



POJISTNÉ PODMÍNKY KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

KZPC 1/13

s platností od 1. ledna 2013

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků **soukromého** komplexního zdravotního pojištění cizinců (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“) a 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 pojištitel 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 „pojištitel“).
- 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

- Pojištitel** je osoba, která s pojištětelem 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 pojištitel vydává pojištiníkovi; slouží také jako doklad o zaplacení jednorázového pojistného.
- Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení o vzniku pojištění, které pojištitel 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 pojištětele 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 sjednána 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 pojištiteli 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.
- Jednorázový pojistný** je pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno. Jednorázové pojistné náleží pojištiteli 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 nepřerušitelné 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.
- Profesionální sportovní činnost** je činnost vykonávaná v zaměstnaneckém či obdobném poměru, z níž sportovci plynou hlavní příjmy.
- 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. f), **“Novorozence”** (označeno také **“N”** nebo **“Poporodní péče o novorozence”**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl. 5., odst. 2., písm. g).

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”**.

- Došlo-li k události, která by mohla být nebo byla pojistnou událostí z pojištění léčebných výkonů pojištětele 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 uvedená v čl. 4, odst. 1. těchto pojistných podmínek.
- 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 pojištitel 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, pojištitel uhradí náklady i takovému zdravotnickému zařízení na území České republiky, které nemá s pojištětelem pro toto pojištění uzavřenu 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 pojištětele.

Pojistné plnění do limitů dle odst. 8. poskytuje pojištitel v rozsahu:

- obdobném 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 pojištětele a za souhlasu ošetřujícího lékaře, organizací zdravotnické dopravy odsouhlasenou pojištětelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištětele, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastník, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt. Po předchozím schválení může pojištitel v odůvodněných případech uhradit i přepravní náklady další osoby nezbytné pro doprovod pojištěného,
 - převoz tělesných ostatků pojištěného do státu**, jehož cestovní doklad pojištěný vlastník, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, provedený specializovanou organizací odsouhlasenou pojištětelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištětele. Po předchozím schválení může pojištitel v odůvodněných případech uhradit i další související náklady,
 - je-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu **“Novorozence”**, poskytne pojištitel pojistné plnění i v případě **poporodní péče o novorozence** pojištěné matky narozeného v době trvání pojištění,
 - neodkladné ošetření zubů** pojištěného za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti nebo následků úrazu v rozsahu veřejného zdravotního pojištění,
 - léky a zdravotnické prostředky předepsané ambulantně** lékařem na jméno pojištěného.
- Náklady podle odstavce 3. tohoto článku pojištitel hradí zdravotnickému zařízení nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
 - Přímá úhrada škody:**
 - Pokud pojištěný provedl přímou úhradu škody, která je pojistnou událostí, pojištitel následně proplatí přiměřené náklady, a to po převzetí originálů potřebných dokladů, viz. čl. 11, odst. 10., tj. uskutečnění finanční plnění. Originály těchto dokladů zůstávají pojištiteli a nevracejí se. Byl-li předložen originál dokladu k úhradě jiné osobě než pojištiteli, 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 neodbrl, plní pojištitel tomu, kdo náklady prokazatelně vynaložil, jinak se plnění stává předmětem dědického řízení.
 - Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je finanční plnění podle tohoto článku splatné v méně České republiky a na jejím území a pojištitel ho poskytuje formou převodu na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázku na jméno a adresu oprávněné osoby.
 - Pojištitel poskytne pojistné plnění za recept na lékářem 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.
 - V případech přepočtu ze zahraniční měny použije pojištitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.
 - Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhne dobu trvání pojištění, pojištitel rozhodne o dalším postupu takto:
 - pokud zdravotní stav pojištěného neumožňuje jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojištětelem do doby, než se jeho zdravotní stav zlepší natolik, že bude možné jeho repatriaci uskutečnit,
 - pokud zdravotní stav pojištěného umožní jeho repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře uskutečnit jeho repatriaci.
 - 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. 3., písm. a) až písm. c) (**Zdravotní péče včetně repatriace a převozu**) omezuje pojistné plnění za jednu pojistnou událost.

b) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 3., písm. d) (pojištění typu **Novorozence**), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

c) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 3., písm. e) (**Neodkladné ošetření zubů**), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

d) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4, odst. 3., písm. f) (**Ambulantně předepsané léky**), který dále omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

9. Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojištitel v souladu s pojistnými podmínkami.

10. Pojištitel je oprávněn pojistné plnění snížit:

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

11. Pojištitel může pojistné plnění odmítnout v případech uvedených v zákoně.

12. 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 pojištitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Čl. 5

Vyluky z pojištění

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

a) nákladů na:

- ustávní péči v odborných léčebných ústavech s výjimkou léčby tuberkulózy a duševních poruch,
- lázeňskou péči, homeopatii a akupunkturu,
- transplantace,
- léčení závislostí, 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 inzulínem u onemocnění cukrovkou,
- léčení chronické ledvinové 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, sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
- elektrické vozíky a myoelektrické protězy,
- regulační poplatky a doplatky,
- zhotovení a opravy zubních protéz, pevných zubních náhrad a ortodontických pomůcek,

b) odkladné (neakutní) stomatologické péče s výjimkou následků úrazu,

c) události, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,

d) události, které byly pojištěnému způsobeny oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby,

e) události vzniklých při činnostech na místech k tomu určených,

f) 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 pojištěný podílel,
- manipulací se střílnou zbraní nebo výbušninou pojištěným,
- 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,

h) vyjmenovaných v pojistné smlouvě.

2. Pojištitel 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 pojištitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojištětele,

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, poplatky za dožadání služby pohotovostní lékárny),

d) za léky a zdravotnické prostředky nepředepsané lékařem, tj. volně zakoupené bez lékařského předpisu, nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění,

- e) za komplikace, které se vyskytnou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče u onemocnění, stavů či úrazů, na které se pojištění nevztahuje,
- f) 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.
- g) za poporodní péči o novorozence pojištěné matky, není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu „**Novorozeneček**“; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

Čl. 6

Uzavření a doba platnosti pojistné smlouvy

- Pojistná smlouva je uzavřena přijetím návrhu pojistitele. Návrh je přijat podpisem smluvních stran, není-li v návrhu výslovně uvedeno, že pojištění smlouva je uzavřena zaplacením pojistného. Zaplacením pojistného se rozumí připsání finanční částky na účet pojistitele nebo převzetí hotovosti zprostředkovatelem pojistitele, vždy ve výši a lhůtě stanovených v návrhu.
- 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 pojistné plnění v pojistné smlouvě je vázána na vznik pojistné události a splnění všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a jejich 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 jejich 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:
 - učinit 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 lékařská ošetření a poskytovatel zdravotní péče se prokázat průkazem pojištěného,
 - na žádost pojistitele písemně zprostit poskytovatele zdravotní péče 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,
 - 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 i v 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 i jiným způsobem, tj. např. při získání trvalého pobytu pojištěného v České republice. Tato skutečnost není důvodem pro zánik pojištění ani pro vrácení pojistného nebo jeho části.
- Pojistitel je oprávněn prověřovat 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 sjednaného pojištění; to platí i v případě, že jde o změnu pojištění nebo vyřizování škodné události; stejnou povinnost má pojištěný 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 nebo bezpečí.
- 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:

A) 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),
 - potvrzení o úhradě (účty vystavené lékařem nebo účty vystavené lékárnou na základě receptu ošetřujícího lékaře nebo účty vystavené prodejnou zdravotnických potřeb) s uvedením výše a předmětu úhrady,
- B) v případě pojištění 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 úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

Všechny doklady musí znít 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 uvedené 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 pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
- Je-li pojistná smlouva ukončena **dohodou** předě 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 **výpovědí 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.

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 pojištěního plnění** v souladu se zákonem.
- Pojistitel i pojistník mohou od pojistné smlouvy **odstoupit** v souladu se zákonem.
- Zánikem pojištění je pojistná smlouva ukončena.
- 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 pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetí osobě, pak tento nárok přechází na pojistitele, a to až do výše částky, kterou pojistitel poskytl.
- Pokud pojištěný v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, je pojistitel oprávněn tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Čl. 15

Doručování písemnosti

- 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 zaměstnancem pojistitele nebo jinou osobou pověřenou osobou; v takovém případě se písemnost 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 rozdílnému 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 odpuštěno.
- Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poštu a adresát si písemnost v uložení lhůtě (určené právním předpisem o poštovních službách) nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem uložení lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.
- Pokud se písemnost vrátí jako nedoručená z jiných důvodů, než je uvedeno v předchozím odstavci, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojistiteli.
- Na ostatní případy doručování v tomto článku neupravené se podměrně 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:
 - doručení smluvního zdravotnického zařízení,
 - zajištění přijetí k ošetření u smluvního lékaře v ordinálních hodinách,
 - doporučení vhodného postupu v případě škodné události,
 - sledování vývoje zdravotního stavu v průběhu hospitalizace,
 - poskytnutí garance likvidity smluvnímu 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 celou zaplacení den složení částky ve prospěch příjemce. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání částky na účet příjemce.
- Náklady pojistitelé spojené se vznikem a správou pojištění činí 20% z nespotřebované pojistné.
- Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vypořádání, u příslušného soudu v České republice podle českého práva.