

POJISTNÉ PODMÍNKY KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

PLUS

KZPCP 1/20

s platností od 1. června 2020



POJIŠŤOVNA VZP, a.s.

Chráníme to nejcennější

Obsah:

STRANA 1

ODDÍL A SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

- Článek 1 – Úvodní ustanovení
- Článek 2 – Vymezení pojmů
- Článek 3 – Rozsah a místo pojištění
- Článek 4 – Rozsah a splatnost pojistného plnění

STRANA 2

- Článek 5 – Pojistný zájem
- Článek 6 – Skupinové pojištění
- Článek 7 – Uzavření pojistné smlouvy
- Článek 8 – Vznik a trvání pojištění. Pojistná doba
- Článek 9 – Změny a ukončení pojistné smlouvy. Zánik pojištění
- Článek 10 – Pojistné

STRANA 3

- Článek 11 – Práva a povinnosti pojistitele
- Článek 12 – Povinnosti pojistníka
- Článek 13 – Povinnosti pojištěného
- Článek 14 – Další práva a povinnosti účastníků pojištění

STRANA 4

- Článek 15 – Doručování písemností
- Článek 16 – Forma právních jednání
- Článek 17 – Zachraňovací náklady
- Článek 18 – Přejedání práv na pojistitele
- Článek 19 – Závěrečná ustanovení

ODDÍL B ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- Článek 1 – Účel a předmět pojištění

STRANA 5

- Článek 2 – Pojistná událost
- Článek 3 – Rozsah a místo pojištění
- Článek 4 – Rozsah pojistného plnění

STRANA 6

- Článek 5 – Výluky z pojištění
- Článek 6 – Povinnosti pojištěného
- Článek 7 – Asistenční služby

ODDÍL C POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V SCHENGENSKÉM PROSTORU

- Článek 1 – Účel a předmět pojištění
- Článek 2 – Pojistná událost
- Článek 3 – Rozsah a místo pojištění
- Článek 4 – Rozsah pojistného plnění

STRANA 7

- Článek 5 – Výluky z pojištění
- Článek 6 – Povinnosti pojištěného
- Článek 7 – Asistenční služby
- Článek 8 – Trvání pojištění

ODDÍL A SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků **komplexního zdravotního pojištění cizinců PLUS** (dále v tomto oddílu také jen „pojištění“) se řídí právním řádem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákoník“), těmito pojistnými podmínkami, ustanoveními 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 pojistných 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:

- Akutní zdravotní péče** je péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pojištěný nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí.
- Bez zbytečného odkladu** jde o velmi krátkou dobu maximálně v řádu dní, již je míněno bezodkladně, neprodleně, bezprostřední či okamžitě jednání směřující ke splnění povinnosti či k učinění právního úkonu či jiného projevu vůle, přičemž doba jejího trvání bude záviset na okolnostech konkrétního případu.
- 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 sjednaného počátku pojistné doby.
- Doba trvání pojištění** je skutečná doba v rámci sjednané pojistné doby, po kterou bylo pojištění osoby v účinnosti.
- Hospitalizace** je stav pojištěného zapříčiněný pojistným nebezpečím, kdy je mu poskytována v lékařského hlediska nutná nemocniční diagnostická a léčebná péče spojená s jeho pobytem na lůžku.
- Chronické onemocnění** je dlouhotrvající a rozvíjející se nemoc (včetně porázových stavů), která existovala před počátkem pojištění osoby a byla během předchozích 6 měsíců stabilizována a nevyžadovala hospitalizaci nebo nedošlo k jejímu zhoršení či změně léčebných postupů nebo léků.
- 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.
- Dobou** 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.
- Náhlé onemocnění** je taková náhlá a nečekaná porucha zdraví, která přímo ohrožuje zdraví nebo život pojištěného nezávisle na jeho vůli a vyžaduje akutní a neodkladnou zdravotní péči.
- Navazující pojistná smlouva** je smlouva, která navazuje na předchozí smlouvu, pokud nedošlo ke změně rozsahu pojištění nebo k navýšení limitu pojistného plnění, za podmínky, že časová prodleva mezi datem konce pojistné doby předchozí smlouvy a datem počátku pojistné doby nové smlouvy je nejvýše 30 kalendářních dní. V případě škodní události z navazující pojistné smlouvy se neuplatňuje výluka Oddíl B, čl. 5, odst. 2, písm. a).
- Onemocnění** je pro účely tohoto pojištění lékařsky doložený vznik nemoci, přičemž nemoc je pro účely tohoto pojištění stav, který ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí lékařské péče.
- Neodkladná zdravotní péče** je péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlu nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.
- 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 písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, které pojistitel vydává pojistníkovi.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění osoby sjednáno.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost vyvolaná pojistným nebezpečím, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události (dále jen „příčina“).
- Pojistné riziko** je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným 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.
- Profesionální sportovec** je osoba, která má se sportovním klubem či jiným subjektem v této oblasti uzavřenou profesionální smlouvu a/nebo vykonává sportovní činnost za úplatu, která je hlavním nebo převažujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 20 hodin týdně (včetně vikendu), včetně tréninku.
- Profesionální sportovní činnost** je sportovní činnost vykonávaná osobou, které je profesionálním sportovcem podle definice uvedené v tomto článku.
- Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení o vzniku zdravotního pojištění, které pojistitel vydává vždy s platností omezenou na dobu, na kterou bylo zaplacené pojistné, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Průkaz slouží pojištěnému k uplatnění práva na pojistné plnění.
- Smluvním poskytovatelem zdravotních služeb (smluvním zdravotnickým zařízením)** je takový poskytovatel zdravotních služeb, s nímž má pojistitel pro tyto účely uzavřenu smlouvu.
- Škodní 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.
- Škodou** jsou přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní služby poskytnuté pojištěnému v místě pojištění.
- 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, ke kterému dojde během trvání pojištění a kterým je pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt, včetně pracovních úrazů. Za vznik úrazu se považuje okamžik, kdy došlo k působení zevních sil nebo vlivů, které způsobily poškození zdraví nebo smrt pojištěného. Za úraz se také považuje poškození zdraví, které bylo pojištěnému způsobeno:
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem,
 - nákazou tetanem nebo vzteklinou při úrazu, diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu,
 - neočekávaným a nepřerušovaným působením vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, elektrického proudu (vč. blesku), zářením, toxických látek a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických),
 - tonutím a utonutím,
 - kousnutím a uštknutím, bodnutím hmyzem.
- Vícenásobné pojištění** vznikne, vztahují-li se dvě nebo více soukromých pojištění na totéž pojistné nebezpečí pojištěné pro stejné období, jestliže souhrn limitů pojistného plnění přesáhne skutečnou výši vzniklé škody.
- Zájemce** je osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem.
- Poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnické zařízení)** je registrované zařízení poskytující ambulantní nebo ambulantní a lůžkovou, diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí mohou být i nezbytná preventivní opatření (nemocnice, ambulantní lékaři). Poskytovatel zdravotních služeb může být fyzická nebo právnická osoba.

Čl. 3

Rozsah a místo pojištění

- Rozsah sjednaného pojištění je určen pojistnými podmínkami a volitelnými parametry uvedenými v pojistné smlouvě. Tyto parametry volí pojistník při uzavření pojistné smlouvy na základě znalosti pojistného zájmu pojišťovaných osob.
- Pojistník zvolí, které druhy pojištění pro které osoby budou sjednány a případně jejich typ, zvolí případná připojištění, pojistnou dobu a horní hranici pojistného plnění.
- Pojištění je účinné pouze ve sjednaném místě pojištění, které je pro jednotlivé druhy pojištění uvedeno v dalších oddílech těchto pojistných podmínek.

Čl. 4

Rozsah a splatnost pojistného plnění

- Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel v souladu s pojistnými podmínkami.
- Poskytnutí pojistného plnění je podmíněno vznikem pojistné události a splněním všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a jejich součástí vyplývají, zejména zaplacením pojistného.
- Není-li smluvními stranami dohodnuto jinak, je pojistné plnění splatné v měně České republiky a na jejím území a pojistitel ho hradí oprávněné osobě, a to formou převodu na její bankovní účet nebo poštovní poukázkou na její jméno a adresu.
- Pokud byl pojištěný oprávněn přijmout pojistné plnění, které za života neobdržel, stane se nevplacené pojistné plnění předmětem dědického řízení.
- V případech přepočtu zahraniční měny použije pojistitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.

6. 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.
7. 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 oznamovateli 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 přiměřenou zálohu na pojistné plnění; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
8. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit:
 - a) v důsledku kompenzací, které oprávněná osoba již obdržela jiným způsobem,
 - b) bylo-li v důsledku porušení povinností 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 povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích 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. 18 tohoto oddílu,
 - 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 pojistným plněním vůči osobě, v jejíž prospěch bylo plněno,
 - f) pokud pojistník nebo pojištěný nedodá pojistitelem požadovanou zdravotnickou dokumentaci.
9. Poruší-li pojistník nebo pojištěný některou z povinností stanovených v těchto pojistných podmínkách, může pojistitel snížit pojistné plnění s ohledem na závažnost a charakter porušení této povinnosti.
10. 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 povinností stanovené v odst. 1. nebo 2. čl. 14 tohoto oddílu,
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.
11. Pojistné plnění je omezeno limity pojistného plnění. Limity pojistného plnění jsou pro jednotlivé druhy pojištění uvedeny v pojistné smlouvě.
12. Bližší rozsah a způsob pojistného plnění pro jednotlivé druhy pojištění je uveden v dalších oddílech těchto pojistných podmínek.

Čl. 5

Pojistný zájem

1. Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.
2. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Má se za to, že pojistník má pojistný 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.
3. Dal-li pojištěný souhlas k pojištění, má se za to, že pojistný zájem pojistníka byl prokázán.
4. Neměl-li zájemce pojistný zájem a pojistitel o tom při uzavření smlouvy věděl nebo musel vědět, je smlouva neplatná.
5. Pojistil-li pojistník vědomě neexistující pojistný zájem, ale pojistitel o tom nevěděl ani nemohl vědět, je smlouva neplatná; pojistiteli však náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnost dozvěděl.
6. Pojistný zájem nezaniká nepřítomností pojištěného v místě pojištění ani získáním obdobného soukromého pojištění ani z důvodu prostého nezájmu.
7. Zánik pojistného zájmu je nutné pojistiteli vždy prokázat.

Čl. 6

Skupinové pojištění

1. Skupinovým pojištěním je pojištění, které se vztahuje na skupinu pojištěných osob blíže vymezených v pojistné smlouvě, jejichž totožnost v době uzavření smlouvy nemusí být známa.
2. Vztahuje-li se pojištění na členy určité skupiny, nemusí pojistná smlouva obsahovat jména pojištěných, lze-li pojištěné osoby bez pochybností určit alespoň v době pojistné události.
3. Porušení povinností pravdivě a úplně zodpovědět dotazy pojistitele zasahuje při skupinovém pojištění jen pojištění těch osob, kterých se porušení této povinnosti týká.

Čl. 7

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 pojistník 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. 8

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, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
3. Pojištění trvá od vzniku do skutečného zániku pojištění.
4. Pojištění se z důvodu nezaplacení pojistného nepřerušuje.

Čl. 9

Změny a ukončení pojistné smlouvy. Zánik pojištění.

1. Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
2. Pojištění osoby 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, dnem zániku pojištěné právnické osoby bez právního nástupce nebo dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění.
4. Všechna pojištění osoby zanikají 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 České republiky.
5. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění písemně vypovědět:
 - a) do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zaniká,
 - b) do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní doba 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 odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.
7. Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost stanovenou v odst. 1. nebo 2. čl. 14 tohoto oddílu, 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. 7. nebo 8. čl. 11 tohoto oddílu. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinností stanovené v odst. 1. nebo 2. čl. 14 nebo v odst. 7. nebo 8. čl. 11 tohoto oddílu.
8. Byla-li pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od smlouvy v době 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 pojistníkovy 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 pojistníkovy 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. Upomene-li pojistitel pojistníka o zaplacení pojistného a poučí-li ho v upomínce, že pojištění zanikne, nebude-li pojistné zaplaceno ani v dodatečné době, zanikne pojištění mamým uplynutím této doby.
13. Z důvodu ukončení pobytu pojištěného v místě pojištění před uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká.
14. Zánikem všech pojištění všech osob je pojistná smlouva ukončena.

Čl. 10

Pojistné

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel za pojistnou smlouvu. Pojistné se sjednává jako jednorázové.
2. Pojistné je splatné dnem uzavření pojistné smlouvy v méně a výš uvedené v pojistné smlouvě.
3. Pojistné je zaplaceno, je-li v plné 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 v důsledku výpovědi pojistníka nebo v důsledku jeho oznámení o uskutečněném přechodu pojištěného v době trvání pojištění do veřejného zdravotního pojištění České republiky, vrátí pojistitel pojistníkovi po zjištění všech nákladů na pojištění plnění, nejpozději však do 3 měsíců ode dne zániku pojištění, část pojištění, která odpovídá nespoteřovanému 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 poměrně části Nadstandardu (Oddíl B, čl. 4, odst. 6), 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 pojištění 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 době pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.
10. Odstoupí-li pojistník od smlouvy podle odstavce 8. čl. 9 tohoto oddílu, 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. 11

Práva a povinnosti pojistitele

1. Pojistitel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodní události s poskytovateli zdravotních služeb nebo dalšími kompetentními subjekty, a to i v cizině.
2. Po uzavření pojistné smlouvy a zaplacení pojistného vydá pojistitel pojistníkovi pojistku a průkaz pojištěného pro každou pojištěnou osobu. Průkaz pojištěného se vydává vždy s platností na období, na které bylo zaplacené pojistné.
3. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení platné pojistky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost její druhopis; to platí obdobně o vydání kopie písemně uzavřené pojistné smlouvy a průkazu pojištěného. Pojistitel může vydání druhopisu podmínit úhradou vynaložených nákladů.
4. Před uzavřením pojistné smlouvy sděluje pojistitel zájemci o uzavření pojistné smlouvy informace o pojistiteli a o sjednáváním pojištění.
5. Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníka 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. Musí-li se 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 druhá strana při uzavírání smlouvy nápomocen zprostředkovatel nezávislý na pojistiteli.
8. 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.
9. 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. 12

Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

1. Platit pojistiteli pojistné.
2. Včas seznámit všechny pojištěné osoby s obsahem pojistné smlouvy včetně jejích 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 limity pojištění 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. 13

Povinnosti pojištěného

Pojištěný je povinen:

1. učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu jejich následků,
2. písemně zprostit poskytovatele zdravotních služeb mlčenlivostí a dát pojistiteli písemně oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodní události,
3. vždy se řídit pokyny ošetřujícího lékaře,
4. po dobu účinnosti pojištění dodržovat bezpečnostní opatření,
5. používat vhodné ochranné pomůcky a výbavu potřebné pro maximálně bezpečný výkon všech vykonávaných činností,
6. disponovat příslušným platným oprávněním k výkonu všech činností provozovaných v místě pojištění,
7. zabezpečit patřičný dozor nebo doprovod, je-li pro vykonávanou činnost obvyklý,
8. nezdřívá se na místech vyznačených pořadatelem nebo organizátorem jako nevhodná,
9. dodržovat právní předpisy platné v místě pojištění,
10. v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření,
11. dodržovat povinnosti stanovené pro sjednané druhy pojištění v dalších oddílech.

Čl. 14

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 ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí 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 pojistné plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu, podá mu pravdivě vysvětlení o příčině, vzniku a rozsahu následků takové události, o právech třetích osob a o jakémkoliv vícenásobném pojištění; současně předloží pojistiteli potřebné doklady (např. zdravotnickou dokumentaci pojištěného) 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 pojistném plnění právní zájem.
5. Oznámení podle odst. 3. a 4. tohoto článku se považuje za přijaté poté, kdy pojistiteli:
 - I.) byla oznámena událost na řádně vyplněném formuláři pojistitele a doručena pojistiteli,
 - II.) byly předány všechny potřebné doklady nebo doklady vyžádané 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 požadované 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 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 úředního úmrtního listu a lékařského osvědčení o příčině smrti.

6. Účastníci pojištění předkládají pojistiteli kopie dokumentů, originály na vyžádání pojistitele. Doklady musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení a je-li tak na dokladu předepsáno, tak i podpisem popř. i otiskem razítka.
7. 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 výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; na žádost této osoby jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojištění plnění, popřípadě důvod jeho zamítnutí.
8. Obsahuje-li oznámení vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamítl-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.
9. Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje na pojistné plnění právo, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinností, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.

10. Pojistník a pojištěný jsou povinni:
 - a) neprodleně 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 škodní události a rozsahu jejich následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost,
 - c) sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách platných v době vzniku škodní události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojistného nebezpečí.
11. Účastníci pojištění nesmí bez souhlasu pojistitele podstoupit pohledávku na pojistné plnění z pojištění.

Čl. 15

Doručování písemnosti

1. Písemnosti doručované prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen "pošta") budou zaslány:
 - a) pojistiteli na adresu sídla uvedeného v pojistné smlouvě, popřípadě jinou adresu, kterou pojistitel pojistníkovi oznámí;
 - b) pojistitelem na korespondenční adresu příslušné osoby (adresáta) uvedenou v pojistné smlouvě či jinak oznámenou pojistiteli. Není-li korespondenční adresa v pojistné smlouvě uvedena či pojistiteli dodatečně oznámena, budou písemnosti zaslány na adresu uvedenou ve smlouvě nebo oznámenou pojistiteli jako bydliště nebo trvalý pobyt, popřípadě sídlo takové osoby.
2. Pokud není dohodnuto jinak, lze písemnosti doručovat i elektronicky (například prostřednictvím datové schránky, internetové aplikace pojistitele, elektronickou zprávou), a to na kontaktní údaje poskytnuté za účelem elektronické komunikace. Písemnost odeslaná pojistitelem elektronicky na poslední adresátem poskytnutý kontaktní údaj se má za doručenu třetí pracovní den po jejím odeslání, nelze-li datum jejího doručení zjistit nebo není-li v příslušných právních předpisech stanoveno jinak.
3. Písemnosti může doručovat rovněž zaměstnanec pojistitele nebo jiná pojistitelem pověřená osoba, a to zejména na adresy podle odst. 1. písm. b), ale i na jakékoli jiné místo, kde bude adresát ochoten písemnost převzít. Takto doručovaná písemnost se považuje za doručenu dnem jejího převzetí.
4. Účastníci pojištění jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoli změnu týkající se skutečností významných pro doručování a oznámit si navzájem svou novou poštovní adresu, elektronickou adresu či datovou schránku nebo telefonní číslo.
5. Nejde-li o doručení podle odst. 6. až 8., je písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenu dnem uvedeným jako den přijetí písemnosti na dodejce (doručence) a písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou bez dodejky, popřípadě odeslaná obyčejnou zásilkou, třetí pracovní den po odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak patnáctý pracovní den po odeslání.
6. Zmaří-li adresát dojítí písemnosti tím, že ji odepře převzít, platí, že řádně došla dnem, kdy adresát písemnost odepřel převzít.
7. Zmaří-li adresát dojítí písemnosti tím, že si nepřevzme písemnost odeslanou pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou uloženou na poště v úložní lhůtě, platí, že řádně došla dnem uložení na poště.
8. Zmaří-li adresát dojítí písemnosti jinak, než je uvedeno v předchozích odstavcích (např. tím, že neoznačí poštovní schránku svým jménem a příjmením nebo názvem), platí, že řádně došla dnem jejího vrácení pojistiteli.
9. Písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu i v případě, že ji namísto adresáta převezme jiná osoba (například rodinný příslušník), jemuž pošta doručila zásilkou v souladu s právními předpisy o poštovních službách.

Čl. 16

Forma právních jednání

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, nestanoví-li občanský zákoník jinak.
2. V případě, že bude přijetí nabídky ze strany pojistníka shledáno neplatným z důvodu nedodržení písemné formy nebo jiného důvodu, a pojistník uhradí první pojistné či jeho splátku ve výši a lhůtě uvedené v nabídce (není-li lhůta v nabídce uvedena, do jednoho měsíce od doručení nabídky), považuje se nabídka za přijatou zaplacením tohoto prvního pojistného či jeho splátky.
3. Právní jednání, oznámení a žádosti vyžadují písemnou formu, mají-li vliv na:
 - a) trvání a zánik pojištění,
 - b) změny pojistného,
 - c) změny rozsahu pojištění.
4. Právní jednání, pro které je nutná písemná forma, je platné, zejména je-li vlastnoručně podepsáno jednájící osobou, nebo je podpis nahrazen mechanickými prostředky, kde je to obvyklé, je-li učiněno prostřednictvím datové schránky, je-li opatřeno zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona, nebo je-li učiněno prostřednictvím chráněného internetového klientského portálu pojistitele.
5. Právní jednání, oznámení a žádosti neuvedené v odst. 3. mohou být učiněny písemně, telefonicky, e-mailem, prostřednictvím internetové aplikace pojistitele nebo prostřednictvím datové schránky, pokud pojistitel doručování datové schránky umožňuje. To platí zejména pro hlášení škodní pojistné události, pro oznámení pojistníka nebo pojištěného ohledně změny příjmení, adresy bydliště, korespondenční adresy a dalších kontaktních údajů, uvedených ve smlouvě. Právní jednání, oznámení a žádosti dle tohoto odstavce učiněné jinak, než v písemné formě musí být dodatečně doplněny písemnou formou, vyžádá-li si to pojistitel.

Čl. 17

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. Náhrada ostatních zachraňovacích nákladů je omezena částkou 100.000 Kč za dobu platnosti pojistné smlouvy s výjimkou nákladů vynaložených pojistníkem se souhlasem pojistitele.
3. Náhrada zachraňovacích nákladů je nad rámec sjednaného limitu pojistného plnění.
4. Vynaložil-li zachraňovací náklady pojištěný nebo jiná osoba nad rámec povinností stanovených zákonem, má proti pojistiteli stejné právo na náhradu jako pojistník.

Čl. 18

Přechod práv na pojistitele

1. Vzniklo-li v souvislosti s hrozící nebo nastalou pojistnou událostí osobě, která má právo na pojistné 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, jejíž právo na pojistitele 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 pojistiteli v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, je pojistitel oprávněn tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Čl. 19

Závěrečná ustanovení

1. Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou uplatněna 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 nenabývaly plně svéprávnosti, jednájí 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 nespotebovaného 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.

ODDÍL B

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Zdravotní pojištění (dále v tomto oddílu jen "pojištění"), se řídí kromě společných ustanovení v oddílu A i ustanoveními tohoto oddílu.

Čl. 1

Účel a předmět pojištění

1. V případě vzniku pojistné události poskytne pojistitel oprávněně osobě pojistné plnění v rozsahu škody vzniklé na předmětu pojištění až do sjednaného limitu pojistného plnění.
2. Oprávněnou osobou je pojištěný.
3. Předmětem pojištění je zdraví pojištěného. Připojistit lze i zdraví novorozence pojištěné matky.
4. Pojištění se sjednává jako škodové.

Čl. 2

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, v místě pojištění a v rozsahu a za podmínek ustanovení tohoto oddílu.
- V případě vzniku pojistné události poskytne pojistitel pojistné plnění v rozsahu čl. 4 tohoto oddílu.

Čl. 3

Rozsah a místo pojištění

- Pojištění je účinné pouze ve sjednaném místě pojištění, kterým je **území České republiky**.
- Čekací doba se uplatňuje pro případy zdravotních služeb z důvodu:
 - těhotenství v délce **3 měsíce**,
 - porodu v délce **8 měsíců**.
 Čekací doba se **neuplatňuje**, je-li v pojistné smlouvě sjednán typ pojištění "Novorozenec".
- Došlo-li k události, která mohla být nebo byla pojistnou událostí z pojištění léčebných výloh v schengenském prostoru sjednaného podle Oddílu C těchto pojistných podmínek nebo z jiného pojištění léčebných výloh u pojistitele (např. z cestovního pojištění), 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 (limity pojistného plnění) za zdravotní služby včetně repatriace a převozu popř. za sjednaná připojištění, a typ pojištění v následujícím rozsahu:

"Standard" pojištění zahrnuje komplexní zdravotní služby poskytované pojištěnému; pojištění se nevztahuje na události, za které je pojistné plnění podmíněno sjednáním typu pojištění *Novorozenec* nebo *Profesionální sporty*, **"Novorozenec"** nad rámec typu pojištění „Standard“ se pojištění vztahuje i na události specifikované pod písm. d) odst. 5. čl. 4 tohoto oddílu, **"Profesionální sporty"** nad rámec typu pojištění „Standard“ se pojištění vztahuje i na události specifikované pod písm. e) odst. 5, čl. 4 tohoto oddílu.

Čl. 4

Rozsah pojistného plnění

- Podmínkou uplatnění práva na pojistné plnění formou čerpání zdravotních služeb poskytovaných pojistitelem je předložení platného průkazu pojištěného poskytovateli těchto služeb vždy před zahájením jejich čerpání. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba.
 - Pojistné plnění za zdravotní služby čerpané v souvislosti s těhotenstvím nebo porodem pojistitel poskytuje až po uplynutí čekací doby, je-li sjednána.
 - Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za služby čerpané mimo dobu trvání pojištění.
 - Pojistné plnění je omezeno limity pojistného plnění.
 - Pojistné plnění do limitů pojistného plnění dle odst. 11. tohoto článku poskytuje pojistitel v rozsahu:
 - zdravotní služby** v rozsahu obdobném seznamu zdravotních výkonů hrazených pojištěncům veřejného zdravotního pojištění České republiky (dále jen „zdravotní služby“), avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění.
Tyto zdravotní služby pojistitel poskytuje u smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Pouze v případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života z prodlení, pojistitel poskytne tyto zdravotní služby i u nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky. Uhrazeny budou nezbytné nutné a přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní služby, a to jen do doby, než bylo možné zajistit zdravotní služby u smluvního poskytovatele zdravotních služeb pojistitele.
 - repatriace** nemocného pojištěného za souhlasu ošetřujícího lékaře, umožňuje-li to jeho zdravotní stav, prostřednictvím organizace zdravotnické dopravní služby, která je schválena pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištěného, 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**; tyto služby pojistitel poskytuje prostřednictvím smluvního poskytovatele bez přímé úhrady pojištěným poskytovateli,
 - převoz tělesných pozůstatků** pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, provedený specializovanou organizací schválenou pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištěného. Po předchozím schválení může pojistitel v odůvodněných případech uhradit i další související náklady; tyto služby pojistitel poskytuje prostřednictvím smluvního poskytovatele bez přímé úhrady poskytovateli,
 - je-li v době vzniku pojistné události účinné pojištění typu **"Novorozenec"**, poskytne pojistitel pojistné plnění i v případě **poporodní péče o novorozence** pojištěné matky narozeného nebo narozených v době trvání pojištění,
 - 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,
 - Limit plnění za náklady uvedené pod písm. a) až c) odst. 5. tohoto článku, (**Zdravotní služby včetně repatriace a převozu**) omezuje pojistné plnění za každou jednu pojistnou událost.
 - Limit plnění za náklady uvedené pod písm. d) odst. 5. tohoto článku (**Poporodní péče o novorozence pojištěné matky**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v době trvání pojištění.
 - Limit plnění za náklady pod písm. f) odst. 5. tohoto článku (**Ošetření zubů**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v jednom roce trvání pojištění nebo za pojistnou dobu, je-li trvání pojištění kratší než jeden rok.
 - Limit plnění za náklady pod písm. g) odst. 5. tohoto článku (**Ambulantně předepsané léky**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v jednom roce trvání pojištění nebo za pojistnou dobu, je-li trvání pojištění kratší než jeden rok.
 - Limit plnění za náklady dle písm. a) až j) odst. 6 tohoto článku (**Nadstandard**) omezuje plnění za všechny nadstandardní zdravotní a jiné služby za dobu trvání pojištění. Pojistitel poskytuje toto nadstandardní plnění nad rámec limitů uvedených v odstavci 5 tohoto článku.
- Náklady za zdravotní služby podle odstavce 5. tohoto článku pojistitel hradí přímo nebo prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb poskytovateli zdravotních služeb, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
 - Náklady za nadstandardní zdravotní a jiné služby podle odstavce 6. tohoto článku pojistitel hradí pojištěnému nebo osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila, a to po předložení dokladu o jejich úhradě.
 - Přímá úhrada nákladů za zdravotní a jiné služby:**
 - Pokud pojištěný nebo jiná osoba provedl přímou úhradu nákladů za zdravotní služby podle odstavce 5 tohoto článku, které jsou pojistnou událostí, a byly pojištěnému poskytnuty u poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky, pojistitel následně za tyto zdravotní služby proplatí přiměřené prokazatelně vynaložené náklady pojištěnému nebo osobě, která tyto náklady vynaložila.
 - Pojistitel poskytne pojistné plnění za recept na lékářem ambulantně předepsané léky nebo poukaz na zdravotnické prostředky, pokud výše těchto nákladů 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.
 - Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá 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 stavlepší natolik, že bude možné jeho repatriaci uskutečnit,
 - pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře uskutečnit jeho repatriaci.
 - Horní hranice pojistného plnění je určena limity pojistného plnění uvedenými v pojistné smlouvě:
 - Limit plnění za náklady uvedené pod písm. a) až c) odst. 5. tohoto článku, (**Zdravotní služby včetně repatriace a převozu**) omezuje pojistné plnění za každou jednu pojistnou událost.
 - Limit plnění za náklady uvedené pod písm. d) odst. 5. tohoto článku (**Poporodní péče o novorozence pojištěné matky**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v době trvání pojištění.
 - Limit plnění za náklady pod písm. f) odst. 5. tohoto článku (**Ošetření zubů**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v jednom roce trvání pojištění nebo za pojistnou dobu, je-li trvání pojištění kratší než jeden rok.
 - Limit plnění za náklady pod písm. g) odst. 5. tohoto článku (**Ambulantně předepsané léky**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v jednom roce trvání pojištění nebo za pojistnou dobu, je-li trvání pojištění kratší než jeden rok.
 - Limit plnění za náklady dle písm. a) až j) odst. 6 tohoto článku (**Nadstandard**) omezuje plnění za všechny nadstandardní zdravotní a jiné služby za dobu trvání pojištění. Pojistitel poskytuje toto nadstandardní plnění nad rámec limitů uvedených v odstavci 5 tohoto článku.
- Nad rámec pojistného plnění v rozsahu odst. 5. tohoto článku poskytne pojistitel úhradu nákladů pojištěného vynaložených za dále **vyjmenované nadstandardní zdravotní služby** (dále jen „**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 v prodejnách zdravotnických potřeb,
 - plastové fixace (odlehčená sádra),
 - hormonální antikoncepce,
 - sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
 - chodítka a vozíky pro invalidy (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. 5 tohoto článku; toto plnění je omezeno na 500 Kč za jednu událost,
 - preventivní prohlídky, vyšetření a konzultace ke zjištění konkrétního onemocnění (např. laboratorní vyšetření krve, prostaty; vyšetření na zhoubný melanom kůže) včetně vystavení výpisu ze zdravotní dokumentace, a další prohlídky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (k potvrzení řidičského průkazu, pro sportovní aktivity, apod.),
 - dentální hygiena a nadstandardní stomatologický materiál (bílé plomby, apod.),
 - nadstandardní pokoj nebo strava v nemocnici v rámci hospitalizace pojištěného.
 Nadstandard lze čerpat v průběhu trvání pojištění i po dílčích částkách ve výši minimálně 100 Kč.
 - Náklady za zdravotní služby podle odstavce 5. tohoto článku pojistitel hradí přímo nebo prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb poskytovateli zdravotních služeb, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
 - Náklady za nadstandardní zdravotní a jiné služby podle odstavce 6. tohoto článku pojistitel hradí pojištěnému nebo osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila, a to po předložení dokladu o jejich úhradě.
 - Přímá úhrada nákladů za zdravotní a jiné služby:**
 - Pokud pojištěný nebo jiná osoba provedl přímou úhradu nákladů za zdravotní služby podle odstavce 5 tohoto článku, které jsou pojistnou událostí, a byly pojištěnému poskytnuty u poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky, pojistitel následně za tyto zdravotní služby proplatí přiměřené prokazatelně vynaložené náklady pojištěnému nebo osobě, která tyto náklady vynaložila.
 - Pojistitel poskytne pojistné plnění za recept na lékářem ambulantně předepsané léky nebo poukaz na zdravotnické prostředky, pokud výše těchto nákladů 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.
 - Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá 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 stavlepší natolik, že bude možné jeho repatriaci uskutečnit,
 - pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře uskutečnit jeho repatriaci.
 - Horní hranice pojistného plnění je určena limity pojistného plnění uvedenými v pojistné smlouvě:
 - Limit plnění za náklady uvedené pod písm. a) až c) odst. 5. tohoto článku, (**Zdravotní služby včetně repatriace a převozu**) omezuje pojistné plnění za každou jednu pojistnou událost.
 - Limit plnění za náklady uvedené pod písm. d) odst. 5. tohoto článku (**Poporodní péče o novorozence pojištěné matky**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v době trvání pojištění.
 - Limit plnění za náklady pod písm. f) odst. 5. tohoto článku (**Ošetření zubů**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v jednom roce trvání pojištění nebo za pojistnou dobu, je-li trvání pojištění kratší než jeden rok.
 - Limit plnění za náklady pod písm. g) odst. 5. tohoto článku (**Ambulantně předepsané léky**) omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události vzniklé v jednom roce trvání pojištění nebo za pojistnou dobu, je-li trvání pojištění kratší než jeden rok.
 - Limit plnění za náklady dle písm. a) až j) odst. 6 tohoto článku (**Nadstandard**) omezuje plnění za všechny nadstandardní zdravotní a jiné služby za dobu trvání pojištění. Pojistitel poskytuje toto nadstandardní plnění nad rámec limitů uvedených v odstavci 5 tohoto článku.

Čl. 5

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:
 - a) lázeňskou péči, homeopatii a akupunkturu,
 - b) regulační poplatky a doplatky,
 - B) pokud ke škodní události došlo v důsledku nebo v souvislosti s aktivní účastí pojištěného:
 - a) na válečných událostech a jiných ozbrojených konfliktech, aktech násilí nebo občanské válce,
 - b) při manipulaci se zbraní nebo výbušninou,
 - C) pokud ke škodní události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - a) výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,
 - b) 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:
 - a) v případech, kdy je léčebná péče poskytována v důsledku onemocnění nebo úrazu či jiných stavů, pro které byl pojištěný před uzavřením pojištění léčen, nebo v případech, kdy je léčebná péče poskytována v souvislosti s ošetřením onemocnění či úrazů či jiných stavů, jejichž příčina nebo příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy nebo během čekací doby,
 - b) za zdravotní služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v České republice,
 - c) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření nebo nedodrží léčebný režim doporučený lékařem,
 - d) za vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony v osobním zájmu nebo na žádost pojištěného včetně laboratorních vyšetření (týkající se např. kosmetických výkonů, umělého přerušení těhotenství, neplodnosti, antikoncepce, vypracování lékařského potvrzení),
 - e) za léky a zdravotnické prostředky nepředepsané lékařem, tzn. volně zakoupené bez lékařského předpisu, nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění,
 - f) za nepovinná očkování,
 - g) za komplikace, které se vyskytnou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče u onemocnění, stavů či úrazů, na které se pojištění nevztahuje,
 - h) za poporodní péči o novorozence pojištěné matky, není-li v době vzniku škodní události účinné pojištění typu „**Novorozenec**“; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě,
 - i) za události vzniklé při provozování profesionální sportovní činnosti i při přípravě na ni, není-li v době vzniku škodní události účinné pojištění typu „**Profesionální sporty**“; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

Výluky v tomto odstavci se nevztahují na úhrady dle odstavce 6. článku 4. tohoto oddílu.

Čl. 6

Povinnosti pojištěného

Kromě povinností uvedených v oddílu A. je pojištěný povinen:

1. V případě vzniku škodní události se **vždy a bez odkladu, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, obrátit na poskytovatele asistenčních služeb pojistitele a řídit se jeho pokyny**. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba.
2. Poskytovateli zdravotních služeb se před jejich čerpáním vždy prokázat **platným průkazem pojištěného**. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba.
3. Podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele.
4. Je-li na pojištěném požadována přímá úhrada škody, která je pojistnou událostí, je pojištěný povinen:
 - a) uhradit oprávněnému příjemci (poskytovateli zdravotních služeb) 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.
5. Pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje, podstoupit na návrh pojistitele nebo poskytovatele asistenčních služeb pojistitele repatriaci.

Čl. 7

Asistenční služby

1. Asistenční služby jsou služby poskytované pojištěnému v souvislosti se sjednaným zdravotním pojištěním a jsou zabezpečovány smluvní organizací pojistitele. Asistenční služby jsou poskytovány 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Kontakt na poskytovatele asistenčních služeb je uveden na průkazu pojištěného.
2. Asistenční služby jsou poskytovány v rozsahu:
 - doporučení smluvního poskytovatele zdravotních služeb,
 - zajištění přijetí k ošetření u smluvního poskytovatele zdravotních služeb v ordinálních hodinách,
 - doporučení vhodného postupu v případě škodní události,
 - sledování vývoje zdravotního stavu v průběhu hospitalizace,

- poskytnutí garance likvidity smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb v případě nároku na pojistné plnění,
- zajištění repatriace klienta v případě medicinského opodstatnění,
- zajištění odborného doprovodu v rámci repatriace,
- zajištění převozu pozůstatků pojištěného v případě úmrtí.

ODDÍL C

POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V SCHENGENSKÉM PROSTORU

Je-li v pojistné smlouvě sjednáno Pojištění léčebných výloh v schengenském prostoru (dále v tomto oddílu jen "pojištění"), řídí se pojištění kromě společných ustanovení v oddílu A i ustanoveními tohoto oddílu.

Čl. 1

Účel a předmět pojištění

1. V případě vzniku pojistné události poskytne pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění v rozsahu škody vzniklé na předmětu až do sjednaného limitu pojistného plnění.
2. Oprávněnou osobou je pojištěný.
3. Předmětem pojištění je zdraví pojištěného.
4. Pojištění se sjednává jako škodové.

Čl. 2

Pojistná událost

Pojistnou událostí je, s výjimkou sjednaných výloh, změna zdravotního stavu (včetně náhlé změny dlouhodobě ustáleného chronického onemocnění) pojištěného z příčiny náhlého onemocnění nebo úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění a v místě pojištění a které vyžaduje následně poskytnutí akutní a neodkladné zdravotní péče v místě pojištění.

Čl. 3

Rozsah a místo pojištění

1. Pojištění je účinné pouze ve sjednaném místě pojištění, kterým je **území států schengenského prostoru s výjimkou území České republiky**. Území států se rozumí včetně výhradní hospodářské zóny (EEZ).
2. U pojištění se nerozlišuje typ pobytu (cesty). Pojištění je účinné jak při turistické, tak při pracovním pobytu (cestě).
3. Pojištění se vztahuje na rekreační cesty a pobyty při provozování běžných rekreačních a oddechových sportů, které jsou v Seznamu činností a sportů (dále jen „Seznam“) uvedeny jako sporty **Bez nutnosti připojištění a na sporty uvedené v Seznamu jako sporty S nutností připojištění - Nebezpečné sporty**. Na sporty uvedené v Seznamu jako **Extrémní a na sporty Nepojišitelné** se pojištění nevztahuje.

Čl. 4

Rozsah pojistného plnění

1. Není-li dále uvedeno, že pojistitel realizuje pojistné plnění poskytnutím služeb bez přímé úhrady pojištěným, uhradí pojistitel oprávněné osobě (pojištěnému nebo tomu, kdo náklady skutečně vynaložil) náklady v rozsahu skutečně vzniklé škody.
2. Pojistné plnění do limitů dle odst. 5. tohoto článku poskytuje pojistitel v rozsahu:
 - a) **akutní a neodkladná zdravotní péče** o pojištěného zahrnující:
 - nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - nezbytné standardní ošetření,
 - nezbytnou hospitalizaci nemocného ve vícelůžkovém pokoji se standardním vybavením,
 - nutnou operaci včetně souvisejících nezbytných výloh,
 - nezbytné léky a zdravotnické prostředky předepsané lékařem v množství potřebném do doby návratu do České republiky,
 - ze zdravotního hlediska nutnou přepravu z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zařízení první lékařské pomoci nebo nemocnice a zpět,
 - b) **repatriace** nemocného pojištěného za souhlasu ošetřujícího lékaře, umožňuje-li to jeho zdravotní stav, prostřednictvím organizace zdravotnické dopravní služby, která je schválena pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojistitele, a to do zdravotnického zařízení v České republice určeného stejným způsobem, popřípadě do místa pobytu pojištěného v České republice; tyto služby pojistitel poskytuje prostřednictvím smluvního poskytovatele bez přímé úhrady pojištěným poskytovateli,
 - c) po předchozím schválení může pojistitel v odůvodněných případech uhradit i náklady další osoby nezbytné pro **doprovod pojištěného**,
 - d) **převoz tělesných pozůstatků** pojištěného do místa jeho pobytu v České republice provedený specializovanou organizací odsouhlasenou pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojistitele. Po předchozím schválení může pojistitel v odůvodněných případech uhradit i další související náklady; tyto služby pojistitel poskytuje prostřednictvím smluvního poskytovatele bez přímé úhrady poskytovateli,
 - e) **neodkladné ošetření zubů** pojištěného za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti s výjimkou zhotovení a opravy zubních protéz, pevných zubních náhrad a ortodontických pomůcek,

- f) asistenční služby v rozsahu čl. 7 tohoto oddílu; tyto služby pojistitel poskytuje prostřednictvím smluvního poskytovatele bez přímé úhrady pojištěným poskytovateli.
3. Přímá úhrada nákladů za zdravotní a jiné služby:
Pokud pojištěný nebo jiná osoba provedli přímou úhradu nákladů za zdravotní služby podle odstavce 2 tohoto článku, které jsou pojistnou událostí, a byly pojištěnému poskytnuty ve zdravotnickém zařízení na území schengenského prostoru, pojistitel následně za tyto zdravotní služby proplatí přiměřené prokazatelné vynaložené náklady pojištěnému nebo osobě, která tyto náklady vynaložila, a to po převzetí alespoň kopií potřebných dokladů.
 4. 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 a v případě potřeby i doléčení ve zdravotnickém zařízení na území České republiky určeném pojistitelem.
 5. Horní hranice pojistného plnění je určena těmito limity pojistného plnění:
 - a) Limit plnění za náklady dle písm. a) až d) odst. 2. tohoto článku (Zdravotní péče včetně repatriace a převozu) je uveden v pojistné smlouvě a omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události pojištěného za dobu trvání pojištění.
 - b) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle písm. e) odst. 2. tohoto článku (Neodkladné ošetření zubů) je uveden v pojistné smlouvě a omezuje pojistné plnění za všechny pojistné události pojištěného vzniklé v jednom roce trvání pojištění.

Čl. 5

Výluky z pojištění

Kromě výluk uvedených v oddílu A. se za pojistnou událost nepovažují:

1. události, kdy je léčebná péče poskytována v důsledku onemocnění nebo úrazu či jiných stavů, pro které byl pojištěný před uzavřením pojištění léčen, nebo události, kdy je léčebná péče poskytována v souvislosti s ošetřením onemocnění či úrazu či jiných stavů, jejichž příčina nebo příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy nebo během čekací doby,
2. porod včetně předčasného a šestinedělí, interrupce, umělé oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti nebo vyšetření (včetně laboratorního a ultrazvukového) ke zjištění a sledování těhotenství, vyšetření v souvislosti s antikoncepcí včetně úhrady antikoncepce,
3. případy vycestování za účelem čerpání zdravotních služeb,
4. ošetření zubů a služeb s ním spojených s výjimkou ošetření následků úrazu a nezbytného jednoduchého ošetření zubů za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti,
5. preventivní prohlídky, očkování, kontrolní lékařská vyšetření,
6. ošetření nesouvisející s náhlým onemocněním nebo úrazem,
7. rehabilitace, fyzikální léčba, chiropraktické výkony, výcvikové terapie, nácvik soběstačnosti,
8. orgánové transplantace, léčení hemofilie, léčení interferonem, inzulinoterapie mimo poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy,
9. náhrady za brýle, kontaktní čočky, naslouchací přístroje a za zhotovení a opravy ortopedických protéz,
10. náklady spojení s kontaktováním pojistitele nebo asistenční služby (náklady za telefonické hovory, apod.),
11. vyšetření a léčení psychických poruch nesouvisejících s jiným náhlým onemocněním nebo úrazem, psychologického vyšetření a psychotherapie,
12. výkony a diagnostické metody, které nejsou lékařsky uznávané nebo nejsou provedeny kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem včetně hospitalizace poskytnuté v takových zařízeních,
13. kosmetické zákroky,
14. lázeňské a ozdravné léčení a pobyt, léčení v odborných léčebných ústavech (včetně léčen dlohodobě nemocných, sanatorií a hospicové péče) a v zařízeních následné lůžkové ošetrovatelské péče,
15. akupunktura a homeopatie,
16. komplikace, které se mohou vyskytnout při léčení onemocnění, stavů nebo úrazů, na něž se pojištění nevztahuje,
17. vyšetření a léčení pohlavních, sexuálně přenosných onemocnění a AIDS od stanovení diagnózy,
18. úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředešpaných lékařem, tzn. volně zakoupených bez lékařského předpisu nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění,
19. léčení takových onemocnění a zdravotních stavů, kdy je čerpání zdravotních služeb vhodné, účelné a potřebné, ale jsou odkladné a lze je poskytnout až po návratu do České republiky,
20. události, pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,
21. převozy, vyhledávací, pátrací a zachraňovací akce, pokud zároveň nedošlo k pojistné události na zdraví pojištěného,
22. události, které pojistník nebo pojištěný nebo oprávněná osoba mohli předvídat nebo jim byly známy v době uzavírání pojistné smlouvy,

23. události, které pojištěný způsobil úmyslně (včetně sebevraždy nebo pokusu o ni) nebo způsobené úmyslným jednáním pojistníka nebo oprávněné osoby,
24. události, které pojištěnému způsobila jiná osoba z podnětu pojištěného, pojistníka nebo oprávněné osoby,
25. události, vzniklé v souvislosti s výtržností, kterou pojištěný vyvolal nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou pojištěný spáchal, anebo při pokusu o ni,
26. události, ke kterým došlo v důsledku nebo v souvislosti s požitím nebo následky požívání alkoholu, léků, narkotik či jiných psychotropních nebo návykových látek pojištěným,
27. události, vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků,
28. události, vzniklé při výkonu kaskadérské činnosti, krocení šelem,
29. události, vzniklé při činnostech na místech k tomu neurčených,
30. události, vzniklé v oblasti, kterou orgán státní správy označil jako válečnou nebo životu a zdraví jinak nebezpečnou zónu nebo nedoporučil cestovat či pobývat v této oblasti, pokud byla cesta či pobyt zahájeny nebo pojistná smlouva uzavřena po tomto vyhlášení,
31. události, ke kterým došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - a) účinky uvolněné jaderné energie, chemických nebo biologických zbraní,
 - b) válečnými událostmi a občanskou válkou,
 - c) akty násilí (včetně občanských nepokojů a teroristické činnosti), na nichž se pojištěný aktivně podílel,
 - d) manipulací se střelnou zbraní nebo výbušninou pojištěným,
32. události, vzniklé a zdravotní služby poskytnuté na území České republiky,
33. události, vzniklé při přípravě a provozování extrémních a nepojišitelných sportů uvedených v Seznamu činností a sportů,
34. události, vzniklé při přípravě a provozování profesionální sportovní činnosti; výluka se neuplatňuje, je-li v době vzniku škodní události účinné pojištění typu „Profesionální sporty“ pro Zdravotní pojištění podle oddílu B těchto pojistných podmínek; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

Čl. 6

Povinnosti pojištěného

Kromě povinností uvedených v oddílu A. je pojištěný povinen:

1. V případě vzniku škodní události se **vždy a bez odkladu**, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, **obrátit na poskytovatele asistenčních služeb pojistitele a řídit se jeho pokyny**. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba.
2. Poskytovateli zdravotních služeb se před jejich čerpáním vždy prokázat **platným průkazem pojištěného**. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba.
3. Podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele.
4. Je-li na pojištěném výjimečně požadována přímá úhrada škody, která je pojistnou událostí, je pojištěný povinen:
 - a) uhradit oprávněnému příjemci (poskytovateli zdravotních služeb) 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.
5. Pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje, podstoupit na návrh pojistitele nebo poskytovatele asistenčních služeb pojistitele repatriaci.

Čl. 7

Asistenční služby

1. Asistenční služby jsou poskytovány pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním léčebných výkonů a jsou zabezpečovány smluvní organizací pojistitele. Kontakt na poskytovatele asistenčních služeb je uveden na průkazu pojištěného.
2. Asistenční služby jsou poskytovány 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, v rozsahu:
 - poskytnutí garance likvidity poskytovateli zdravotních služeb v případě nároku na pojistné plnění,
 - lékařská asistence v případě ambulantní zdravotní péče,
 - lékařská asistence v případě hospitalizace,
 - zajištění repatriace klienta v případě medicinského opodstatnění,
 - zajištění odborného doprovodu v rámci repatriace,
 - zajištění převozu tělesných pozůstatků pojištěného v případě úmrtí,
 - doprovod rodinným příslušníkem.

Čl. 8

Trvání pojištění

Nastane-li v době trvání pojištění situace, kdy se pojištěná osoba nemůže nezávisle na své vůli vrátit do České republiky před uplynutím pojistné doby sjednané v pojistné smlouvě, pojistná doba se automaticky prodlužuje bez navýšení pojistného na dobu nezbytně nutnou, dokud nepominou dále uvedené důvody, maximálně však o 7 dní bezprostředně navazujících na původní pojistnou dobu. Důvody prodloužení jsou objektivní skutečnosti, kterými mohou být přírodní živly (např. zemětřesení, sopečné erupce, povodně a záplavy, bouře), stávka dopravce, technická závada dopravního prostředku nebo teroristické činy bránící návratu pojištěného zpět do České republiky.