

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob



Pro život jaký je

VPP O-901/17

POJIŠTĚNÍ OSOB

Obsah:

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

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., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (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 pro vznik 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:

- a) posledním dnem sjednané pojistné doby;
- b) dnem zániku pojistného zájmu nebo zániku pojistného nebezpečí;
- c) smrtí pojištěného; smrtí hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, smrtí jiného než hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění pouze tohoto pojištěného, avšak pojištění ostatních pojištěných zůstávají nedotčena;
- d) dnem smrti pojistníka či dnem zániku pojistníka (právnícké osoby) bez právního nástupce, jde-li o skupinové pojištění;
- e) dnem výplaty odkupného pojistitelem na žádost pojistníka.

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 osmidenácti 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 podle odst. 5) a 6) se pojistná smlouva zrušuje od počátku a smluvní strany jsou povinny si vrátit vše, co již bylo ze smlouvy plněno.

8) Odmítne-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle čl. 13 odst. 5), zanikne pojištění dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění.

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

10) 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, respektive 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, respektive 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. Pojistné nelze platit v hotovosti.

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 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 obecné závazné právní předpisy nebo ustálená soudní praxe, které mají vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění, nebo
- b) změní-li se obecné 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 nezankne, 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,
 - 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) teroristických činů, tj. násilných činů poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část, pokud se pojištěný na teroristickém činu aktivně podílel,
 - e) obecného ohrožení vlivem působení jaderné energie, chemické nebo biologické kontaminace (viz čl. 21 písm. b), d) a o)).

2) Pokud však v důsledku události podle předchozího odstavce dojde ke smrti pojištěného, poskytne pojistitel pojistné plnění ze životního pojištění ve výši rezervy pojištění vytvořené ke dni úmrtí pojištěného, včetně podílu na zisku příslušného 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 přepočtení 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 pojištěný 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 Oceňovacích tabulek, se použijí 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 poznatků medicíny a zjištění pojistitele při vyřizování pojistných událostí. Pokud dojde k jejich změně, oznámí to pojistitel pojistníkovi písemně; nová verze Oceňovacích tabulek bude současně dostupná na internetových stránkách pojistitele a také v jeho obchodních prostorách. Pojistník může pojištění dotčené změnou Oceňovacích tabulek vypovědět, a to nejpozději do jednoho měsíce od obdržení 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 sjednáváním pojištění 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) na příslušném formuláři 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; pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na internetových stránkách pojistitele,
- b) podat pojistiteli pravdivě a úplně 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; u dokumentů v jiném než českém, anglickém nebo německém jazyce musí být zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka; 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,
- d) nést náklady spojené s kontrolní lékařskou prohlídkou nebo vyšetřením, které si příslušná osoba sama vyžádala; tyto náklady pojistitel uhradí pouze tehdy, poskytne-li na základě kontrolního vyšetření další pojistné plnění.

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 tážán 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 povinností 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 povinností 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 povinností.

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 užíla 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 pojistné plnění

- a) snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s trestným činem pojištěného či oprávněné osoby, pro který byly tyto osoby pravomocně odsouzeny,
- b) zamítnout, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s úmyslným trestným činem pojištěného či oprávněné osoby.

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 nepravdivě 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 nepravdivě 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) újm vzniklých v důsledku porušení povinností 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) zapláceno 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 zdravotnickou 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:

- zaměstnance: z průměrné měsíční částky příjmu ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů (zejména mzdy, platu či z dohody o pracovní činnosti) za poslední tři měsíce,
- osobu samostatně výdělečně činnou: z poloviny příjmu ze samostatné 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 kopii svého příznání 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 ze samostatné činnosti 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 tří měsíců) 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:

- takové snížení trvá u zaměstnance alespoň tři měsíce, nebo
- 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 před 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:

- trvání a zánik pojištění,
- změny pojistného,
- změny rozsahu pojištění,
- změny obmyšleného.

4) Právní jednání, pro které je nutná písemná forma, je platné, zejména je-li vlastnoručně podepsáno jednajícím 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 zaslány:
 - a) pojistiteli na adresu **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice**, popřípadě jinou adresu, kterou pojistitel pojištníkovi oznámí;
 - b) pojižitelem 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 zaslány na adresu uvedenou ve smlouvě nebo oznámenou pojistiteli jako bydliště nebo trvalý pobyt, popřípadě sídlo takové osoby.
- 2) Pojištník je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoli změnu korespondenční adresy a adresy svého trvalého pobytu, bydliště nebo sídla. Pokud pojištník 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 pojižitelem doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenu dnem uvedeným jako den přijetí písemnosti na dodejce (doručence) a písemnost odeslaná pojižitelem 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 dojiti písemnosti tím, že ji odepře převzít, platí, že řádně došla dnem, kdy adresát písemnost odepřel převzít.
- 5) Zmaří-li adresát dojiti písemnosti tím, že si nepřevzme písemnost (odeslanou pojižitelem 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 dojiti 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 pojižitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu 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 pojištěte, elektronickou zprávou, popřípadě elektronickou zprávou opatřenou zaručeným elektronickým podpisem), a to na kontaktní údaj poskytnutý za účelem elektronické komunikace. Písemnost odeslaná pojižitelem elektronicky na poslední adresátem poskytnutý kontaktní údaj se považuje za doručenu 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 pojištěte nebo jiná pojižitelem 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 doručenu 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.
- 3) Subjektem věcně příslušným k mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů ze životního pojištění je Finanční arbitr, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.financniarbitr.cz. Subjektem věcně příslušným k mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů z úrazového pojištění a pojištění pro případ nemoci je Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Článek 21 Výklad pojmů

Nevyplyvá-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) **biologická kontaminace** znamená například nákazu potravin jejich oslizením, hnilobou, napadením plísními nebo zapařením, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
- c) **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, nárok na pojistné plnění nevznikne,
- d) **chemická kontaminace** znamená například kontaminaci zemědělské půdy jako součásti životního prostředí a její vliv na kvalitu pěstovaných plodin a z nich vyráběných potravin, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
- e) **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,
- f) **konstantní pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během pojistné doby nemění,
- g) **obmyšlený** znamená osobu určenou pojištníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
- h) **Oceňovací tabulky** znamenají oceňovací tabulky pojištěte pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění a z pojištění pro případ pracovní neschopnosti, podle nichž pojišitel stanoví maximální výši pojistného plnění za příslušná tělesná poškození způsobená úrazem, trvalé následky úrazu a za pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci,
- i) **pojištník** znamená osobu, která uzavřela s pojižitelem pojistnou smlouvu,
- j) **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,
- k) **pojistné období** znamená období, za které se platí běžné pojistné a které je uvedeno v pojistné smlouvě nebo v těchto všeobecných pojistných podmínkách,
- l) **právní jednání** znamenají taková jednání (konání i opomenutí) účastníků pojištění, se kterými jsou spojeny právní následky, zejména uzavření pojistné smlouvy, její změna, zánik pojištění, uplatnění a vyřízení nároků z pojištění a podobně,
- m) **předběžné pojištění** znamená pojištění, které je sjednané na období přede dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění,
- n) **předčasné ukončení pojistné smlouvy** znamená zánik či ukončení všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě:
 - i) výplatu odkupného na základě žádosti pojištníka o výplatu odkupného,
 - ii) dohodou,
 - iii) výpovědí ze strany pojištníka,
 - iv) pro nezaplacení pojistného, pokud pojištění nepřejde do stavu bez placení pojistného,
- o) **události, které vznikly v důsledku působení jaderné energie**, znamenají události vzniklé:
 - i) 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,
- p) **věk** pro účely pojištění znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a rokem narození pojištěného,
- q) **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,
- r) **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



Pro život jaký je

ZPPBD O-990/14

Obsah:

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

- jde o nemoc, jejíž léčba vyžaduje léčebný postup podle následujícího odstavce, na který se toto pojištění vztahuje,
- první příznaky této nemoci byly poprvé lékařsky zdokumentovány v době trvání pojištění,
- 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:

- Léčebné postupy, jimiž se léčí **zhoubný nádor**, který je charakterizovaný neuspořádaným růstem a šířením nádorových buněk do okolních tkání a orgánů. Zahrnuje i:
 - leukémii,
 - Hodgkinův lymfom,
 - nádor popsaný histologicky jako předrakovinový nebo jako takový, který prokazuje první známky maligních změn,
 - neinvazivní rakoviny nebo rakoviny „in situ“.
- Bypass koronární arterie**, tj. operace s použitím bypassových transplantátů na nápravu jedné nebo více koronárních arterií.
- Náhrada nebo oprava srdeční chlopně**, tj. celková náhrada nebo oprava jedné nebo více srdečních chlopní za účelem léčby nemoci.
- Neurochirurgický zákrok**, tj. chirurgický zásah na mozku nebo v jiných nitrolebečních strukturách, včetně operace benigních nádorů nacházejících se v míše.
- 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:

- vstupní věk není vyšší než 65 roků,
- má trvalý pobyt v České republice,
- je daňovým rezidentem České republiky,
- 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.
- není v lékařské péči z důvodu léčení, kontroly nebo sledování rakoviny nebo onemocnění srdce,
- není léčena umělou ledvinou (dialýzou),
- 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:

- vzroste-li statisticky podložený výskyt nemocí a lékařských zákroků uvedených v čl. 2 odst. 3) z důvodu lepší diagnostiky v důsledku moderních vyšetřovacích metod,
- vzrostou-li celosvětově náklady na poskytování zdravotní péče nebo na prováděné chirurgické výkony,
- na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu tohoto pojištění,
- 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 zapláceno 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 takovou 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 ošetrovatelské 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, za služby zdravotnického zařízení poskytnuté dárci, včetně ubytování, stravování a všeobecných ošetrovatelských 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 předmět 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 projeví 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 léčích, které taková osoba užíla 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 lůžkovém 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, lůžkovém 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 tlumočnická, 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, čističků 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 arterie, pokud jde o koronární onemocnění léčené pomocí jiných technik než „Bypass-u“ koronárních arterií, 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 dárce 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 organizuje 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) Nevplývá-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 nemoci 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) **neinvasivní 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 preinvasivní 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 zabezpečena 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 prokázány 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).