



POJISTNÉ PODMÍNKY PREMIUM – ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

PREMIUM 1/11

s platností od 1. listopadu 2011

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků **soukromého zdravotního pojištění** cizinců Premium (dále jen „pojištění“) se řídí právním řádem České republiky. Na pojištění se vztahují zejména příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), občanského zákoníku č. 40/1964 Sb., ve znění pozdějších předpisů, tyto pojistné podmínky, ustanovení uvedená v pojistné smlouvě a jejich přílohách a v dalších dokumentech v českém jazyce, které jsou její součástí.
- Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé **Pojišťovna VZP, a.s.**, Jankovcova 1566/2b, 170 00 Praha 7, Česká republika, IČ: 27116913, zapsaná v obch. rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 9100 (dále jen „pojistitel“).
- Pojištění splňuje požadavky zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a to bez ohledu na zvolený typ pojištění.**

Čl. 2

Vymezení pojmů

- Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.
- Pojištěný** (pojištěná osoba) je osoba, na jejíž zdraví se pojištění vztahuje.
- Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
- Pojistka** je písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, které pojistitel vydává pojistníkovi; slouží také jako doklad o zaplacení jednorázového pojistného.
- Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení o vzniku pojištění, které pojistitel vydává pro potřeby pojištěného; slouží k uplatnění práva na pojistné plnění.
- Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost specifikovaná v čl. 4, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Jedna pojistná událost** je pojistná událost vzniklá z pojištění jedné osoby, z jediné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná, časová nebo jiná přímá souvislost.
- Doba platnosti pojistné smlouvy** je doba, na kterou byla sjednaná platnost celé pojistné smlouvy.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Předčasným zánikem pojištění se tato doba nezkracuje.
- Čekací doba** je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba se počítá ode dne počátku pojistné doby.
- Doba trvání pojištění** je skutečná doba, po kterou pojištění bylo v účinnosti.
- Jednorázovým pojistným** je pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno. Jednorázové pojistné náleží pojistiteli vždy celé.
- Pojistným nebezpečím** je možná příčina vzniku pojistné události.
- Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí náhle a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických) nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.
- Poporodní péče o novorozence** je zdravotní péče navazující bezprostředně na porod bez přerušení kontinuity hospitalizace, s výlukami uvedenými v čl. 5.
- Novorozence** se pro účely tohoto pojištění rozumí dítě od narození do konce 3. měsíce věku.
- Sjednaný **typ pojištění** je uveden v pojistné smlouvě. Je-li sjednán typ pojištění:
“**Standard**“ (označeno také “**SD**“), pojištění se nevztahuje na události, za které je pojistné plnění podmíněno sjednáním typu pojištění Novorozence nebo Profesionální sporty,
“**Profesionální sporty**“ (označeno také “**PS**“), neuplatňuje se výluka uvedená v čl. 5, odst. 2., písm. e),
“**Novorozence**“ (označeno také “**N**“ nebo “**Poporodní péče o novorozence**“), neuplatňuje se výluka uvedená v čl. 5, odst. 2., písm. f).

Čl. 3

Účel a předmět pojištění

- Pojištění se sjednává jako **škodové** ve prospěch pojištěného.
- Účelem pojištění je náhrada škody vzniklé v důsledku pojistné události.
- Předmětem pojištění je zdraví pojištěného.

Čl. 4

Pojistná událost. Rozsah a splatnost pojistného plnění

- Pojistnou událostí je, s výlukami uvedenými v čl. 5, škoda vzniklá na předmětu pojištění z pojistného nebezpečí **změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu nebo jiné úkony související se zdravotním stavem pojištěného** vzniklé v době trvání pojištění, po uplynutí čekací doby a při pobytu pojištěného v České republice. Čekací doba se pro případy úhrady zdravotní péče z důvodu:
- těhotenství uplatňuje v délce 3 měsíce,
- porodu uplatňuje v délce 8 měsíců.
Čekací doba se neuplatňuje, je-li sjednán typ pojištění “Novorozence”.
- Škodou jsou nutné náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní péči o pojištěného poskytnutou v České republice v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy, a to pouze ve zdravotnických zařízeních, s nimiž má pojistitel pro toto pojištění uzavřenou smlouvu. V případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života z prodlení, pojistitel uhradí náklady i takovému zdravotnickému zařízení na území České republiky, které nemá s pojistitelem pro toto pojištění uzavřenou

smlouvu. Uhrazeny budou nutné a přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní péči, a to jen do doby, než bylo možné zajistit zdravotní péči smluvním zdravotnickým zařízením pojistitele. Pojistné plnění do limitů dle odst. 8. tohoto článku poskytuje pojistitel v rozsahu:

- obdobně veřejnému zdravotnímu pojištění** v rozsahu komplexní zdravotní péče avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění; pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a není proto totožné s pojištěním pro případ nemoci podle § 62 odst. (3) zákona,
 - repatriace nemocného pojištěného**, která je ze zdravotního hlediska nutná a je provedena, po posouzení a schválení revizním lékařem pojistitele a za souhlasu ošetřujícího lékaře, organizací zdravotnické dopravy odsouhlasenou pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojistitele, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt. Po předchozím schválení může pojistitel v odůvodněných případech uhradit i přepravní náklady další osoby nezbytné pro doprovod pojištěného,
 - převoz tělesných ostatků pojištěného** do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, provedený specializovanou organizací odsouhlasenou pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojistitele. Po předchozím schválení může pojistitel v odůvodněných případech uhradit i další související náklady,
 - je-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu “**Novorozence**“, poskytne pojistitel pojistné plnění i v případě **poporodní péče o novorozence** pojištěné matky narozeného v době trvání pojištění,
 - neodkladné ošetření zubů** pojištěného (včetně extrakce a výplně) za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti nebo následků úrazu,
 - léky a zdravotnické prostředky předepsané ambulantně** lékařem na jméno pojištěného.
- Nad rámec rozsahu pojistného plnění definovaného v odst. 1. a 2. tohoto článku poskytuje pojistitel úhradu nákladů pojištěného vynaložených za dále **vymenovanou nadstandardní zdravotní péči nebo služby (Nadstandard)**, a to do výše limitu pro Nadstandard, který je uveden v pojistné smlouvě:
 - očkování (očkovací látka včetně její aplikace), které není hrazeno standardně z tohoto pojištění (např. proti klíšťové encefalitidě),
 - volně prodejné léky a zdravotnické prostředky zakoupené v lékárnách (bez receptu) a prodejních zdravotnických potřeb,
 - hormonální antikoncepce,
 - sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
 - vozíky (i s elektrickým pohonem),
 - úhrada nákladů za dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení z důvodu ošetření nebo hospitalizace; podmínkou úhrady nákladů je, kromě předložení dokladu o vlastních nákladech na dopravu, i předložení lékařské zprávy potvrzující vznik pojistné události v rozsahu odst. 1. a 2. tohoto článku.

Nadstandard lze čerpat v průběhu trvání pojištění i po dílčích částkách ve výši minimálně 100 Kč.

Náklady podle

- odst. 2. tohoto článku pojistitel hradí zdravotnickému zařízení nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila,
- odst. 3. tohoto článku pojistitel hradí pojištěnému.

Přímá úhrada škody:

- Pokud pojištěný provedl přímou úhradu škody, která je pojistnou událostí, pojistitel následně proplatí přiměřené náklady, a to po převzetí originálů potřebných dokladů, viz. čl. 11, odst. 10., tj. uskuteční finanční plnění. Originály těchto dokladů zůstávají pojistiteli a nevracejí se. By-li předloženy originál dokladu k úhradě jiné osobě než pojistiteli, postačí jeho kopie, pokud na ní jsou originálně zaznamenány a potvrzeny platby provedené touto osobou.
 - Dojde-li ke smrti pojištěného, kterému vznikl nárok na finanční plnění, které za života neobdržel, plní pojistitel tomu, kdo náklady prokazatelně vynaložil, jinak se plnění stává předmětem dědicického řízení.
 - Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je finanční plnění podle tohoto článku splatné v méně České republiky a na jejím území a pojistitel ho poskytuje formou převodu na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázkou na jméno a adresu oprávněné osoby.
 - Pojistitel poskytne pojistné plnění za recept na lékařem ambulantně předepsané léky nebo poukaz na zdravotnické prostředky, pokud výše škody za každý recept nebo poukaz přesáhne hranici 100 Kč. Pojistným plněním se rozumí částka uvedená v Číselníku VZP ČR pro hromadné vyrábění léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a individuálně připravované léčivé přípravky označená jako IMAX a platná v době vzniku pojistné události.
- V případech přepočtu ze zahraniční měny použije pojistitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.
 - Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitě hospitalizace pojištěného přesáhne dobu trvání pojištění, pojistitel rozhodne o dalším postupu takto:
 - pokud zdravotní stav pojištěného neumožňuje jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem do doby, než se jeho zdravotní stav zlepší natolik, že bude možné jeho repatriaci uskutečnit,
 - pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře uskutečnit jeho repatriaci k doléčení ve zdravotnickém zařízení mimo území České republiky.
 - Pojistné plnění je omezeno horní hranicí.** Horní hranice pojistného plnění je určena limity plnění uvedenými v pojistné smlouvě:
 - Limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 2., písm. a) až písm. c) (**Zdravotní péče včetně repatriace a převozu**) omezuje pojistné plnění za jednu pojistnou událost.

- Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 2., písm. d) (pojištění typu Novorozence), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

- Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 2., písm. e) (**Neodkladné ošetření zubů**), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

- Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 2., písm. f) (**Ambulantně předepsané léky**), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

- Limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 3., písm. a) až písm. f) (**Nadstandard**) omezuje plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění. Pojistitel poskytuje toto plnění nad rámec limitů podle písm. a) až písm. d) tohoto odstavce. Dílčí limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 3., písm. f) omezuje dále pojistné plnění na 500 Kč za jednu pojistnou událost.

- Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel v souladu s pojistnými podmínkami.

- Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - a) v důsledku kompenzací, které oprávněná osoba obdržela tím, že obdržela náhradu za vzniklé škody od třetí strany nebo cestou jiného právního vztahu,
 - b) také v dalších případech uvedených v zákoně,
 - c) pokud vyplatil pojistné plnění v nesnížené výši a dodatečně mu vznikne nárok na snížení pojistného plnění. Pojistitel má právo uplatnit rozdíl mezi vyplaceným a sníženým pojistným plněním po tom, jehož prospěch bylo plněno.

- Pojistitel může pojistné plnění odmítnout v případech uvedených v zákoně.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření oznámené události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Čl. 5

Výlučky z pojištění

- Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, pojistitel neposkytuje, s výjimkou zdravotní péče preventivní, dispenzární a související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte, pojistné plnění v případech:

a) nákladů na:

- ústavní péči v odborných léčebných ústavech s výjimkou léčby tuberkulózy a duševních poruch,
 - lázeňskou péči, homeopatii a akupunkturu,
 - transplantace,
 - léčení závislosti, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz,
 - vyšetření a léčení AIDS, pohlavních a sexuálně přenosných nemocí od stanovení diagnózy,
 - vyšetření a léčení hepatitid od stanovení diagnózy,
 - léčení inzulinem u onemocnění cukrovkou,
 - léčení chronické ledvinné nedostatečnosti hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou,
 - léčení růstovým hormonem,
 - léčení interferonem,
 - léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve,
 - vyšetření a léčení vrozených vad a onemocnění včetně jejich komplikací a následků od stanovení diagnózy,
 - léčení vad řeči,
 - myoelektrické protězy,
 - regulační poplatky a doplátky,
 - zhotovení a opravy zubních protéz, pevných zubních náhrad a ortodontických pomůcek,
 - odkladné (neakutní) stomatologické péče s výjimkou následků úrazu,
 - události, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného; tato výlučka se neuplatňuje v případech úrazu,
 - události, které byly pojištěnému způsobeny oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby,
 - události vzniklé při činnostech na místech k tomu neurčených,
 - pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - účinky uvolněné jaderné energie, chemických nebo biologických zbraní,
 - válečnými událostmi a občanskou válkou,
 - akty násilí (včetně občanských nepokojů a teroristické činnosti), na nichž se pojištění podílí,
 - manipulací se stříelnou zbraní nebo výbušninou pojištěným,
 - pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - výtržnostmi nebo tresnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal; tato výlučka se neuplatňuje v případě úrazu,
 - požitím nebo v souvislosti s následky požití alkoholu, léků, narkotik či jiných psychotropních nebo návykových látek pojištěným; tato výlučka se neuplatňuje v případě úrazu,
 - vymenovaných v pojistné smlouvě.
- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění:
 - a) za události v důsledku nemoci nebo úrazu, jejichž příčina nebo příznaky nastaly mimo dobu trvání pojištění nebo během čekací doby,
 - b) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,
 - c) za vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony v osobním zájmu pojištěného, které nesledují léčebný účel, včetně laboratorních vyšetření (např. zdravotně kosmetické výkony, umělé přerušování těhotenství, vyšetření a léčení neplodnosti, vyšetření v souvislosti s antikoncepcí, vypracování lékařského potvrzení na vlastní žádost, poplatek za dožádání služby pohotovostní lékárny),

- d) za komplikace, které se vyskytnou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče u onemocnění, stavů či úrazů, na které se pojištění nevztahuje,
- e) není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu „Profesionální sporty“, pojištětel neposkytuje pojištění plnění za události vzniklé při provozování profesionální sportovní činnosti i přípravě na ni. Sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě,
- f) není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu „Novorozence“, pojištětel neposkytuje pojištění plnění za poporodní péči o novorozence pojištěné matky. Sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

Čl. 6

Uzavření a doba platnosti pojistné smlouvy

- Pojistná smlouva je uzavřena přijetím návrhu pojistitele na pojištění podpisem oběma smluvními stranami.
- Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou od sjednaného dne počátku platnosti pojistné smlouvy do sjednaného dne konce platnosti pojistné smlouvy.
- Je-li předmětem pojištění zdraví více osob, je nedílnou součástí pojistné smlouvy seznam identifikující jednoznačně všechny pojištěné osoby, jejich rozsah pojištění a pojistnou dobu.
- Součástí pojistné smlouvy jsou kromě pojistných podmínek také všechny dohody, dodatky a přílohy k pojistné smlouvě, dále všechny doklady vymezující podmínky vzniku, trvání, změn a zániku pojištění (např. žádosti, dotazníky, protokoly, lékařské prohlídky a vyšetření, výpovědi).

Čl. 7

Vznik a trvání pojištění. Pojistná doba

- Pojištění se sjednává na pojistnou dobu určitou od počátku pojistné doby do konce pojistné doby. Pojistná doba je sjednána v pojistné smlouvě.
- Pojištění vzniká v 0:00 hod. dne sjednaného jako počátek pojistné doby, nejdříve však dne následujícího po zaplacení pojistného.
- Pojištění trvá od sjednaného počátku pojistné doby do skutečného zániku pojištění.
- Pojištění se ve smyslu zákona nepřerušuje.

Čl. 8

Povinnosti pojistitele

- Povinnost pojistitele poskytnout pojištění plnění z pojistné smlouvy je vázána na vznik pojistné události a splnění všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a jejích součástí vyplývají, zejména na zaplacení pojistného.
- Poskytovat asistenční služby, a to zejména při vyhledávání zdravotnických zařízení, při ověřování platnosti pojistné smlouvy, účinnosti pojištění a poskytovat potřebné informace týkající se sjednaného pojištění.
- Po uzavření pojistné smlouvy a zaplacení pojistného pojistitel vydá pojistníkovi pojistku a průkaz pojištěného.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení platné pojistky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady její druhopis. Obdobně může pojistitel postupovat i v případě pojistné smlouvy nebo průkazu pojištěného.
- Před uzavřením pojistné smlouvy sděluje pojistitel zájemci o pojištění informace o pojistiteli a o závazku.
- Pojistitel během trvání pojistné smlouvy oznamuje pojistníkovi informace na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo je oznamuje prostřednictvím svých webových stránek. Je-li adresa pro písemný styk odlišná od adresy sídla nebo pobytu, označuje se jako korespondenční. Adresou může být i adresa určená pro elektronickou komunikaci.

Čl. 9

Povinnosti pojistníka

- Pojistník je povinen:
 - zaplatit pojistiteli pojistné,
 - včas seznámit všechny pojištěné osoby odlišné od pojistníka s obsahem pojistné smlouvy včetně jejích součástí a předat jim veškeré materiály, které pro ně od pojistitele obdržel,
 - jakmile se dozví o vzniku vícenásobného pojištění, oznámit pojistiteli jeho vznik, uvést ostatní pojistitele a horní hranice pojistného plnění sjednané v ostatních pojistných smlouvách.
- Dojde-li k zániku pojištění před uplynutím sjednané pojistné doby, je pojistník vždy povinen vrátit pojistiteli průkaz pojištěného nejpozději do 5 kalendářních dnů ode dne zániku pojištění.
- Je-li pojistník zároveň pojištěným, vztahují se na něj i všechny povinnosti pojištěného.

Čl. 10

Povinnosti pojištěného

- Pojištěný je povinen:
 - učinít vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu vzniklé škody,
 - v případě vzniku škodné události se vždy a bez odkladu, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, obrátit na poskytovatele asistenčních služeb pojistitele, dbát jeho pokynů a na požádání se podrobit zdravotnímu vyšetření ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojistitele,
 - v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření a poskytovateli zdravotní péče prokázat průkazem pojištěného,
 - na žádost pojistitele písemně zprostředkovat zdravotní péči mlčenlivostí a dát pojistiteli písemně oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodné události,
 - podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,
 - pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje, podstoupit na návrh pojistitele nebo poskytovatele asistenčních služeb pojistitele repatriaci.
- Je-li na pojištěném zdravotnickým zařízením výjimečně požadována přímá úhrada škody, která je pojistnou událostí, je pojištěný povinen:
 - převzít originály potřebných dokladů, viz. čl. 11, odst. 10. a bezpečně je uchovat až do jejich předání pojistiteli; tuto povinnost má pojištěný

- iv ostatních případech přímé úhrady škody,
- uhradit oprávněnému příjemci přiměřené a prokazatelné náklady v hotovosti,
- bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady, viz. čl. 11, odst. 10., pojistiteli; tuto povinnost má pojištěný i v ostatních případech přímé úhrady škody.

Čl. 11

Další práva a povinnosti účastníků pojištění

- Pojistitel není povinen zkoumat případnou nadbytečnost pojištění, zejména, je-li např. úhrada nákladů zdravotní péče o pojištěného zajištěna jiným způsobem.
- Pojistitel je oprávněn proěřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími organizacemi a osobami, a to i v cizině.
- Pojistník a pojištěný jsou povinni:
 - pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění; to platí i v případě, že jde o změnu pojištění nebo vyřizování škodné události; stejnou povinnost má pojištělý vůči pojistníkovi a pojištěnému,
 - kdykoliv po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu všech údajů, které byly v pojistné smlouvě uvedeny,
 - umožnit pojistiteli provedení šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejich následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost,
 - sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách platných v době vzniku škodné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojištěného nebezpečí.
- Oprávněná osoba je povinna učinit opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva na náhradu škody, které podle zákona přechází na pojistitele.
- Oprávněná osoba nesmí uzavírat s třetí stranou takové dohody, kterými by se vzdávala nároku na náhradu vůči třetí osobě v případě, že tyto nároky přecházejí na pojistitele.
- Oprávněná osoba je povinna přechod práv na pojistitele na jeho žádost písemně potvrdit.
- V případě smrti pojištěného se všechny jeho povinnosti vztahují na oprávněnou osobu.
- Za osoby nezpůsobilé k právním úkonům jedná jejich zákonný zástupce.
- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění. Oznámení se považuje za přijaté poté, kdy:
 - pojistník pojistiteli oznámil na řádně vyplněném formuláři pojistitele, že nastala škodná událost a podal mu pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události,
 - pojistník pojistiteli předal originály potřebných dokladů.Není-li pojistník současně pojištěným, má tyto povinnosti pojištěný. Tyto povinnosti může splnit i jiná osoba (např. zdravotnické zařízení).
- Potřebnými doklady** jsou:
 - originály dokladů prokazujících:
 - příčinu, čas, místo a okolnosti vzniku pojistné události, její rozsah a přímou souvislost pojistné události s osobou pojištěného, a to minimálně uvedením jména, příjmení a data narození pojištěného,
 - podrobnou specifikaci předmětu úhrady (např. lékařská zpráva s popisem, kódem a datem provedených výkonů, kód diagnózy, název a množství léků, úhrada v rámci Nadstandardu),
 - potvrzení o úhradě (např. účty vystavené lékařem, účty vystavené lékárnou na základě receptu ošetřujícího lékaře nebo účty vystavené prodejnou zdravotnických potřeb) s uvedením výše a předmětu úhrady,
 - v případě pojištěného plnění za léky ambulantně předepsané léky a zdravotnické prostředky také originály nebo kopie receptu vystavené na jméno pojištěného s uvedením data vystavení, množství a popisu léků a zdravotnických prostředků, podpisu a otisku razítka vystavitele,
 - při pojistné události šetřené policií také policejní protokol nebo potvrzení o šetření nehody,
 - v případě úmrtí pojištěného také úřední úmrtí list a lékařské osvědčení o příčině smrti.Všechny doklady musí zničit na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem a otiskem razítka vystavitele.

Čl. 12

Pojistné

- Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel.
- Změna pojistného rizika v průběhu pojistné doby je promítnuta ve výši pojistného.
- Jedná se o jednorázové pojistné. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je jednorázové pojistné splatné dnem uzavření pojistné smlouvy ve výši a měně uvedených v pojistné smlouvě.
- Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, a to i v případě, zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby. Toto právo pojistitelé vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
- Je-li pojistná smlouva ukončena dohodou přede dnem vzniku pojištění, pojistitel vrátí pojistníkovi, po jeho vrácení všech dokladů osvědčujících platnost pojištění, přijaté pojistné, od kterého odečte náklady spojené se vznikem a správou pojištění.
- Zanikne-li pojištění **vypovědí pojistitele** a pokud pojistník, pojištěný ani jiná oprávněná osoba neporušili povinnosti účastníků tohoto pojištění, vrátí pojistitel pojistníkovi, po jeho vrácení všech dokladů osvědčujících platnost pojištění, nespotřebovanou část přijatého pojistného.
- Zanikne-li pojištění z důvodu přechodu pojištěného v době trvání pojištění do veřejného zdravotního pojištění ČR z důvodu udělení trvalého pobytu na území ČR, vrátí pojistitel pojistníkovi za 6 měsíců od zániku pojištění část pojistného, která odpovídá nespotřebovanému pojistnému k datu zániku pojištění po odpočtu:
 - nákladů spojených se vznikem a správou pojištění,
 - pojistného plnění,
 - částky odpovídající poměrně části Nadstandardu, o kterou pojištěný přečerpal zaslouženou část Nadstandardu odpovídající skutečné době trvání pojištění.

Čl. 13

Změny a ukončení pojistné smlouvy. Zánik pojištění.

- Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
- Pojištění zaniká **uplynutím pojistné doby**, a to ve 24:00 hod. dne sjednaného jako datum konce pojištění.
- Pojištění zaniká **dnem smrti** pojištěného.
- Pojistitel i pojistník mohou pojištění písemně **vypovědět** v souladu se zákonem.
- Pojištění zaniká dnem doručení oznámení pojistitele o **odmítnutí pojistného plnění** v souladu se zákonem.
- Pojistitel i pojistník mohou od pojistné smlouvy **odstoupit** v souladu se zákonem.
- Zánikem pojištění je pojistná smlouva ukončena.
- Pojištění zaniká k datu oznámení pojistníka o uskutečnění přechodu pojištěného v době trvání pojištění do veřejného zdravotního pojištění ČR pouze z důvodu udělení trvalého pobytu na území ČR. Součástí oznámení pojistníka musí být potvrzení o trvalém pobytu pojištěného na území ČR a kopie jeho průkazu pojištěnce veřejného zdravotního pojištění ČR.
- Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit písemnou **dohodou** smluvních stran za dohodnutých podmínek.

Čl. 14

Přechod práv na pojistitele

- Pokud bylo oprávněné osobě poskytnuto plnění za pojistnou událost, za kterou má pojistitel nárok na náhradu škody vůči třetí osobě, pak tento nárok přechází na pojistitele, a to až do výše částky, kterou pojistitel poskytl.
- Pokud pojistitel v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, je pojistitel oprávněn tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Čl. 15

Doručování písemností

- Písemnosti pojistitele určené účastníkům pojištění (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“), a to obyčejnou nebo doporučenou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě, jejich přílohách nebo uvedenou na dokladech předaných pojistiteli. Není-li uvedena korespondenční adresa adresáta, použije pojistitel adresu jeho sídla nebo pobytu. Písemnosti mohou být doručovány rovněž zaměstnanecm pojistitele nebo jinou pojistitelem pověřenou osobou; v takovém případě se písemnosti považuje za doručenu dnem jejího převzetí.
- Písemnost odeslaná doporučenou zásilkou adresátovi se považuje za doručenu desátý den po odeslání zásilky. Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí uvedeným na dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílným od adresáta, jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
- Odepře-li adresát přijetí doručované písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy bylo její převzetí adresátem odepřeno.
- Nebyl-li adresát zastižen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poštu a adresát si písemnost v úložní lhůtě (určené právním předpisem o poštovních službách) nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdřivoval.
- Pokud se písemnost vrátí jako nedoručená z jiných důvodů, než je uvedeno v předchozích odstavcích, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojistiteli.
- Na ostatní případy doručování v tomto článku neupravené se podpůrně použijí ustanovení občanského soudního řádu.

Čl. 16

Asistenční služba

- Asistenční služba je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a je zabezpečována smluvní organizací pojistitele. Asistenční služba je poskytována 24 hodin denně. Kontakt na poskytovatele asistenčních služeb je uveden na průkazu pojištěného.
- Asistenční služba je poskytována v rozsahu:
 - doporučení smluvního zdravotnického zařízení,
 - zajištění přijetí k ošetření u smluvního lékaře na předem dohodnuté datum a časově orientační termín,
 - zajištění převzetí pojištěného do péče u dětského nebo u praktického smluvního lékaře pojistitele,
 - doporučení vhodného postupu v případě škodní události,
 - sledování vývoje zdravotního stavu v průběhu hospitalizace,
 - poskytnutí garance likvidity smluvního zdravotnickému zařízení v případě nároku na pojistné plnění,
 - zajištění repatriace klienta do mateřské země v případě medicínského opodstatnění,
 - zajištění odborného doprovodu v rámci repatriace,
 - zajištění převozu tělesných ostatků do mateřské země v případě úmrtí.

Čl. 17

Zachraňovací náklady

S výjimkou nákladů, které byly vynaloženy na záchranu života nebo zdraví osob, je výše náhrady zachraňovacích nákladů za dobu platnosti pojistné smlouvy omezena částkou 100.000 Kč.

Čl. 18

Společná ustanovení

- Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
- Komunikačním jazykem je čeština.
- Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den složení částky ve prospěch příjemce. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání částky na účet příjemce.
- Náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 20% z nespotřebovaného pojistného.
- Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nejde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vypořádání, u příslušného soudu v České republice podle českého práva.