



POJISTNÉ PODMÍNKY KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ PLUS

KZPC PLUS 1/17

s platností od 1. ledna 2017

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků **komplexního zdravotního pojištění cizinců PLUS** (dále jen "pojištění") se řídí právním řádem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákoník"), těmito pojištními podmínkami, ustanovenými uvedenými v pojistné smlouvě a jejich přílohách a v dalších dokumentech, které jsou její součástí.
- Ujednání v pojistné smlouvě, která se odchylují od zákoníku nebo těchto pojištních podmínek, mají přednost.
- Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé pojistitel.

Čl. 2

Vymezení pojmů

Pro účely pojištění platí následující vymezení pojmů:

- Čekací doba** je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojištními událostmi. Čekací doba se počítá ode dne sjednaného počátku pojistné doby.
- Doba trvání pojištění** je skutečná doba v rámci sjednané pojistné doby, po kterou bylo pojištění v účinnosti.
- Jedna pojistná událost** je pojistná událost z pojištění jedné osoby vzniklá ze stejné příčiny, na stejném místě a ve stejném čase, která zahrnuje všechny skutečnosti a jejich následky mezi nimiž existuje příčinná, územní, časová nebo jiná přímá souvislost.
- Jednorázové pojistné** je pojistné stanovené na celou pojistnou dobu.
- Komplexními zdravotními službami** se rozumí zdravotní služby poskytnuté pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Komplexní zdravotní služby zahrnují ambulantní i lůžkové zdravotní služby včetně služeb diagnostických, preventivních a dispenzárních, a dále pohotovostní a záchranné služby, poskytování léků a dopravy nemocných, případnou repatriaci pojištěného nebo převoz jeho pozůstatků. Pojištění zahrnuje i zdravotní služby související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte.
- Lhůtou** uvedenou ve dnech se rozumí vždy počet kalendářních dní.
- Nahodilá skutečnost** je skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.
- Nemoc** je pro účely tohoto pojištění vznik onemocnění, které ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí lékařské péče. Za vznik nemoci se považuje okamžik, který je jako vznik nemoci lékařsky doložen.
- Novorozencem** se pro účely tohoto pojištění rozumí dítě od narození do konce 3. měsíce věku.
- Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
- Pojistka** je písemně potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, které pojistitel vydává pojistníkovi.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Předčasným zánikem pojištění se tato doba nezkracuje.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost vyvolaná pojištním nebezpečím, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události (dále jen „příčina“). Pojistné nebezpečí nezaniká nepřítomností pojištěného v místě pojištění.
- Pojistné riziko** je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojištním nebezpečím.
- Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.
- Pojistitel** je právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona.
- Pojištěný** (nebo také pojištěná osoba) je osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.

- Poporodní péče o novorozence** je zdravotní péče o novorozence navazující bezprostředně na porod bez přerušení kontinuity hospitalizace, s výlukami uvedenými v čl. 7.
- Profesionální sportovní činnost** je činnost vykonávaná v zaměstnaneckém či obdobném poměru, z níž sportovci plyne hlavní příjem.
- Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení o vzniku pojištění, které pojistitel vydává pro potřeby pojištěného; slouží k uplatnění práva na pojistné plnění.
- Smluvním zdravotnickým zařízením** se rozumí zdravotnické zařízení takového poskytovatele zdravotních služeb, s nímž má pojistitel pro tyto účely uzavřenu smlouvu.
- Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
- Škodové pojištění** je pojištění, jehož účelem je náhrada škody vzniklé v důsledku pojistné události.
- Účastníkem pojištění** je pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které ze soukromého pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
- Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se také považuje tonutí, utonutí a tělesné poškození způsobené vysokými nebo nízkými teplotami, bleskem, zářením, elektrickým proudem, plyny nebo parami, jedovatými nebo leptavými látkami, vše s výjimkou pravidelně se opakujícího působení.
- Vicenásobné pojištění** vznikne, vztahují-li se dvě nebo více soukromých pojištění na totéž pojistné riziko pojištěné po stejné období, jestliže souhrm limitů pojistného plnění přesáhne skutečnou výši vzniklé škody.
- Zájemce** je osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem.

Čl. 3

Účel a předmět pojištění

- V případě vzniku pojistné události poskytne pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění v rozsahu škody vzniklé na předmětu pojištění až do smluvené výše.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Předmětem pojištění je zdraví pojištěného. Připojistit lze i zdraví novorozence pojištěné matky.
- Pojištění se sjednává jako škodové.

Čl. 4

Pojistná událost

Pojistnou událostí je, s výjimkou sjednaných výluk, změna zdravotního stavu pojištěného nebo jiné úkony související se zdravotním stavem pojištěného z příčiny onemocnění nebo úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění a po uplynutí čekací doby a při pobytu pojištěného v místě pojištění.

Čl. 5

Rozsah a místo pojištění

- Rozsah sjednaného pojištění je určen pojištními podmínkami a volitelnými parametry uvedenými v pojistné smlouvě. Tyto parametry volí pojistník při uzavření pojistné smlouvy na základě znalosti pojistného zájmu pojišťovaných osob.
- Pojištění je účinné pouze ve sjednaném místě pojištění, kterým je území České republiky.
- Čekací doba se pro případy zdravotních služeb z důvodu:
 - těhotenství uplatňuje v délce 3 měsíce,
 - porodu uplatňuje v délce 8 měsíců.Čekací doba se neuplatňuje, je-li sjednán typ pojištění "Novorozenec".
- Došlo-li k události, která mohla být nebo byla pojistnou událostí z pojištění léčebných výloh sjednaného s pojistitelem a která vyžaduje zdravotní péči po návratu do České republiky, neuplatňuje se v případě této události podmínka změny zdravotního stavu při pobytu

pojištěného v České republice.

- Pojistník zvolí pojistnou dobu, horní hranici pojistného plnění, typ pojištění a případné připojištění léčebných výloh v cizině, uvedené v pojistné smlouvě, v následujícím rozsahu:
Je-li sjednán typ pojištění:
"Standard", pojištění se nevztahuje na události, za které je pojistné plnění podmíněno sjednáním typu pojištění *Novorozenec* nebo *Profesionální sporty*, "*Profesionální sporty*", neuplatňuje se výluka uvedená v čl. 7 odst. 2. písm. h), "*Novorozenec*", neuplatňuje se výluka uvedená v čl. 7. odst. 2 písm. g).

Čl. 6

Rozsah a splatnost pojistného plnění

- Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel v souladu s pojištními podmínkami.
- Poskytnutí pojistného plnění je podmíněno vznikem pojistné události a splněním všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a jejích součástí vyplývají, zejména zaplacením pojistného.
- Není-li smluvními stranami dohodnuto jinak, je finanční plnění splatné v měně České republiky a na jejím území a pojistitel ho hradí osobě oprávněné přijmout finanční plnění, a to formou převodu na její bankovní účet nebo poštovní poukázkou na její jméno a adresu.
- Pokud byl pojištěný oprávněn přijmout finanční plnění, které za života neobdržel, stane se nevyplacené pojistné plnění předmětem dědického řízení.
- V případech přepočtu zahraniční měny použije pojistitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření oznámené události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.
- Nelze-li ukončit šetření nutná ke zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo ke zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovatel sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost na pojistné plnění přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
- Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - a) v důsledku kompenzací, které oprávněná osoba již obdržela jiným způsobem,
 - b) bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet,
 - c) mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejich následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit,
 - d) v případě zmaření přechodu práva na pojistitele dle čl. 20,
 - e) 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 pojištním plněním vůči osobě, v jejíž prospěch bylo plněno.
- Pojistitel může pojistné plnění odmítnout, byla-li příčinou pojistné události skutečnost,
 - a) o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události,
 - b) kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti stanovené v odst. 1. nebo 2. čl. 17,
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.

10. Pojistitel může pojistné plnění odmítnout také tehdy, jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkeslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamítlí.
11. Škodou jsou přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní služby poskytnuté pojištěnému v místě pojištění v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy, a to ve zdravotnických zařízeních, s nimiž má pojistitel pro toto pojištění uzavřenu smlouvu. V případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života z prodloužení, pojistitel uhradí náklady i takovému zdravotnickému zařízení na území České republiky, které nemá s pojistitelem pro toto pojištění uzavřenu smlouvu. Uhrazeny budou nezbytně nutné a přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní služby, a to jen do doby, než bylo možné zajistit zdravotní péči smluvním zdravotnickým zařízením pojistitele.
- Pojistné plnění do limitů dle odst. 16. tohoto článku poskytuje pojistitel v rozsahu:
- a) zdravatní služby v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění, avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění;
- b) 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,
- c) převoz pozůstatků 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,
- d) je-li v době vzniku pojistné události účinné pojištění typu "**Profesionální sporty**", poskytne pojistitel pojistné plnění i v případě provozování profesionální sportovní činnosti a při přípravě na ni.
- e) je-li v době vzniku pojistné události účinné pojištění typu "**Novorozence**", poskytne pojistitel pojistné plnění i v případě poporodní péče o novorozence pojištěné matky narozeného v době trvání pojištění,
- f) ošetření zubů pojištěného za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti nebo následků úrazu v rozsahu veřejného zdravotního pojištění,
- g) léky a zdravotnické prostředky předepsané ambulantně lékařem na jméno pojištěného (dále jen "Ambulantně předepsané léky"),
- h) asistenční služby v rozsahu čl. 21. Tyto služby pojistitel poskytuje prostřednictvím smluvního poskytovatele bez přímé úhrady pojištěným poskytovateli.
12. Nad rámec pojistného plnění v rozsahu odst. 11. tohoto článku poskytne pojistitel úhradu nákladů pojištěného vynaložených za dále vyjmenované nadstandardní zdravatní služby (Nadstandard), a to do výše limitu pro Nadstandard, který je uveden v pojistné smlouvě:
- a) očkovaní (očkovací látka včetně její aplikace), které není hrazeno standardně z tohoto pojištění (např. proti klíšťové encefalitidě),
- b) volně prodejné léky a zdravotnické prostředky zakoupené v lékárnách (bez receptu) a v prodejnách zdravotnických potřeb,
- c) hormonální antikoncepce,
- d) sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
- e) vozíky (i s elektrickým pohonem),
- f) 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. 11. tohoto článku,
- g) preventivní prohlídka ke zjištění aktuálního

- zdravatního stavu,
- h) prohlídky a vyšetření ke zjištění konkrétního onemocnění (např. laboratorní vyšetření krve, prostaticy; vyšetření na zhoubný melanom kůže),
- i) dentální hygiena.
- Nadstandard lze čerpat v průběhu trvání pojištění i po dílčích částkách ve výši minimálně 100 Kč.
13. Náklady podle odstavce 11. tohoto článku pojistitel hradí přímo nebo prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb zdravotnickému zařízení nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
- Náklady podle odstavce 12. tohoto článku pojistitel hradí pojištěnému po předložení dokladu o jejich úhradě.
14. Přímá úhrada škody:
- a) Pokud pojištěný nebo jiná osoba provedli přímou úhradu nákladů za zdravotní služby, které jsou pojistnou událostí, a byly pojištěnému poskytnuty ve zdravotnickém zařízení na území ČR, pojistitel následně za tyto zdravotní služby proplatí přiměřené prokazatelně vynaložené náklady pojištěnému nebo osobě, která tyto náklady vynaložila, a to po převzetí originálů potřebných dokladů. Originály těchto dokladů zůstávají pojistiteli a nevracejí se. Byl-li předložen originál dokladu k úhradě jiné osobě než pojistiteli, postačí jeho kopie, pokud na ní jsou originálně zaznamenány a potvrzeny platby provedené touto osobou.
- b) 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 hromadně vyráběné léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a individuálně připravované léčivé přípravky označená jako MAX a platná v době vzniku pojistné události.
15. Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhne dobu trvání pojištění, pojistitel rozhodne o dalším postupu takto:
- a) 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,
- b) pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře uskutečnit jeho repatriaci.
16. Pojistné plnění je omezeno horní hranicí. Horní hranice pojistného plnění je určena limity plnění uvedenými v pojistné smlouvě:
- a) Limit plnění za náklady pod písm. a) až d) odst. 11. tohoto článku, (Zdravatní služby včetně repatriace a převozu) omezuje pojistné plnění za každou jednu pojistnou událost.
- b) Dílčí limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady pod písm. e) odst. 11. tohoto článku, (poporodní péče o novorozence), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.
- c) Dílčí limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady pod písm. f) odst. 11. tohoto článku (Ošetření zubů), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.
- d) Dílčí limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady pod písm. g) odst. 11. tohoto článku (Ambulantně předepsané léky), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.
- e) Limit plnění za náklady dle písm. a) až f) odst. 12. tohoto článku (Nadstandard) omezuje plnění za celou dobu trvání pojištění. Pojistitel poskytuje toto plnění nad rámec limitů pod písm. a) až d) tohoto odstavce. Dílčí limit plnění za náklady dle písm. f) odst. 12. omezuje dále pojistné plnění na 500 Kč za jednu událost.

Čl. 7

Výluky z pojištění

1. 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:
- lázeňskou péči, homeopatii a akupunkturu,
 - regulační poplatky a doplátky,
- B) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s aktivní účastí pojištěného:
- na válečných událostech a jiných ozbrojených konfliktech, aktech násilí nebo občanské válce,
 - při manipulaci se zbraní nebo výbušninou,
- C) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
- výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,
 - požitím nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, léků, narkotik či jiných psychotropních nebo návykových látek pojištěným; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,
2. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění:
- za události v důsledku nemoci nebo úrazu, **jejichž příčina nebo příznaky nastaly mimo dobu trvání pojištění nebo během čekací doby**,
 - za zdravotní služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v ČR,
 - pokud pojištěný odmítne podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření nebo nedodrží léčebný režim doporučený lékařem,
 - za vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony v osobním zájmu nebo na žádost pojištěného včetně laboratorních vyšetření (týkající se např. kosmetických výkonů, umělého přerušování těhotenství, neplodnosti, antikoncepce, vypracování lékařského potvrzení),
 - za léky a zdravotnické prostředky nepředepsané lékařem, tj. volně zakoupené bez lékařského předpisu, nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění,
 - za komplikace, které se vyskytnou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče u onemocnění, stavů či úrazů, na které se pojištění nevztahuje,
 - za poporodní péči o novorozence pojištěné matky, není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu "**Novorozence**"; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě,
 - za události vzniklé při provozování profesionální sportovní činnosti i při přípravě na ni, není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu "**Profesionální sporty**"; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.
- Výluky v tomto odstavci se nevztahují na úhrady dle odst. 12. čl. 6.

Čl. 8

Pojistný zájem

- Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.
- Pojistník má pojištěný zájem na vlastním životě a zdraví. Má se za to, že pojistník má pojištěný zájem i na životě a zdraví jiné osoby, osvědčí-li zájem podmíněný vztahem k této osobě, ať již vyplývá z příbuzenství nebo je podmíněn prospěchem či výhodou z pokračování jejího života nebo zachování jejího zdraví.
- Dal-li pojištěný souhlas k pojištění, má se za to, že pojištěný zájem pojistníka byl prokázán.
- Neměl-li zájemce pojištěný zájem a pojistitel o tom při uzavření smlouvy věděl nebo musel vědět, je smlouva neplatná.
- Pojistil-li pojistník vědomě neexistující pojištěný zájem, ale pojistitel o tom nevěděl ani nemohl vědět, je smlouva neplatná; pojistiteli však náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl.
- Pojistný zájem nezaniká nepřítomností předmětu pojištění v místě pojištění, získáním obdobného soukromého pojištění ani z důvodu prostého nezájmu.
- Zánik pojistného zájmu je nutné pojistiteli vždy prokázat.

Čl. 9

Skupinové pojištění

- Skupinovým pojištěním je pojištění, které se vztahuje na skupinu pojištěných blíže vymezených v pojistné smlouvě, jejichž totožnost v době uzavření smlouvy nemusí být známa.
- Vztahuje-li se pojištění na členy určité skupiny, nemusí pojištěná smlouva obsahovat jména pojištěných, lze-li pojištěné osoby bez pochybností určit alespoň v době

pojistné události.

3. Porušení povinnosti pravdivě a úplně zodpovědět dotazy pojistitele zasahuje při skupinovém pojištění jen pojištění těch osob, kterých se porušení této povinnosti týká.

Čl. 10

Uzavření pojistné smlouvy

1. Pojistná smlouva je uzavřena přijetím nabídky pojistitele. Nabídka je přijata podpisem smluvních stran, není-li v nabídce výslovně uveden jiný způsob. Přijal-li pojištěnec nabídku včasným zaplacením pojistného, považuje se písemná forma smlouvy za zachovanou.
2. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou.
3. Nedílnou 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, záznamy o průběhu sjednávání pojištění, informace pojistitele pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy).

Čl. 11

Vznik a trvání pojištění. Pojistná doba

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

Čl. 12

Změny a ukončení pojistné smlouvy. Zánik pojištění.

1. Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
2. Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby, a to ve 24.00 hod. dne sjednaného jako konec pojistné doby.
3. Pojištění osoby zaniká zánikem pojistného zájmu, dnem smrti pojištěné osoby nebo dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění.
4. Pojištění zaniká k datu přijetí oznámení pojistníka pojistitelem o uskutečnění přechodu pojištěného v době trvání pojištění do veřejného zdravotního pojištění České republiky, pokud je jeho součástí kopie platného průkazu pojištěnce veřejného zdravotního pojištění ČR.
5. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění písemně vypovědět:
 - a) do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká,
 - b) do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
6. Pojistník může pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou:
 - a) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko v rozporu se zásadou rovného zacházení,
 - b) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele,
 - c) do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odřato povolení k provozování pojišťovací činnosti.
7. Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost stanovenou v odst. 1. nebo 2. čl. 17, má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost stanovenou v odst. 8. nebo 9. čl. 14. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti stanovenou v odst. 1. nebo 2. čl. 17 nebo v odst. 8. nebo 9. čl. 14.
8. Byla-li pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od smlouvy ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne jejího uzavření

nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení poprvé dojde až na jeho žádost po uzavření smlouvy.

9. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit písemnou dohodou smluvních stran za dohodnutých podmínek.
10. Pojistnou smlouvu lze postoupit jen se souhlasem pojistitele.
11. Je-li sjednáno pojištění cizího pojistného nebezpečí, pak dnem pojistníkové smrti, nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce vstupuje na místo pojistníka pojištěný; oznámí-li však pojistiteli v písemné formě do třiceti dnů ode dne pojistníkové smrti, nebo ode dne jeho zániku, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka. Účinky prodlení vůči pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím patnácti dnů ode dne, kdy se pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl.
Je-li však účastníkem pojištění více než jeden pojištěný, zaniká pojištění všech osob uplynutím doby, na které bylo zaplaceno pojistné.
12. Z důvodu ukončení pobytu pojištěného v České republice před uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká.
13. Zánikem všech pojištění je pojistná smlouva ukončena.

Čl. 13

Pojistné

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel za pojistnou smlouvu. Jedná se o jednorázové pojistné.
2. Pojistné je splatné dnem uzavření pojistné smlouvy v méně a výši uvedené v pojistné smlouvě.
3. Pojistné je zaplaceno, je-li v plně výši prokazatelně přijato zprostředkovatelem pojistitele nebo je připsáno na bankovní účet pojistitele.
4. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Toto právo pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
5. Zanikne-li pojištění dle čl. 12 těchto pojistných podmínek v důsledku výpovědi pojistníka nebo v důsledku jeho oznámení o uskutečnění přechodu pojištěného v době trvání pojištění do veřejného zdravotního pojištění České republiky, vrátí pojistitel pojistníkovi po zjištění všech nákladů na pojistná plnění, nejpozději však do 6 měsíců ode dne zániku pojištění, část pojistného, která odpovídá nespolečenskému pojistnému k datu zániku pojištění po odpočtu:
 - a) nákladů spojených se vznikem a správou pojištění a
 - b) nákladů souvisejících s pojistným plněním a
 - c) částky odpovídající poměrné části Nadstandardu, o kterou pojištěný přečerpal zaslouženou část Nadstandardu odpovídající skutečné době trvání pojištění.
6. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli jednorázové pojistné celé.
7. Je-li pojistná smlouva ukončena **dohodou** přede dnem vzniku pojištění, pojistitel vrátí pojistníkovi, po jeho vrácení průkazu pojištěného, přijaté pojistné, od kterého odečte náklady spojené se vznikem a správou pojištění.
8. Pojistitel má právo na pojistné až do doby, kdy se dozvěděl o zániku pojistného zájmu.
9. Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do třiceti dnů ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupil-li od smlouvy pojistitel, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.
10. Odstoupí-li pojistník od smlouvy podle odstavce 8. čl. 12, vrátí mu pojistitel bez zbytečného odkladu, nejpozději však do třiceti dnů ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné; přitom má právo odečíst si, co již z pojištění plnil. Bylo-li však pojistné plnění vyplaceno ve výši přesahující výši zaplaceného pojistného, vrátí pojistník, popřípadě pojištěný nebo obmyšlený, pojistiteli částku zaplaceného pojistného plnění, která přesahuje zaplacené pojistné.
11. Pohledávky pojistitele na pojistném bude pojistitel započítávat v pořadí, v jakém vznikly a nikoliv v pořadí, v jakém byly upomenuty.

Čl. 14

Práva a povinnosti pojistitele

1. Pojistitel je oprávněn proěřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími kompetentními subjekty, a to i v cizině.
2. Po uzavření pojistné smlouvy a zaplacení pojistného vydá pojistitel pojistníkovi pojistku.
3. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení platné pojistiky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost její druhopis; to platí obdobně o vydání kopie písemné uzavřené pojistné smlouvy.
4. Před uzavřením pojistné smlouvy sděluje pojistitel zájemci o uzavření pojistné smlouvy informace o pojištění a o sjednávání pojištění.
5. Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníkovy zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
6. 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 kontakt určený pro elektronickou komunikaci.
7. Pojistitel originály dokladů nevrací. Nevznikla-li pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, vrátí originály dokladů na vyžádání.
8. Musí-li si pojistitel být při uzavírání smlouvy vědom nesrovnalostí mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, upozorní ho na ně. Přitom se vezme v úvahu, za jakých okolností a jakým způsobem se smlouva uzavírá, jakož i to, je-li druhé straně při uzavírání smlouvy nápomocen zprostředkovatel nezávislý na pojistiteli.
9. Dotáže-li se zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistník při jednání o změně smlouvy v písemné formě pojistitele na skutečnosti týkající se pojištění, zodpoví pojistitel tyto dotazy pravdivě a úplně.
10. Požádá-li pojistník v písemné formě pojistitele o sdělení údajů významných pro plnění podle smlouvy, sdělí mu je pojistitel bez zbytečného odkladu v písemné formě.

Čl. 15

Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

1. Platit pojistiteli pojistné.
2. Včas seznámit všechny pojištěné osoby s obsahem pojistné smlouvy včetně jejich součástí a předat jim veškeré materiály a informace, které pro ně od pojistitele obdržel.
3. Vznikne-li vícenásobné pojištění, oznámí to pojistník bez zbytečného odkladu každému pojistiteli a v oznámení uvede ostatní pojistitele a pojistné částky nebo limity pojistného plnění ujednané v ostatních smlouvách.
4. Bez prodlení pojistiteli oznámí změnu korespondenční adresy.
5. 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.
6. Je-li pojistník zároveň pojištěným, vztahují se na něj i všechny povinnosti pojištěného.

Čl. 16

Povinnosti pojištěného

Pojištěný je povinen:

1. v případě vzniku škodné události se **vždy a bez odkladu**, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, **obrátit na poskytovatele asistenčních služeb** pojistitele a řídit se jeho pokyny,
2. učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu jejich následků,
3. na žádost pojistitele písemně zprostit poskytovatele zdravotních služeb mlčenlivosti 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,
4. podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,
5. vždy se řídit pokyny ošetřujícího lékaře,
6. po dobu účinnosti pojištění dodržovat bezpečnostní opatření,

7. používat vhodné ochranné pomůcky a výbavu potřebné pro maximálně bezpečný výkon všech vykonávaných činností,
8. disponovat příslušným platným oprávněním k výkonu všech činností provozovaných v místě pojištění,
9. zabezpečit patřičný dozor nebo doprovod, je-li pro vykonávanou činnost obvyklý,
10. nezdržovat se na místech vyznačených pořadatelem nebo organizátorem jako nevhodná,
11. dodržovat právní předpisy platné v místě pojištění,
12. v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření a poskytovateli zdravotních služeb se prokazovat průkazem pojištěného,
13. je-li na pojištěném výjimečně požadována přímá úhrada škody, která je pojistnou událostí, je pojištěný povinen:
 - a) uhradit oprávněnému příjemci přiměřené a prokazatelné náklady,
 - b) převzít originály potřebných dokladů a bezpečně je uchovat až do jejich předání pojistiteli,
 - c) bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady pojistiteli.

Čl. 17

Další práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Dotáže-li se pojistitel v písemné formě zájemce o pojištění při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy na skutečnosti, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotit pojištění riziko, zda je pojištěn a za jakých podmínek, zodpoví zájemce nebo pojistník tyto dotazy pravdivě a úplně. Povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného.
2. Co je v odstavci 1. tohoto článku stanoveno o povinnosti pojistníka, platí obdobně i pro pojištěného.
3. Nastane-li událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojištění plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu, podá mu pravdivé vysvětlení o příčině, vzniku a rozsahu následků takové události, o právech třetích osob a o jakémkoliv vícenásobném pojištění; současně předloží pojistiteli potřebné doklady a postupuje způsobem ujednaným ve smlouvě. Není-li současně pojistníkem nebo pojištěným, mají tyto povinnosti i pojistník a pojištěný.
4. Stejně oznámení může učinit jakákoliv osoba, která má na pojištění plnění právní zájem.
5. Oznámení podle odst. 3. a 4. tohoto článku se považuje za přijaté poté, kdy pojistitel:
 - I.) byla oznámena událost na řádně vyplněném tiskopisu pojistitele,
 - II.) byly předány originály (není-li dále uvedeno jinak) všech potřebných dokladů nebo dokladů vyžádaných pojistitelem.

Potřebnými doklady jsou:

 - A) doklady prokazující:
 - a) 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,
 - b) podrobnou specifikaci předmětu úhrady (např. lékařské zprávy s diagnózou, popisem a datem provedených výkonů a ordinovaných léků),
 - c) předmět úhrady (např. účty nebo faktury vystavené lékařem nebo účty vystavené lékárnou na základě receptu ošetřujícího lékaře) a prokazující datum a výši provedení úhrady (např. stvrzenky o zaplacení v hotovosti, výpisy z účtu),
 - B) v případě pojistného plnění za lékařem ambulantně předepsané léky a zdravotnické prostředky také kopie receptů vystavené na jméno pojištěného s uvedením data vystavení, množství a popisu léků a zdravotnických prostředků, podpisu a otisku razítka vystavitele,
 - C) při pojistné události šetřené policií také kopii policejního protokolu nebo potvrzení o šetření nehody,
 - D) v případě úmrtí pojištěného také kopii úředního úmrtního listu a lékařského osvědčení o příčině smrti.

Všechny doklady musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení a je-li tak

na dokladu předepsáno, tak i podpisem a otiskem razítka.

6. Pojistitel zahájí bez zbytečného odkladu po přijetí oznámení podle odst. 5. tohoto článku šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledku osobě, která uplatnila právo na pojištění plnění; za žádost této osoby jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojistného plnění, popřípadě důvod jeho zamítnutí.
7. Obsahuje-li oznámení vědomě nepravdivé nebo hrubě zkresené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamlčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečnosti, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojistitel vynaložil náklady v prokázané výši účelně.
8. Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje na pojištění plnění právo, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.
9. Pojistník a pojištěný jsou povinni:
 - a) kdykoliv po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu všech údajů, které byly v pojistné smlouvě uvedeny,
 - b) umožnit pojistiteli provedení šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejích následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost,
 - c) sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách platných v době vzniku škodné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojistného nebezpečí.

Čl. 18

Doručování písemnosti

1. Písemnosti určené účastníkům pojištění (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“), a to obyčejnou nebo doporučenou zásilkou na adresu bydliště nebo sídla uvedeného v pojistné smlouvě. Uvede-li adresát jinou adresu než adresu svého bydliště nebo sídla (dále jen „korespondenční adresa“), bude se doručovat na tuto adresu s tím, že adresát poté nemůže namítat, že má své skutečné bydliště nebo sídlo v jiném místě.
2. Má se za to, že písemnost odeslaná poštou byla doručena třetí pracovní den po odeslání. Písemnost odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí uvedeným na dodejce.
3. Písemnost odeslaná na elektronickou adresu je doručena dnem, kdy byla doručena do elektronické schránky adresáta; v pochybnostech se má za to, že je doručena dnem jejího odeslání odesílatelem.
4. Písemnost odeslaná do datové schránky je doručena okamžikem, kdy se do datové schránky přihlásí osoba, která má s ohledem na rozsah svého oprávnění přístup k písemnostem.
5. Písemnosti účastníků pojištění mohou být doručovány i prostřednictvím zaměstnance pojistitele nebo jiné pojistitelem pověřené osoby; v takovém případě se písemnost považuje za doručenu dnem jejího převzetí.
6. Zmaří-li vědomě adresát přijetí doručované písemnosti, platí, že byla řádně doručena dnem, kdy bylo její převzetí adresátem zmařeno.
7. Zmaří-li adresát dojít písemnosti jinak, např. tím, že ji nepřevzme nebo tím, že neoznačí svoji poštovní schránku svým jménem a příjmením nebo názvem, má se za to, že došla dnem jejího vrácení pojistiteli.
8. Místem doručení pojistiteli nebo pojistníkovi je adresa uvedená v pojistné smlouvě.

Čl. 19

Zachraňovací náklady

1. Vynaložil-li pojistník účelně náklady při odvrácení bezprostředně hrozící pojistné události na zmírnění následků již nastalé pojistné události má proti pojistiteli právo na jejich náhradu, jakož i na náhradu škody, kterou v souvislosti s touto činností utrpěl.
2. Náhrada zachraňovacích nákladů na záchranu života nebo zdraví osob je omezena 30% sjednané pojistné částky nebo limitu pojistného plnění.
3. Náhrada ostatních zachraňovacích nákladů je omezena částkou 100.000 Kč za dobu platnosti pojistné smlouvy s výjimkou nákladů vynaložených pojistníkem se souhlasem pojistitele.
4. Náhrada zachraňovacích nákladů je nad rámec

sjednaného limitu pojistného plnění.

4. Vynaložil-li zachraňovací náklady pojištěný nebo jiná osoba nad rámec povinnosti stanovených zákonem, má proti pojistiteli stejné právo na náhradu jako pojistník.

Čl. 20

Přechod práv na pojistitele

1. Vzniklo-li v souvislosti s hrozící nebo nastalou pojistnou událostí osobě, která má právo na pojištění plnění, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází tato pohledávka včetně příslušenství, zajištění a dalších práv s ní spojených okamžikem výplaty plnění z pojištění na pojistitele, a to až do výše plnění, které pojistitel oprávněně osobě vyplatil. To neplatí, vzniklo-li této osobě takové právo vůči tomu, kdo s ní žije ve společné domácnosti nebo je na ni odkázán výživou, ledaže způsobil pojistnou událost úmyslně.
2. Osoba, ježž právo na pojištění přešlo, vydá pojistiteli potřebné doklady a sdělí mu vše, co je k uplatnění pohledávky zapotřebí. Zmaří-li přechod práva na pojistitele, má pojistitel právo snížit plnění z pojištění o částku, kterou by jinak mohl získat. Poskytl-li již pojistitel plnění, má právo na náhradu až do výše této částky.
3. Oprávněná osoba je povinna učinit opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva na náhradu škody, které podle zákona přechází na pojistitele.
4. 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.
5. Oprávněná osoba je povinna přechod práv na pojistitele na jeho žádost písemně potvrdit.
6. Pokud pojistitel v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, je pojistitel oprávněn tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Čl. 21

Asistenční služby

1. Asistenční služby jsou služby poskytované pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a jsou zabezpečovány smluvní organizací pojistitele. Asistenční služby jsou poskytovány 24 hodin denně. Kontakt na poskytovatele asistenčních služeb je uveden na průkazu pojištěného.
2. Asistenční služby jsou poskytovány v rozsahu:
 - doporučení smluvního zdravotnického zařízení,
 - zajištění přijetí k ošetření u smluvního lékaře v ordinčních hodinách,
 - doporučení vhodného postupu v případě škodní události,
 - sledování vývoje zdravotního stavu v průběhu hospitalizace,
 - poskytnutí garance likvidity smluvnímu zdravotnickému zařízení v případě nároku na pojištění plnění,
 - zajištění repatriace klienta v případě medicínského opodstatnění,
 - zajištění odborného doprovodu v rámci repatriace,
 - zajištění převozu pozůstatků pojištěného v případě úmrtí.

Čl. 22

Závěrečná ustanovení

1. Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
2. Komunikačním jazykem je čeština.
3. Za osoby omezené ve svéprávnosti jedná jejich opatrovník. Má se za to, že osoby, které nenabýly plně svéprávnosti, jedná se souhlasem zákonného zástupce nebo za ně jedná zákonný zástupce.
4. Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den složení částky v plné výši ve prospěch příjemce. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání částky v plné výši na účet příjemce.
5. Náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 20% z nepotřebovaného pojistného.
6. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k jiné dohodě, popř. k mimosoudnímu vypořádání, u příslušného soudu v České republice podle českého práva.