Postup při pojistné události 19
Článek 10 Výklad pojmů 20

Článek 1
Úvodní ustanovení

1) Pojištění BEST DOCTORS (dále též **toto pojištění**) se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchylného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.

2) Toto pojištění je pojištěním škodovým.

Článek 2
Pojistná událost, pojistná nebezpečí

1) Dojde-li během trvání tohoto pojištění k nemoci nebo úrazu pojištěného, jejichž léčba vyžaduje léčebné postupy definované v odst. 3), pojistitel poskytne pojistné plnění ve formě úhrady výdajů za zdravotní služby uvedené v čl. 5 odst. 4).

2) Pojistnou událostí je stanovení diagnózy u pojištěného jeho lékařem, jsou-li u takto diagnostikované nemoci současně splněny následující podmínky:
a) jde o nemoc, jejíž léčba vyžaduje léčebný postup podle následujícího odstavce, na který se toto pojištění vztahuje,
b) první příznaky této nemoci byly poprvé lékařsky zdokumentovány v době trvání pojištění,
c) diagnostikovaná nemoc byla pojistiteli řádně a včas oznámena, a na základě tohoto oznámení byla v době trvání pojištění poskytnuta služba Mezinárodní konzultace, potvrzující léčebné postupy ve smyslu následujícího odstavce.

3) Toto pojištění se v rozsahu uvedeném v těchto zvláštních pojistných podmínkách vztahuje na následující léčebné postupy při léčbě diagnostikované nemoci:
a) Léčebné postupy, jimiž se léčí **zhoubný nádor**, který je charakterizovaný neuspořádaným růstem a šířením nádorových buněk do okolních tkání a orgánů. Zahrnuje i:
   i) leukémii,
   ii) Hodgkinův lymfom,
   iii) nádor popsaný histologicky jako předrakovinový nebo jako takový, který prokazuje první známky maligních změn,
   iv) neinvazivní rakoviny nebo rakoviny „in situ".
b) **Bypass koronární arterie**, tj. operace s použitím bypassových transplantátů na nápravu jedné nebo více koronárních arterií.
c) **Náhrada nebo oprava srdeční chlopně**, tj. celková náhrada nebo oprava jedné nebo více srdečních chlopní za účelem léčby nemoci.
d) **Neurochirurgický zákrok**, tj. chirurgický zásah na mozku nebo v jiných nitrolebečních strukturách, včetně operace benigních nádorů nacházejících se v míše.
e) **Životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů nebo tkání**, tj. transplantace ledviny, části jater, plicního laloku, části slinivky břišní nebo kostní dřeně (autologně nebo alogenně), při které je pojištěný příjemcem od živého kompatibilního dárce. Vyhledání a zabezpečení živého kompatibilního dárce pro pojištěného není závazkem pojistitele a ani Best Doctors. Transplantace musí být nutná z důvodu nezvratné ztráty funkčnosti orgánu určeného na transplantaci.

Článek 3
Vznik a zánik pojištění

1) Toto pojištění lze sjednat pro fyzickou osobu, u které jsou ke dni počátku pojištění současně splněny následující podmínky:
i) vstupní věk není vyšší než 65 roků,
ii) má trvalý pobyt v České republice,
iii) je daňovým rezidentem České republiky,
iv) nevyhledala lékařskou pomoc nebo nebyla léčena v průběhu posledních 10 let z důvodu:
   - rakoviny nebo jakéhokoli typu maligního růstu včetně Hodgkinovy nemoci, nebo
   - jakéhokoliv typu nádoru nebo cysty na mozku nebo v lebce, nebo
   - leukémie nebo jakékoli krevní poruchy vyžadující léčení po dobu více než jednoho měsíce, nebo
   - jakékoli formy onemocnění srdce, nebo
   - jakékoli formy mrtvice nebo krvácení do mozku, nebo
   - cukrovky.
v) není v lékařské péči z důvodu léčení, kontroly nebo sledování rakoviny nebo onemocnění srdce,
vi) není léčena umělou ledvinou (dialýzou),
vii) nepodrobila se transplantaci orgánu nebo tkáně a ani jí transplantace nebyla doporučena.

2) Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob toto pojištění dále zanikne i uplynutím dne, ve kterém byl dosažen limit pojistného plnění stanovený na dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (pojistná doba).

Článek 4
Pojistné

1) Výše pojistného během pojistné doby závisí na aktuálním věku pojištěného. Pojistné pro jednotlivé věkové kategorie je uvedeno v pojistné smlouvě.

2) Pojistitel může vždy k výročnímu dni počátku pojištění jednostranně upravit výši pojistného, změní-li se podmínky rozhodné pro stanovení výše pojistného, zejména:
a) vzroste-li statisticky podložený výskyt nemocí a lékařských zákroků uvedených v čl. 2 odst. 3) z důvodu lepší diagnostiky v důsledku moderních vyšetřovacích metod,
b) vzrostou-li celosvětově náklady na poskytování zdravotní péče nebo na prováděné chirurgické výkony,
c) na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu tohoto pojištění,
d) oslabí-li kurz české měny (CZK) vůči společné evropské měně (EUR) o více než 10 % za kalendářní rok.

3) Pojistitel je povinen sdělit pojistníkovi upravenou výši pojistného podle předchozího odstavce nejpozději dva měsíce před výročním dnem počátku pojištění, od kterého má být takové upravené pojistné placeno.

4) Svůj nesouhlas s jednostrannou změnou pojistného podle odst. 2) musí

pojistník pojistiteli oznámit v písemné formě nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o takové změně dozvěděl; v takovém případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, za které bylo zaplaceno pojistné.

5) Neoznámí-li pojistník pojistiteli svůj nesouhlas s jednostrannou změnou pojistného, je tato změna účinná od výročního dne počátku pojištění, který bezprostředně následuje po dni, v němž pojistník obdržel písemné sdělení pojistitele o upravené výši pojistného.

Článek 5
Pojistné plnění

1) Pojistným plněním je úhrada výdajů na některou z poskytnutých zdravotních služeb uvedených v čl. 2, pokud je tato zdravotní služba z lékařského hlediska nezbytná a je pojištěnému poskytnuta mimo území České republiky v době trvání pojištění.

2) Pojistné plnění z tohoto pojištění nebude poskytnuto v případě, že pojistná událost nastane do konce šestého měsíce od počátku pojištění z jiného důvodu než následkem úrazu.

3) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že se pojištěný rozhodne v souladu s postupem uvedeným v čl. 8 a 9 těchto zvláštních pojistných podmínek absolvovat léčbu mimo území České republiky a že pojistitel takovouto léčbu schválí. Toto se nevztahuje na úhradu výdajů za léčiva, která byla doporučena pojištěnému prostřednictvím Best Doctors na pokračující léčení v České republice.

4) Toto pojištění se vztahuje na úhradu výdajů:
a) na služby související se zdravotní péčí poskytovanou zdravotnickým zařízením:
   i) ubytování, stravování a všeobecné ošetřovatelské služby poskytnuté po dobu pobytu pojištěného na pokoji, oddělení nebo v jiné části zdravotnického zařízení nebo na jednotce intenzivní péče,
   ii) jiné služby zdravotnického zařízení včetně služeb poskytovaných ambulantním oddělením zdravotnického zařízení, stejně jako náklady na další lůžko nebo lůžko pro doprovázející osobu, pokud zdravotnické zařízení poskytuje tuto službu,
   iii) využití operačního sálu a všech služeb tam zahrnutých,
b) na služby poskytované lékařem, a to výdajů na vyšetření, léčbu a léčebnou péči, chirurgický zákrok a/nebo návštěvy u pojištěného po dobu jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení,
c) na anestezii a podání anestetik, pokud je vykonává kvalifikovaný anesteziolog,
d) na laboratorní analýzu a patologii, rentgen pro diagnostické účely, radioterapii, radioaktivní izotopy, chemoterapii, elektrokardiogramy, echokardiografii, myelogramy, elektroencefalogramy, angiogramy, počítačovou tomografii a jiná podobná vyšetření a léčebné postupy potřebné pro diagnostiku a léčbu nemoci, pokud je vykonává lékař nebo jsou vykonávány pod lékařským dohledem,
e) na krevní transfúze, podání plazmy a séra,
f) na použití kyslíku, aplikaci intravenózních roztoků a injekcí,
g) na léčiva předepsaná lékařem po dobu léčení pojištěného ve zdravotnickém zařízení v zahraničí léčebným postupem uvedeným v čl. 2 odst. 3),
h) na léčiva předepsaná lékařem na pooperační léčení pojištěného a zakoupená pojištěným v zahraničí v době 30 dnů ode dne ukončení léčby poskytnuté pojištěnému mimo území ČR,
i) na léčiva doporučená Best Doctors na pokračující léčení pojištěného v České republice; za tato léčiva, která musí být dostupná na lékařský předpis v České republice a zde rovněž pojištěným zakoupena, je hrazen pouze doplatek nad rámec veřejného zdravotního pojištění, a to do výše limitu uvedeného v pojistné smlouvě; doklad o úhradě tohoto doplatku musí pojištěný předložit pojistiteli do 180 dnů od zakoupení léčiv, jinak nárok na úhradu nevznikne,
j) na převoz a přesun pojištěného pozemní nebo leteckou ambulancí, pokud je toto předepsáno lékařem a předem schváleno pojistitelem v rámci poskytování zdravotní služby,
k) za služby poskytované žijícímu dárci po dobu procesu odstranění orgánu nebo tkáně určených k transplantaci pojištěnému, které vznikají:
   i) při vyšetřovacím procesu za účelem potvrzení potenciálního dárce,
   ii) za služby zdravotnického zařízení poskytnuté dárci, včetně ubytování, stravování a všeobecných ošetřovatelských služeb poskytnutých po dobu pobytu dárce na pokoji, oddělení nebo v jiné části zdravotnického zařízení nebo na jednotce intenzivní péče, pravidelných služeb poskytovaných personálem zdravotnického zařízení, laboratorních testů a využití jiného vybavení jako zařízení zdravotnického zařízení (mimo předmětů pro osobní použití, které se nevyžadují po dobu procesu odstranění orgánu nebo tkáně, které se mají transplantovat),
   iii) za chirurgický zákrok a zdravotní služby k odstranění orgánu nebo tkáně dárce, které se mají transplantovat pojištěnému,
l) na materiály a služby na náhradu nebo transfúzi kostní dřeně nebo transplantace tkáně,
m) na cestu do zdravotnického zařízení (včetně zpáteční cesty) pravidelnou linkou pro pojištěného a jednu doprovázející osobu a/nebo dárce v souvislosti s poskytovanou zdravotní službou, na kterou se toto pojištění vztahuje a která je vykonávána mimo území České republiky. Kompletní organizaci cesty zajišťuje Best Doctors, a to:
   i) určení data odjezdu pojištěného a doprovázející osoby a/nebo dárce; toto datum bude určeno po dohodě s pojištěným; v případě změny data odjezdu pojištěným nebo jakoukoli třetí osobou jednající jménem pojištěného, bude po pojištěném požadována úhrada všech nákladů spojených s organizací nové cesty; to neplatí v případě, pokud změna data odjezdu byla z lékařského hlediska nezbytná a byla odsouhlasena Best Doctors,
   ii) zajištění převozu pojištěného a jedné doprovázející osoby a/nebo dárce z místa bydliště pojištěného na určené letiště nebo mezinárodní vlakové nádraží; je-li to nutné, personál Best Doctors doprovodí pojištěného z místa jeho bydliště na letiště nebo mezinárodní vlakové nádraží,
   iii) zakoupení jízdenky nebo letenky economy class,
   iv) zajištění převozu pojištěného a jedné doprovázející osoby a/nebo dárce z letiště nebo mezinárodního vlakového nádraží v místě léčby do předem určeného a dohodnutého hotelu; je-li to nutné, personál Best Doctors doprovodí pojištěného v místě léčby z letiště nebo nádraží do určeného hotelu, jakož i na jeho první cestě z hotelu do určeného zdravotnického zařízení a dále asistuje při příjmu pojištěného do tohoto zdravotnického zařízení a při vyřízení s tím spojených potřebných administrativních formalit,
n) na ubytování pojištěného a jedné doprovázející osoby a/nebo dárce v souvislosti s poskytovanou zdravotní službou, na kterou se toto pojištění vztahuje a která je vykonávána mimo území České republiky; kompletní organizaci ubytování zajišťuje Best Doctors, a to rezervaci dvoulůžkového pokoje v kvalitě odpovídající tříhvězdičkovému nebo čtyřhvězdičkovému hotelu; hotel je vybrán na základě zvážení polohy hotelu a určeného zdravotnického zařízení; maximálně však ve vzdálenosti 10 km; v případě změny data odjezdu pojištěným nebo jakoukoli třetí osobou jednající jménem pojištěného bude po pojištěném požadována úhrada všech nákladů spojených s organizací nového ubytování; to neplatí v případě, pokud změna data odjezdu byla z lékařského hlediska nezbytná a byla odsouhlasena Best Doctors,
o) na převoz tělesných pozůstatků pojištěného a/nebo dárce na místo pohřbení v České republice, včetně transportní rakve, balzamování a administrativních formalit, a to v případě úmrtí v důsledku lékařského postupu, na který se toto pojištění vztahuje.

5) Vedle úhrady výdajů uvedených v odst. 4) bude pojištěnému poskytnuto pojistné plnění ve výši 2 500 Kč, a to za každých 24 hodin hospitalizace mimo území ČR, maximálně však po dobu 60 dnů.

Článek 6
Limity pojistného plnění

1) Limity pojistného plnění (v úhrnu za pojištěného, doprovázející osobu a dárce) pro toto pojištění jsou uvedeny v pojistné smlouvě.

2) Pojistitel může vždy k výročnímu dni počátku pojištění jednostranně upravit výši limitů pojistného plnění, změní-li se podmínky rozhodné pro jejich stanovení, zejména:
a) vzroste-li statisticky podložený výskyt nemocí a lékařských zákroků uvedených v čl. 2 odst. 3) z důvodu lepší diagnostiky v důsledku moderních vyšetřovacích metod,
b) vzrostou-li celosvětově náklady na poskytování zdravotní péče nebo na prováděné chirurgické výkony,
c) na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu tohoto pojištění,
d) oslabí-li kurz české měny (CZK) vůči společné evropské měně (EUR) o více než 10 % za kalendářní rok.

3) Pojistitel je povinen sdělit pojistníkovi upravenou výši limitů pojistného plnění podle předchozího odstavce nejpozději dva měsíce před výročním dnem počátku pojištění, od kterého má být tato změna účinná.

4) Svůj nesouhlas s jednostrannou změnou limitů pojistného plnění podle odst. 2) musí pojistník pojistiteli oznámit v písemné formě nejpozději do

jednoho měsíce ode dne, kdy se o takové změně dozvěděl, v takovém případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, ve kterém pojistitel obdržel písemné sdělení pojistníka.

5) Neoznámí-li pojistník pojistiteli svůj nesouhlas s jednostrannou změnou limitů pojistného plnění, je tato změna účinná od nejbližšího výročního dne počátku pojištění po dni, ve kterém pojistník obdržel písemné sdělení pojistitele o upravené výši limitů.

Článek 7
Výluky z pojištění

1) Toto pojištění se nevztahuje na úhradu výdajů:
a) v důsledku nemoci, jejíž první příznaky byly poprvé lékařsky zdokumentovány či byla diagnostikována v posledních 10 letech přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jejíž příznaky se projevily před tímto dnem; to se týká též zhoršení nebo projevení se nemoci, k němuž dojde v důsledku úrazu,
b) na léčbu alkoholizmu, drogové závislosti a/nebo stavu způsobeného užíváním alkoholu či jiné návykové (omamné, toxické či psychotropní) látky s výjimkou případů, kdy tyto látky byly obsaženy v lécích, které taková osoba užila způsobem předepsaným lékařem, a zároveň nebyla lékařem upozorněna, nebo v příbalovém letáku nebylo uvedeno, že v době působení takového léku nesmí být vykonávána činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události,
c) na experimentální léčbu stejně jako na diagnostické, terapeutické a/nebo chirurgické postupy, jejichž bezpečnost a spolehlivost nebyly řádně vědecky dokázány,
d) přímo nebo nepřímo souvisejících s HIV pozitivitou nebo onemocněním AIDS a jejich léčbou, včetně nemoci Kaposiho sarkom,
e) na alternativní léčbu, i když je předepsána lékařem,
f) v případech, kdy je transplantace orgánu doporučena lékařem, ale nejsou hrazeny výdaje na jakoukoli jinou zdravotní péči z lékařského hlediska nezbytnou z důvodu této nemoci,
g) na léčbu nemoci, která byla způsobena transplantací orgánu, mimo případů, na které se toto pojištění vztahuje,
h) za zdravotní služby poskytnuté pojištěnému na území České republiky,
i) za zdravotní služby poskytnuté pojištěnému celosvětově v době, kdy nebyl daňovým rezidentem České republiky v období 12 měsíců přede dnem zahájení procesu služby Mezinárodní konzultace podle čl. 9 odst. 1),
j) za zdravotní služby poskytnuté pojištěnému v domácí péči,
k) za zdravotní služby poskytnuté v lázeňském nebo rehabilitačním zařízení, hospici nebo domově sociálních služeb, a to i když se takovéto služby požadují nebo jsou potřebné z důvodu nemoci nebo lékařského postupu, na které se toto pojištění vztahuje,
l) za rehabilitace poskytnuté v nemocnici, lázeňském nebo rehabilitačním zařízení, hospici nebo domově sociálních služeb, a to i když se takovéto služby požadují nebo jsou potřebné z důvodu nemoci nebo lékařského postupu, na které se toto pojištění vztahuje,
m) na protézy nebo ortopedické pomůcky, korzety, bandáže, berle, umělé končetiny nebo orgány, paruky, ortopedickou obuv, podpěry a podobné položky, s výjimkou prsních protéz potřebných po mastektomii a protéz srdečních chlopní,
n) na léčiva, která nebyla schválena oprávněným farmaceutem (nebo jinou, v příslušném státě oprávněnou osobou), nebo taková, která se dají získat bez lékařského předpisu,
o) v případě senility, poškození mozku nebo poruchy mozkové činnosti, které vedou k psychickým poruchám, bez ohledu na důvod jejich vzniku,
p) na tlumočníka, na telefonické služby a na předměty k osobnímu použití, nebo poplatky, které nejsou lékařské povahy, nebo na služby poskytnuté příbuzným osobám nebo doprovázející osobě,
q) na koupi nebo nájem invalidních vozíků, speciálních postelí, klimatizačních přístrojů, čističek vzduchu nebo jiného podobného vybavení,
r) na cestu pojištěného, doprovázející osoby a/nebo dárce z hotelu do zdravotnického zařízení a zpět,
s) na stravování pojištěného, doprovázející osoby a/nebo dárce v průběhu dne a další výdaje spojené s pobytem v hotelu,
t) vzniklých pojištěnému, příbuzným, doprovázející osobě nebo dárci, s výjimkou těch, na které se toto pojištění výslovně vztahuje.

Výdaje uvedené pod písm. h) až l) nejsou hrazeny ani v případě, kdy se jednalo o zdravotní služby z lékařského hlediska nezbytné.

2) Toto pojištění se dále nevztahuje na úhradu výdajů v souvislosti s jednotlivými léčebnými postupy při léčbě diagnostikovaného onemocnění, a to:
a) výdajů v případě léčby:
   i) nádoru za přítomnosti syndromu získané imunodeficiencie (AIDS),
   ii) rakoviny kůže mimo maligních melanomů,
b) výdajů v případě „Bypass-u“ koronární artérie, pokud jde o koronární onemocnění léčené pomocí jiných technik než „Bypass-u“ koronárních artérií, např. angioplastika,
c) výdajů v případě transplantace od dárce nebo transplantace kostní dřeně, pokud jde o:
   i) transplantaci v důsledku alkoholické cirhózy jater,
   ii) transplantaci provedenou jako samotransplantaci s výjimkou transplantace kostní dřeně,
   iii) transplantaci, kdy je pojištěný dárcem pro třetí stranu,
   iv) transplantaci orgánu nebo tkáně od mrtvého dárce,
   v) transplantaci orgánu nebo tkáně, která zahrnuje léčbu kmenovými buňkami,
   vi) transplantaci umožněnou koupí dárcovských orgánů nebo tkání.

3) Pokud pojištěný nesplní podmínky oznámení pojistné události podle čl. 8, nebo nevyužije mezinárodních poskytovatelů zdravotní péče schválených a doporučených Best Doctors, nebo přijme jakoukoli léčbu mimo území České republiky před vydáním Certifikátu o léčbě v zahraničí, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění.

4) Pojištěný a jeho příbuzní jsou povinni umožnit návštěvy lékařem Best Doctors a/nebo pojistitele v souvislosti se šetřením pojistné události. Nejsou-li tyto návštěvy umožněny, pojistitel nemusí pojistné plnění poskytnout.

Článek 8
Povinnosti pojištěného v souvislosti s pojistnou událostí

Vedle povinností stanovených zejména v čl. 12 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob je pojištěný dále povinen:
a) oznámit pojistnou událost výlučně telefonicky prostřednictvím infolinky pojistitele; kontaktní údaje pojistitele a Best Doctors jsou uvedeny v pojistné smlouvě a na internetových stránkách pojistitele,
b) za účelem zajištění služby Mezinárodní konzultace poskytnout pojistiteli veškerou potřebnou součinnost, zejména bez zbytečného odkladu vyplnit potřebné formuláře a předložit pojistiteli nebo Best Doctors veškerou zdravotní dokumentaci související s diagnostikovanou nemocí a oznámenou pojistnou událostí, dále umožnit návštěvy lékařem pověřeným Best Doctors a/nebo pojistitele v souvislosti se šetřením pojistné události,
c) za účelem zajištění služby Zahraniční léčba:
   i) poskytnout pojistiteli veškerou potřebnou součinnost, zejména bez zbytečného odkladu vyplnit potřebné formuláře, čímž pojištěný projeví vůli s pověřením Best Doctors, aby zabezpečili léčbu ve vybraném zdravotnickém zařízení,
   ii) zpřístupnit Best Doctors potřebnou zdravotní dokumentaci,
   iii) dát souhlas se zpracováním osobních údajů v potřebném rozsahu, zejména s přeshraničním přenosem osobních údajů,
   iv) pověřit Best Doctors, aby zabezpečili další potřebná plnění nutná k realizaci léčby postupem, na který se toto pojištění vztahuje,
d) za účelem vyjasnění rozsahu pojistného plnění doložit na žádost pojistitele nebo Best Doctors další potřebné doklady, případně podstoupit další lékařské vyšetření; na úhradu výdajů za tato vyšetření se pojištění nevztahuje.

Článek 9
Postup při pojistné události

1) Poskytnutí služby **Mezinárodní konzultace**
Na základě oznámení pojistné události podle čl. 8 písm. a) a splnění povinností pojištěného s tím spojených, Best Doctors kontaktuje pojištěného a poskytne mu službu Mezinárodní konzultace. Po ukončení procesu této služby pojistitel nebo Best Doctors pojištěnému oznámí, zda se jedná o pojistnou událost a v takovém případě mu odevzdá odborný lékařský posudek, na jehož základě může být pojištěnému nabídnuta léčba v zahraničí.

2) Poskytnutí služby **Zahraniční léčba**
V případě, kdy Best Doctors nebo pojistitel pojištěnému oznámí, že se jedná o pojistnou událost, a pojištěný písemně sdělí Best Doctors nebo pojistiteli, že má zájem o své léčení mimo území České republiky, Best Doctors zašle pojištěnému potřebné formuláře a seznam doporučených zdravotnických zařízení mimo území České republiky, ve kterých se může realizovat léčba diagnostikované nemoci nebo úrazu pojištěného. Pojištěný si vybere ze seznamu jedno konkrétní zdravotnické zařízení a písemně o tom informuje Best Doctors nebo pojistitele. Best Doctors jménem pojištěného zabezpečí léčbu postupem, na který se toto pojištění vztahuje, ve vybraném zdravotnickém zařízení. Nesplní-li pojištěný svou povinnost podle čl. 8 písm. d), pojistitel může poskytnutí služby Zahraniční léčba odmítnout. Nevybere-li si pojištěný žádné zdravotnické zařízení ze seznamu doporučených zdravotnických zařízení v době 3 měsíců od obdržení seznamu, je nutné požádat Best Doctors o zaslání nového seznamu zdravotnických zařízení.

Před obdržením nového seznamu zdravotnických zařízení bude znovu provedena služba Mezinárodní konzultace s ohledem na aktuální zdravotní stav pojištěného.

3) **Certifikát o léčbě v zahraničí**
Best Doctors po obdržení písemného oznámení pojištěného o výběru zdravotnického zařízení a vyplněných a podepsaných formulářů, zašle pojištěnému Certifikát o léčbě v zahraničí (dále jen „Certifikát") platný jen pro dané zdravotnické zařízení a zorganizuje potřebné kroky pro zabezpečení přepravy a přijetí pojištěného do vybraného zdravotnického zařízení. Certifikát umožní pojištěnému přístup ke zdravotní péči z lékařského hlediska nezbytné ve smyslu čl. 10 odst. 2) písm. q). Vydáním Certifikátu se pojistitel zavazuje hradit výdaje, na které se pojištění vztahuje podle čl. 5 odst. 4). Certifikát je platný po dobu tří měsíců ode dne jeho vydání. Pokud pojištěný nezahájí léčbu v daném zdravotnickém zařízení v průběhu této doby, Certifikát se stane neplatným a pojištěný musí požádat o vydání nového Certifikátu.

Článek 10
Výklad pojmů

1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplývá-li z kontextu jinak.

2) Nevyplývá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:

a) **alternativní léčba** znamená léčebné postupy a produkty, které nejsou považovány za součást klasické medicíny nebo standardní léčebné postupy, kdy za alternativní léčbu jsou považovány např. akupunktura, aromaterapie, chiropraktická medicína, homeopatie, naturopatická a osteopatická medicína,
b) **Best Doctors** znamená společnost Best Doctors Services, S.L.U., C / Almagro 36-1, 28010 Madrid, Spain, tax identification code (CIF) number B - 86661857, která poskytuje služby Mezinárodní konzultace (InterConsultation™) a Zahraniční léčba (FindBestCare™),
c) **Certifikát o léčbě v zahraničí** znamená dokument vydávaný Best Doctors garantující léčbu v konkrétním zdravotnickém zařízení mimo území České republiky,
d) **experimentální léčba** znamená léčbu, proceduru, zdravotnický nebo farmaceutický produkt použitý pro léčbu nebo operační výkon, jež nebyly oficiálně uznány renomovanými vědeckými organizacemi s mezinárodní akreditací, jako bezpečný, efektivní a vhodný způsob pro léčbu nemocí nebo zranění, nebo léčbu, která je zařazena do studie, výzkumu, testování nebo jakéhokoli stádia klinického experimentu,
e) **hospitalizace** znamená pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu pojištěného nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení,
f) **lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi (osoba, která je oprávněná ve smyslu všeobecně závazných právních předpisů poskytovat zdravotní službu) a který není pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
g) **léčiva** znamená léčivé přípravky a léčivé látky prezentované s tím, že mají léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí; dále se tím též rozumí látka nebo kombinace látek, kterou lze použít u lidí nebo podat lidem, a to za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku,
h) **limit pojistného plnění** znamená částku dohodnutou v pojistné smlouvě, která představuje maximální výši pojistného plnění za všechny pojistné události, které nastanou v daném období,
i) **neinvazivní rakovina nebo rakovina „in situ"** znamená maligní nádor, který je omezený na epitel, kde vznikl, a nenapadl podpůrné vazivové tkáně nebo okolní tkáně. Jde o preinvazivní maligní nádor diagnostikovaný v úvodní fázi s příznivou prognózou, pokud se úplně odstraní,
j) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou poruchu zdravotního stavu pojištěného,
k) **nemocnice** znamená lůžkové zdravotnické zařízení poskytující základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči na lůžkách akutní nebo neodkladné péče za účelem vyšetření, diagnostiky, ošetření nebo léčení pojištěného,
l) **pojistný rok** znamená období od počátku pojištění, resp. výročního dne počátku pojištění, do dne, který předchází následujícímu výročnímu dni počátku pojištění,
m) **protéza** znamená prostředek, který nahrazuje orgán nebo jeho část, funkci nebo část funkce nefungující nebo nesprávně fungující části těla,
n) **služba Mezinárodní konzultace** znamená proces přípravy a vypracování strukturovaného odborného lékařského posudku světově uznávaným lékařským odborníkem určeným Best Doctors. Tento posudek bude vypracovaný na základě hloubkové kontroly lékařských informací o pojištěném a podkladového diagnostického materiálu pojištěného; jedná se o službu poskytovanou Best Doctors pod názvem InterConsultation™,
o) **služba Zahraniční léčba** znamená službu, při které Best Doctors jménem pojištěného vybírá zdravotnické zařízení mimo území České republiky, dojednává termíny s poskytovateli zdravotní péče, organizuje všechny detaily ohledně lékařské péče, včetně přijetí do nemocnice, ubytování v hotelu, přepravy a zákaznického servisu; Best Doctors dále zajišťuje sledování poskytované zdravotní péče s cílem dohlížet nad její vhodností; kromě toho Best Doctors spravuje zpracování a platbu nároků zdravotnických zařízení na odměnu za poskytnuté služby, zabezpečuje, aby byla fakturace za tyto služby přiměřená, bez duplicit, chyb a nesprávností, a zajišťuje, že všechna cenová zvýhodnění zabezpečená prostřednictvím smluvních ujednání Best Doctors s poskytovateli zdravotní péče budou skutečně poskytnuta; jedná se o službu poskytovanou Best Doctors pod názvem FindBestCare™,
p) **úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt,
q) **zdravotní péče z lékařského hlediska nezbytná** znamená poskytování služeb, léčby a produktů (léčiva, zdravotnický materiál a lékařské předpisy), které:
   i) jsou nutné k tomu, aby splnily základní potřeby péče o zdraví pojištěného,
   ii) jsou poskytovány lékařsky nejvhodnějším způsobem prostřednictvím typu zařízení vhodného pro poskytování zdravotních služeb, při zohlednění nákladů a kvality péče,
   iii) jsou shodné, pokud se týká typu, frekvence a trvání léčby s vědecky doloženými pokyny lékařských a výzkumných organizací nebo zdravotních pojišťoven nebo státních výkonných orgánů, které pojistitel akceptuje,
   iv) jsou konzistentní se zdravotním stavem nebo onemocněním pojištěného,
   v) jsou požadovány z jiných důvodů, než je pohodlí pojištěného nebo jeho lékaře a zároveň jsou prokázané v běžné lékařské literatuře jako:
      i) bezpečné a účinné pro léčbu nebo diagnostiku zdravotního stavu nebo nemoci, pro které je jejich použití navrženo nebo
      ii) bezpečné a s příslibem účinnosti:
         - na léčbu život ohrožujícího stavu nebo nemoci,
         - v klinicky kontrolovaném výzkumném prostředí (biomedicínský výzkum).