

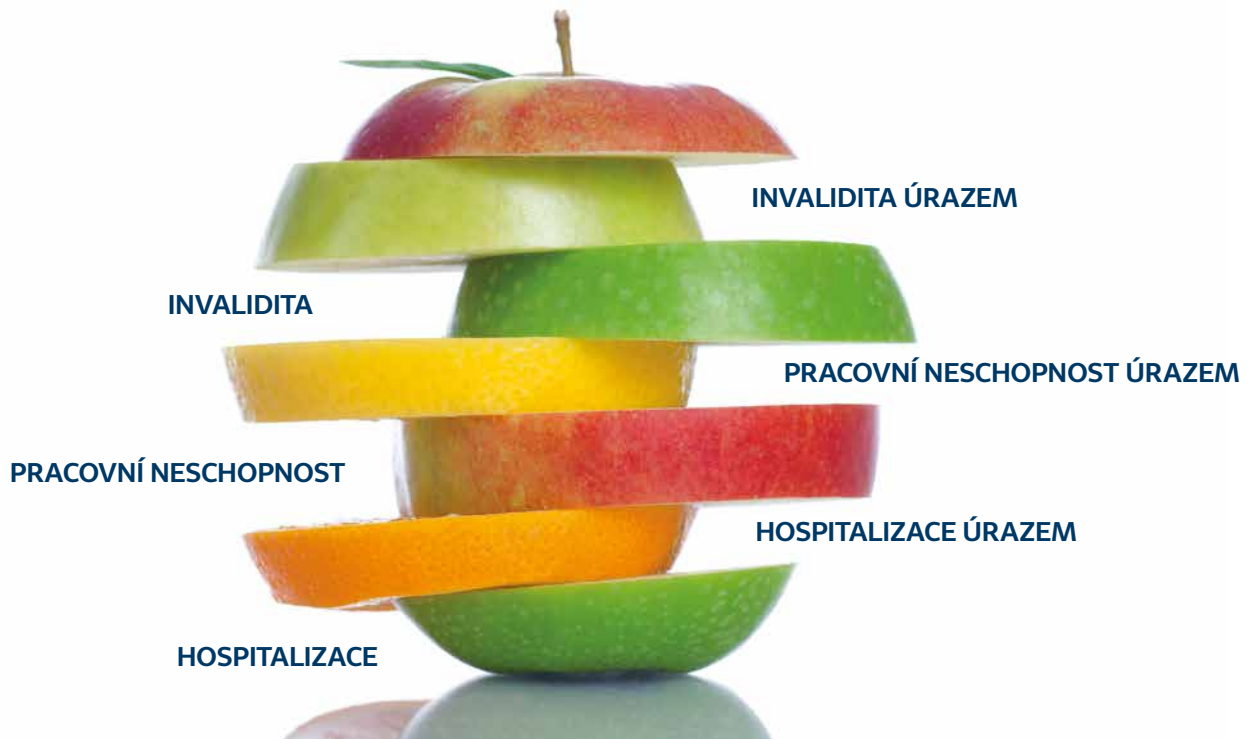


Základní popis

MULTIZDRAVÍ VE ZKRATCE	
POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	V případě pracovní neschopnosti vyplácíme sjednanou denní dávku od smluvně dohodnutého dne, tedy od 15., resp. 29. dne pracovní neschopnosti Plná varianta (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová varianta pojištění
POJIŠTĚNÍ INVALIDITY	V případě vzniku invalidity třetího stupně vyplácíme sjednanou pojistnou částku formou invalidní renty po dobu 5 let, tedy 20 % pojistné částky ročně Plná varianta (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová varianta pojištění
POJIŠTĚNÍ POBYTU V NEMOCNICI HOSPITALIZACE STANDARD	Za každý den pobytu v nemocnici vyplácíme sjednanou pojistnou částku Plná varianta (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová varianta pojištění
POJIŠTĚNÍ POBYTU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ HOSPITALIZACE PREMIUM	Za každý den pobytu ve zdravotnickém zařízení vyplácíme sjednanou pojistnou částku Plná varianta (zahrnuje úraz i nemoc) a úrazová varianta pojištění Pojistná ochrana se vztahuje i na akutní lůžkovou péči poskytnutou v nemocnici na území Evropy

Pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení druhy poskytované péče a maximální pojistné plnění

ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ	DRUH POSKYTOVANÉ PÉČE	MAXIMÁLNÍ POJISTNÉ PLNĚNÍ
NEMOCNICE	LÉČEBNÁ PÉČE poskytovaná formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo standardní	NEOMEZENĚ
LÉČEBNÝ TUBERKULÓZY A RESPIRAČNÍCH NEMOCÍ – odborné léčebné ústavy určené pro nemocné s plicními, mimoplicními a respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči REHABILITAČNÍ ÚSTAVY A LÉČEBNÝ – odborné léčebné ústavy určené k poskytování komplexní dlouhodobé rehabilitační ústavní péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, případně poruchami jiných funkcí OSTATNÍ ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY – např. oční léčebny, instituty onkologie a ústavy chirurgie	LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE poskytovaná formou následné lůžkové péče	90 DNŮ V KALENDRÁRNÍM ROCE
LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH – odborné léčebné ústavy určené k poskytování specializované ošetrovatelské a rehabilitační péče o osoby trpící déle trvajících nemocemi	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE poskytovaná formou dlouhodobé lůžkové péče	
HOSPICE – lůžková zdravotnická zařízení, kde základem léčby je léčba poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci	PALIATIVNÍ PÉČE ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu	
LÁZEŇSKÉ LÉČEBNÝ – zdravotnická zařízení poskytující komplexní a příspěvkovou lázeňskou léčbu doporučenou ošetřujícím lékařem OZDRAVOVNÝ – odborné léčebné ústavy poskytující za lékařského dozoru a odborného vedení zdravotní péči dětem zdravotně oslabeným nebo v rekonvalescenci při využití klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy	LÁZEŇSKÁ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE	28 DNŮ V KALENDRÁRNÍM ROCE



INFORMACE O POJIŠTITELI

Pojistitelem je **Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.** (dále také jen „ČPZ“), Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČ 49240749, provozující pojišťovací činnost a související činnosti, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 2044. Infolinka 841 111 132 – linka je zpoplatněna dle aktuálního ceníku poskytovatele. E-mail: info@zdravi.cz. Datová schránka: 63cdkfx. Aktuální kontaktní údaje lze nalézt na www.zdravi.cz. Dohled nad činností České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. vykonává Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1. ČPZ vypracovává zprávu o solventnosti, která je přístupná na www.zdravi.cz.

PRAKTICKÉ RADY PŘI POJIŠTNÉ UDÁLOSTI

CO SE VÁM STALO?	CO VÁM POJIŠTĚNÍ MŮŽE PŘINĚST?	JAK POSTUPOVAT?
Jste v pracovní neschopnosti? („na nemocenské“)	Vyplatíme Vám sjednanou částku od smluvně dohodnutého dne, tedy od 15., resp. 29. dne pracovní neschopnosti jako kompenzaci ušlého příjmu.	<ul style="list-style-type: none"> Nejpozději do smluvně dohodnutého počátku plnění, tedy do 14., resp. 28. dne od vzniku pracovní neschopnosti zašlete kopii II. dílu Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (tzv. státní neschopenky) do ČPZ. V případě pracovní neschopnosti následkem úrazu zašlete navíc vyplněný formulář Oznamení úrazu.
Došlo u Vás ke vzniku invalidity třetího stupně?	Vyplatíme Vám sjednanou částku formou invalidní renty, díky které si budete moci upravit Vaše bydlení na bezbariérové nebo si pořídit potřebné zdravotnické pomůcky či získané peníze použít na cokoli jiného.	Nejpozději do 30 dnů po vzniku invalidity třetího stupně (tj. den, kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity třetího stupně) doložit ČPZ Posudek o invaliditě od OSSZ a příslušnou zdravotnickou dokumentaci, ze které bude zřejmé, že invalidita třetího stupně byla vyvolána nemocí, která vznikla, nebo úrazem, který nastal, za trvání pojištění.
Byl/a jste hospitalizován/a?	Vyplatíme Vám sjednanou částku za každý den strávený v nemocnici nebo ve zdravotnickém zařízení, a tím Vám pomůžeme pokrýt náklady spojené s léčbou.	Nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace zašlete konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice nebo ze zdravotnického zařízení do ČPZ.

Pojišťovací zprostředkovatel (správce Vaší smlouvy) Vám pomůže: změnit údaje na smlouvě, rozšířit nebo změnit pojištění, nahlásit pojistnou událost.

CHARAKTERISTIKA POJIŠTĚNÍ A INFORMACE O ZÁVAZKU

1. JAK UZAVŘÍT POJISTNOU SMLOUVU

Před uzavřením pojistné smlouvy je nutné, aby pojistník řádně vyhodnotil své potřeby pojistné ochrany a zvolil odpovídající rozsah pojistného krytí. ČPZ poskytne pojistné plnění pouze za sjednaná pojištění. Pojistná smlouva vyžaduje písemnou formu a je uzavřena v okamžiku přijetí nabídky. Písemná forma je zachována, pokud přijal pojistník nabídku včasným zaplacením pojistného.

2. DEFINICE POJIŠTĚNÍ

POJIŠTĚNÍ MULTIZDRAVÍ	
Pojištění pracovní neschopnosti	<p>Obsahem pojištění je výplata sjednané denní dávky při pracovní neschopnosti od smluvně dohodnutého dne, tedy od 15., resp. 29. dne pracovní neschopnosti.</p> <p>Pojištění lze sjednat v plné variantě (zahrnuje nemoc i úraz) a úrazové variantě.</p> <p>Pracovní neschopnost nastává, pokud pojištěný nemůže podle lékařského rozhodnutí vykonávat a ani nevykonává povolání, včetně řídicí a kontrolní činnosti.</p> <p>V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti, jakož i posoudit nezbytnost lékařské péče, a tím rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem. Končí-li pojistná událost dnem, který stanoví lékař určený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.</p> <p>Maximální doba výplaty pojistného plnění při pojistné události je 52 týdnů.</p> <p>Při pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím je pojistné plnění vypláceno nejvýše za 14 dnů pro každé těhotenství.</p> <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby s trvalým příjmem ze závislé nebo samostatné výdělečné činnosti ve věku od 18 do 60 let, pokud při sjednání pojištění nejsou v pracovní neschopnosti.</p> <p>Pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let.</p>
Pojištění invalidity	<p>Obsahem pojištění je výplata sjednané pojistné částky formou invalidní renty po dobu 5 let (tj. 20% pojistné částky ročně) v případě vzniku invalidity třetího stupně.</p> <p>Pojištění se sjednává jako doplňkové pojištění k pojištění pracovní neschopnosti a lze jej sjednat v plné variantě (zahrnuje nemoc i úraz) a úrazové variantě.</p> <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby s trvalým příjmem ze závislé nebo samostatné výdělečné činnosti ve věku od 18 do 60 let.</p> <p>Pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let.</p>
Pojištění pobytu v nemocnici HOSPITALIZACE STANDARD	<p>Obsahem pojištění je výplata sjednané pojistné částky za každý kalendářní den hospitalizace v nemocnici (při poskytnutí akutní lůžkové péče), která je z lékařského hlediska nezbytná a nemohla být poskytnuta ambulantně.</p> <p>Pojištění lze sjednat v plné variantě (zahrnuje nemoc i úraz) a úrazové variantě.</p> <p>První a poslední den hospitalizace se počítají v jeden den hospitalizace.</p> <p>Pojistné plnění je omezeno v případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím na nejvýše 14 dnů a v souvislosti s porodem 7 dnů pro každé těhotenství.</p> <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby ve věku od 0 do 65 let.</p> <p>Pojištění nezaniká dosažením určitého věku.</p>
Pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení HOSPITALIZACE PREMIUM	<p>Obsahem pojištění je výplata sjednané pojistné částky za každý kalendářní den hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (nemocnice, a navíc ozdravovny, rehabilitační ústavy, lázně, léčebny TBC a respiračních nemocí, LDN a hospice), která je z lékařského hlediska nezbytná a nemohla být poskytnuta ambulantně.</p> <p>Pojistná ochrana se vztahuje i na akutní lůžkovou péči v nemocnici poskytnutou na území Evropského hospodářského prostoru (tj. EU, Norska, Islandu, Lichtenštejnska), Švýcarska, Monaka, San Marina, Vatikánu a Andorry.</p> <p>Pojištění lze sjednat v plné variantě (zahrnuje nemoc i úraz) a úrazové variantě.</p> <p>První a poslední den hospitalizace se počítají v jeden den hospitalizace.</p> <p>Pojistné plnění je omezeno v případě hospitalizace na:</p> <ul style="list-style-type: none"> 14 dnů v souvislosti s těhotenstvím a 7 dnů při porodu pro každé těhotenství, 28 dnů v kalendářním roce při poskytnutí lázeňské léčebné rehabilitační péče (lázně, ozdravovny), 90 dnů v kalendářním roce při poskytnutí dlouhodobé lůžkové péče (LDN), následné lůžkové péče (léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy) a paliativní péče (hospice). <p>Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby ve věku od 0 do 65 let.</p> <p>Pojištění nezaniká dosažením určitého věku.</p>

3. ČEKACÍ DOBA

Pojistitel poskytne pojistné plnění teprve u pojistné události nastalé po uplynutí čekací doby, která počíná běžet od počátku pojištění. Délka čekací doby činí 3 měsíce. V případě pojistné události následkem úrazu se čekací doba neuplatňuje.

Zvýší-li se pojistná částka za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Při hospitalizaci pojištěného v souvislosti s porodem a zhotovením zubních nebo ortopedických náhrad se uplatňuje čekací doba v délce 8 měsíců.

4. VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Příklady hlavních výluk

4.1 Pojistitel ze sjednaných pojištění neposkytne pojistné plnění:

- u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s požitím či požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných, kapalných či plyných látek, včetně následků a komplikací z takovéto nemoci nebo úrazu vyplývajících,
- u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s provozováním profesionálního sportu a adrenalinových sportů,
- pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
- v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejich příčin, následků a komplikací,
- v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací.

4.2 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pracovní neschopnosti:

- při pracovní neschopnosti v důsledku nemoci z povolání a pracovního úrazu, včetně následků a komplikací z takovéto nemoci nebo úrazu vyplývajících,
- při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
- za dobu pracovní neschopnosti, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti a doklady, které si pojistitel v rámci šetření vyžádal,
- za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (tj. v době, po kterou nebyl zaměstnán, přerušil či ukončil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), s výjimkou případu, kdy pojištěný doloží, že přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí.

4.3 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění invalidity:

- vznikla-li pojištěnému invalidita třetího stupně následkem nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění, včetně jejich příčin, následků a komplikací,
- vznikla-li pojištěnému invalidita třetího stupně následkem úrazu, který nastal před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
- vznikla-li pojištěnému invalidita třetího stupně následkem nemoci z povolání nebo pracovního úrazu,
- pokud pojištěný vykonává po vzniku invalidity třetího stupně závislou činnost v pracovním nebo jemu obdobném poměru v rozsahu zakládajícím účast na nemocenském pojištění nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti.

4.4 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pobytu v nemocnici a z pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení za hospitalizaci pojištěného v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu.

Další výluky z pojištění jsou sděleny v pojistných podmínkách, které pojistník (zájemce o pojištění) převzal spolu s těmito předmluvními informacemi.

5. INFORMACE O VÝŠI, ZPŮSOBU A DOBĚ PLACENÍ Z POJISTNÉHO

Výše běžného pojistného za sjednané pojistné období je stanovena v pojistné smlouvě. Jednorázové pojistné nelze sjednat. Výše pojistného závisí na parametrech pojištění, jako jsou např. vstupní věk pojištěného a sjednaná pojistná částka. Pojistitel má právo stanovit pro jednotlivé pojistné produkty minimální a maximální výši pojistného a pojistných částek. Doba placení pojistného je shodná s dobou trvání pojištění.

Možnosti placení pojistného: trvalým nebo jednorázovým platebním příkazem, QR kódem, SIPO, poštovní poukázkou (složenkou), v hotovosti (na pokladně České pojišťovny a.s.).

6. DOBA TRVÁNÍ POJIŠTĚNÍ

Doba trvání pojištění (pojistná doba) je vždy uvedena v pojistné smlouvě. Pojištění se sjednává na dobu neurčitou.

7. INFORMACE O ZPŮSOBECH ZÁNÍKU POJIŠTĚNÍ

K zániku pojištění může dojít:

- výpovědí pojistitele nebo pojistníka doručenu do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka podanou do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní doba v délce 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
- nesouhlasem pojistníka se změnou výše pojistného uplatněným do 1 měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl; v tom případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno,
- odstoupením od pojistné smlouvy,
- odmítnutím pojistného plnění ze strany pojistitele; v tom případě pojištění zanikne dnem doručení odmítnutí pojistného plnění,
- dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zpracování osobních údajů a citlivých osobních údajů ve smyslu platné právní úpravy, a také dnem, ve kterém pojistitel obdrží oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu,
- dnem, kdy pojištěný přestane být občanem ČR nebo pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR ve smyslu platné právní úpravy, nebo přestane mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie ve smyslu platné právní úpravy na území ČR,
- dnem, kdy pojistník přestane mít sídlo na území ČR,
- zánikem pojistného zájmu; pojistitel má však právo na pojistné do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl,
- zánikem pojistného nebezpečí,
- smrtí pojištěného,
- dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení dlužného pojistného,
- dnem zániku všech základních pojištění, ke kterým bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění,
- dohodou pojistitele a pojistníka; v dohodě musí být ujednán okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání.

Pojištění pracovní neschopnosti zaniká také dnem:

- kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu starobní důchod, případně starobní důchod před dosažením důchodového věku, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let,
- kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěného posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity kteréhokoliv stupně,
- který předcházela dni, ve kterém pojištěný zahájil výkon jiného povolání než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, nebyla-li ujednána změna pojištění před jeho zánikem,
- uplynutím doby 6 měsíců, po kterou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), nebyla-li ujednána změna nebo přerušení pojištění před jeho zánikem, s výjimkou případu, kdy přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí,
- vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění spočívajícím v omezení výplaty pojistného plnění při pojistné události po dobu 52 týdnů.

Pojištění invalidity zaniká také dnem vzniku pojistné události nebo dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let.

Další způsoby ukončení a zániku pojištění jsou sděleny v pojistných podmínkách, které pojistník (zájemce o pojištění) převzal spolu s těmito předmluvními informacemi.

8. PODMÍNKY A LHŮTY TÝKAJÍCÍ SE MOŽNOSTI Odstoupení OD POJISTNÉ SMLOUVY

Obecná úprava odstoupení

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy. Stejně tak má pojistník právo od smlouvy odstoupit v případě, že pojistitel poruší povinnost upozornit na nesrovnalosti, musí-li si jich být při uzavírání smlouvy vědom, mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky.

Pojistitel má právo odstoupit od smlouvy v případě, že pojištěný nebo pojistník poruší povinnost k pravdivým sdělením na písemné dotazy pojistitele, týkající se pojištění.

Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistník nebo pojistitel do dvou měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit porušení povinnosti, které opravňuje k odstoupení. Při odstoupení od smlouvy nahradí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné a pojistník nahradí pojistiteli pojistné plnění, které již pojistitel případně z pojištění plnil. Odstoupí-li od smlouvy pojistitel, nahradí pojistník pojistiteli i náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

Odstoupení v případě pojistných smluv uzavřených pojistníkem – spotřebitelem mimo obchodní prostory a formou obchodu na dálku

V případě, že jde o pojistnou smlouvu uzavřenou mimo obchodní prostory, tj. mimo pobočky České pojišťovny a.s., nebo formou obchodu na dálku, tj. použitím prostředku komunikace na dálku, může pojistník, odstoupit od smlouvy do 14 dnů ode dne jejího uzavření bez udání důvodu. Poskytl-li pojistitel pojistníkovi, který je spotřebitelem, při uzavírání smlouvy formou obchodu na dálku klamavý údaj, má pojistník právo odstoupit od smlouvy do 3 měsíců ode dne, kdy se o tom dozvěděl nebo dozvědět měl a mohl. Odstoupení od pojistné smlouvy je nutno podat písemně na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 14000 Praha 4. Formulář pro odstoupení od smlouvy naleznete na www.zdravi.cz nebo můžete požádat o jeho doručení prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, příp. infolinky ČPZ.

9. INFORMACE O DŮSLEDČÍCH V PŘÍPADĚ PORUŠENÍ PODMÍNEK VYPLÝVAJÍCÍCH Z POJISTNÉ SMLOUVY

V případě, že pojistník, pojištěný či jiná osoba mající právo na pojistné plnění poruší své zákonné nebo smluvní povinnosti (např. nevyplní úplně a pravdivě zdravotní dotazník), může dle okolností a smluvních ujednání dojít ke snížení či odmítnutí pojistného plnění, nebo ke vzniku práva na vrácení vyplaceného pojistného plnění či práva na náhradu pojistného plnění. Porušení povinností může též být důvodem pro ukončení pojištění výpovědí nebo odstoupením od pojistné smlouvy. Důsledkem neplacení běžného pojistného může být také zánik všech sjednaných pojištění na základě upomínky pojistitele (pojištění zanikne k datu uvedenému v upomínce).

10. PRÁVO ROZHODNÉ PRO POJISTNOU SMLOUVU

Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky (dále jen „ČR“). Rozhodování sporů přísluší obecným soudům ČR. Pro uzavření pojistné smlouvy a pro komunikaci mezi smluvními stranami se použije český jazyk.

11. VYŘIZOVÁNÍ STÍŽNOSTÍ

Stížnosti pojistníků, pojištěných a oprávněných osob se doručují na adresu Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4 a vyřizují se písemnou formou, pokud se pojistník, pojištěný, oprávněné osoby a pojistitel nedohodnou jinak. Se stížností se uvedené osoby mohou obrátit i na Českou národní banku. ČPZ dodržuje Kodex etiky v pojišтовnictví České asociace pojišтовten, který je přístupný na www.cap.cz.

12. DOBA PLATNOSTI POSKYTNUTÝCH ÚDAJŮ

Údaje obsažené v těchto předmluvních informacích se vztahují k nabídce na uzavření nabízeného pojištění a nabídka platí 1 měsíc ode dne svého doručení, pokud není pojistitelem určeno jinak.

13. DANĚ

Na příjmy z pojištění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, v platném znění. Plnění z pojištění jsou od daně osvobozena.

14. OSOBNÍCH ÚDAJE – POUČENÍ SUBJEKTU ÚDAJŮ

ČPZ v postavení správce osobních údajů, příp. její smluvní zpracovatelé, zpracovávají osobní údaje v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a to automatizovaným způsobem i manuálně. Osobní údaje jsou zpracovávány pro účely pojišтовvací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišтовnictví, ve znění pozdějších předpisů.

ČPZ zpracovává pouze přesné osobní údaje získané v souladu se zákonem a má povinnost zpracovávané osobní údaje aktualizovat. Za tím účelem jsou subjekty údajů (lidé, ke kterým se osobní údaje vztahují) povinny bezodkladně nahlásit jakoukoliv jejich změnu.

Osobní údaje mohou být v zákonném rozsahu zpracovávány i pro obchodní a marketingové účely. Poskytnuté osobní údaje mohou být v souladu se souhlasem subjektu údajů předány také členům mezinárodního koncernu Generali, jehož je ČPZ členem, a příp. spolupracujícím obchodním partnerům uvedeným na webových stránkách ČPZ. Subjekt údajů má možnost kdykoliv písemně vyslovit nesouhlas se zpracováním svých osobních údajů pro obchodní a marketingové účely, resp. s jejich předáním uvedeným osobám. Subjekt údajů má právo požádat ČPZ o informaci o zpracování svých osobních údajů a pokud se domnívá, že jsou jeho osobní údaje zpracovávány v rozporu se zákonem nebo s ochranou soukromého a osobního života, může požádat ČPZ o vysvětlení, resp. požadovat odstranění závadného stavu; je-li jeho žádost oprávněná, ČPZ závadný stav neprodleně odstraní. V případě nevyhovění jeho žádosti má subjekt údajů možnost obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pracovní neschopnosti č.j.: 03/2014 (ZPP-PN)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto ZPP, případně DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Povolání – výkon práce na základě pracovněprávního vztahu nebo jemu obdobného vztahu, provozování živnosti, jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti uskutečňované v rozsahu stanoveném platnou právní úpravou.

Pojistitelná denní dávka – skutečné snížení nebo ztráta příjmu pojištěného připadající na 1 kalendářní den; vypočítává se ze součtu prokazatelně doložených čistých příjmů pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události; od těchto příjmů se odečtou další nároky, které pojištěnému náleží z důvodů pracovní neschopnosti; k těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat od zaměstnavatele, z nemocenského pojištění, ze sociálního zabezpečení nebo od jiných pojistitelů k vyrovnání své ztráty příjmu nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.

Čistý příjem:

- příjem ze závislé činnosti a funkční požitky ve smyslu zákona o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu, pojistného na sociální zabezpečení, jakož i pojistného na všeobecné zdravotní pojištění,
- příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení a na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnutý do těchto výdajů.

Diagnóza – nemoc nebo úraz klasifikované dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD.

Změna diagnózy – situace, kdy je při léčbě pojištěného ošetřujícím lékařem ukončeno léčeni jedné diagnózy a zahájeno léčeni pro novou diagnózu.

Souběžná diagnóza – situace, kdy je:

- souběžně zahájeno léčeni pojištěného ošetřujícím lékařem pro více diagnóz, nebo
- v průběhu léčeni pojištěného ošetřujícím lékařem stanovena nová diagnóza a léčeni pro původně stanovenou diagnózu pokračuje současně s léčeni diagnózy nové, nebo
- v průběhu léčeni pojištěného ošetřujícím lékařem stanovena nová diagnóza, jejíž léčeni je následně ukončeno a nadále pokračuje léčeni diagnózy původní.

Doklad o pracovní neschopnosti:

- tiskopis Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti v případě, že pojištěný má nárok na dávky nemocenského podle platné právní úpravy,
- tiskopis pojistitele Lékařská zpráva s určení diagnózy v případě, že pojištěný nemá nárok na dávky nemocenského podle platné právní úpravy, v obou případech doklady musí obsahovat datum počátku pracovní neschopnosti.

Karenční doba – doba pracovní neschopnosti, po kterou není vypláceno pojistné plnění (denní dávka); jedná se o formu ujednané spoluúčasti pojištěného.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pracovní neschopnosti (dále také jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění škodové.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem ve smyslu zákona o daních z příjmů.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému pojistné plnění formou denní dávky od určitého dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a po dobu vymezenou těmito ZPP.

Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění a při níž dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného (dále jen „pracovní neschopnost“) z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu pojištěného v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu, nebo
 - úrazu pojištěného v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pracovní neschopnosti následkem úrazu.
- Pracovní neschopností se pro účely pojištění rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:

- pojištěný nemůže pro nemoc nebo úraz vykonávat a ani nevykonává povolání, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po přechodnou dobu, či omezenou část dne,
- ošetřující lékař pojištěného stanoví diagnózu, potvrdí vznik pracovní neschopnosti pojištěného a vydá mu doklad o pracovní neschopnosti,
- pojištěný se skutečně léčí a dodržuje léčebný režim, a to v místě uvedeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti.

3. Pokud je rozhodnuto o pracovní neschopnosti pro souběh více diagnóz, jedná se o jednu pojistnou událost. V případě souběhu více diagnóz je denní dávka vyplácena pouze jednou.

4. Dojde-li ke změně diagnózy v průběhu již existující pracovní neschopnosti, počíná změnou diagnózy nová pojistná událost a pro novou diagnózu se uplatňuje nová karenční doba.

5. V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti, jakož i posoudit nezbytnost léčebné rehabilitační nebo lézeňské léčebné rehabilitační péče ve smyslu čl. 4 odst. 2 písm. e) těchto ZPP, a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem.

6. Končí-li pojistná událost dnem, který stanoví lékař určený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 4 Vyluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojistitel neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění při pracovní neschopnosti pojištěného:
 - v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
 - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
 - v důsledku nemoci z povolání a pracovního úrazu, včetně následků a komplikací z takovéto nemoci nebo úrazu vyplývajících,
 - v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - v souvislosti s poskytováním léčebné rehabilitační péče nebo lézeňské léčebné rehabilitační péče kromě případů, kdy je tato péče z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčeni nemoci nebo následků úrazu,
 - v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti:
 - kteřou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě dokladem o pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojistitel v rámci šetření události vyžádal,
 - po kterou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (tj. v době, po kterou nebyl zaměstnán, přerušil či ukončil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), s výjimkou případu, kdy pojištěný doloží, že přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí,
 - počinaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 9 těchto ZPP,
 - počinaje dnem, kdy pojištěný porušil léčebný režim, tj. zejména vykonával-li v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nedodržel-li místo pobytu, rozsah a dobu povolených vycházek uvedených v dokladu o pracovní neschopnosti.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistná částka je na návrh pojistníka stanovena v pojistné smlouvě tak, aby odpovídala předpokládanému snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti k výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
- Při stanovení pojistné částky se vychází ze směrnice pojistitele určující maximální výši pojistné částky, která odpovídá příjmu zájemce o pojištění nebo pojištěného.
- Pojistitel má právo při uzavření pojistné smlouvy nebo změně pojištění, jakož i při šetření pojistné události přezkoumávat výši příjmu pojištěného.
- Za trvání pojištění může jak pojistitel, tak i pojistník navrhnout, aby pojistná částka a pojistné byly přizpůsobeny skutečným poměrům. Přizpůsobení pojištění v tomto případě nastává ode dne účinnosti změny pojištění ve smyslu čl. 10 VPP.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Při pojistné události vyplácí pojistitel denní dávku ve výši sjednané pojistné částky, nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky.

- Výše vyplácené denní dávky nesmí spolu s příjmy, které náleží pojištěnému v době pracovní neschopnosti a které jsou vymezeny v čl. 1 těchto ZPP v definici pojistitelné denní dávky, překročit v přepočtu na 1 kalendářní den čistý příjem pojištěného.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 6

Limit pojistného plnění

- Výplata pojistného plnění je při pojistné události časově omezena na dobu 52 týdnů.
- Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do limitu pojistného plnění vymezeného v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojistných událostí. Pracovní neschopnost způsobenou stejnou diagnózu nebo léčením následků stejného úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění dle odst. 1, pokud časová prodleva mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Za pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s těhotenstvím náleží pojistné plnění nejvýše za 14 dnů pracovní neschopnosti pojištěné pro každé těhotenství.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 7 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Pojištění dále zaniká:
 - dnem, kdy byl pojištěnému přiznáno na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu starobní důchod, případně starobní důchod před dosažením důchodového věku, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let, nebylo-li před zánikem pojištění ujednáno, že pojištění trvá za zvláštních podmínek, vykonává-li pojištěný nadále výdělečnou činnost,
 - dnem, kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěného posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity kteréhokoli stupně,
 - dnem, který předcházal dni, ve kterém pojištěný zahájil výkon jiného povolání než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, nebyla-li ujednána změna pojištění před jeho zánikem,
 - uplynutím doby 6 měsíců, po kterou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě (ukončil výkon zaměstnání nebo ukončil nebo přerušil provozování živnosti či jiné samostatné výdělečné činnosti), nebyla-li ujednána změna nebo přerušeni pojištění před jeho zánikem, s výjimkou případu, kdy přerušil provozování živnosti z důvodu dlouhodobé ztráty schopnosti vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, ke které došlo v příčinné souvislosti s pojistnou událostí,
 - vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění dle čl. 6 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 8 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP. Součástí písemných dotazů pojistitele mohou být i dotazy pojistitele týkající se dosahovaného příjmu pojištěného z výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě.
- Oznamovací povinnost dle čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli:
 - každou změnu, ukončení či přerušeni nebo obnovení výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě,
 - ztrátu nebo snížení příjmů pojištěného, pokud tyto poklesly oproti příjmům, na základě kterých byla stanovena pojistná částka,
 - přiznání starobního důchodu nebo starobního důchodu před dosažením důchodového věku,
 - posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěného s výsledkem vzniku invalidity,
 - změnu ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonu,
 - zahájení výkonu profesionálního sportu pojištěným.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - včas, nejpozději však do konce karenční doby, oznámí pojistiteli, že nastala pojistná událost, a vznik pojistné události doloží dokladem o pracovní neschopnosti, jakož i dalšími doklady, které si pojistitel vyžádá,
 - trvá-li pracovní neschopnost déle než 30 dnů, dokládá pojistiteli doklad o pracovní neschopnosti v pravidelných intervalech, a to minimálně jednou za měsíc po dobu trvání pracovní neschopnosti,
 - doloží pojistiteli výši čistého příjmu, a to doklady o výši příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události; dále na vyzvu pojistitele doloží výši veškerých plnění, která přijal od zaměstnavatele, z nemo-

cenského či důchodového pojištění, případně od jiných pojistitelů k vyrovnání snížení nebo ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.

2. Pojištěný a pojistník umožní pojistiteli a osobám zmocněným pojistitelem kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, zejména kontrolu dodržování léčebného režimu, kontrolu prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, jakož i kontrolu trvání

výkonu povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě, a kontrolu dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.

3. Pojištěný se v době pracovní neschopnosti zdržuje v místě pobytu uvedeném ošetřujícím lékařem v dokladu o pracovní neschopnosti, kromě těch případů, kdy je hospitalizován nebo opustí místo uvedené v tomto dokladu s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře.

4. Pojištěný se stará o znovunabytí své pracovní schopnosti. Především svědomitě dodržuje rady/pokyny ošetřujícího lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučí veškerá jednání, která brání uzdravení.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.

Směrnice pojistitele

pro stanovení maximální výše pojistitelné denní dávky při pracovní neschopnosti a maximální pojistné částky pro pojištění invalidity, platná od 1. 9. 2011. Všechny částky jsou v Kč.

Zaměstnanci a OSVČ nemocensky pojištění						OSVČ nemocensky nepojištění			
Měsíční hrubý příjem (pomocný údaj)		Měsíční čistý příjem (rozhodující údaj)		denní dávka	invalidita	Průměrný měsíční čistý příjem (po odečtení výdajů)		denní dávka	invalidita
od	do	od	do			od	do		
-	26 000	14 500	20 000	150	200 000	-	14 000	350	600 000
26 001	31 000	20 001	23 500	200	300 000	14 001	15 000	400	700 000
31 001	35 000	23 501	26 000	250	400 000	15 001	17 000	450	800 000
35 001	39 000	26 001	29 000	300	500 000	17 001	18 000	500	900 000
39 001	42 000	29 001	31 000	350	600 000	18 001	20 000	550	1 000 000
42 001	45 000	31 001	33 000	400	700 000	20 001	22 000	600	1 100 000
45 001	48 000	33 001	35 000	450	800 000	22 001	23 000	650	1 200 000
48 001	51 000	35 001	37 000	500	900 000	23 001	25 000	700	1 300 000
51 001	54 000	37 001	39 000	550	1 000 000	25 001	27 000	750	1 300 000
54 001	58 000	39 001	42 000	600	1 100 000	27 001	28 000	800	1 400 000
58 001	61 000	42 001	44 000	650	1 200 000	28 001	30 000	850	1 500 000
61 001	64 000	44 001	46 000	700	1 300 000	30 001	32 000	900	1 600 000
64 001	67 000	46 001	48 000	750	1 300 000	32 001	33 000	950	1 700 000
67 001	70 000	48 001	50 000	800	1 400 000	33 001	35 000	1 000	1 800 000
70 001	73 000	50 001	52 500	850	1 500 000	35 001	37 000	1 050	1 900 000
73 001	75 000	52 501	54 000	900	1 600 000	37 001	38 000	1 100	2 000 000
75 001	77 000	54 001	55 000	950	1 700 000	38 001	40 000	1 150	2 000 000
77 001	80 000	55 001	57 000	1 000	1 800 000	40 001	41 000	1 200	2 100 000
80 001	82 000	57 001	58 500	1 050	1 900 000	41 001	43 000	1 250	2 200 000
82 001	84 000	58 501	60 000	1 100	2 000 000	43 001	44 000	1 300	2 200 000
84 001	87 000	60 001	62 000	1 150	2 100 000	44 001	46 000	1 350	2 300 000
87 001	89 000	62 001	63 500	1 200	2 200 000	46 001	48 000	1 400	2 400 000
89 001	91 000	63 501	65 500	1 250	2 200 000	48 001	50 000	1 450	2 500 000
91 001	93 000	65 501	67 000	1 300	2 300 000	50 001	51 000	1 500	2 500 000
93 001	95 000	67 001	68 500	1 350	2 400 000	51 001	53 000	1 550	2 500 000
95 001	97 000	68 501	70 000	1 400	2 500 000	53 001	54 000	1 600	2 500 000
97 001	98 000	70 001	71 000	1 450	2 500 000	54 001	57 000	1 650	2 500 000
98 001	100 000	71 001	72 500	1 500	2 500 000	57 001	58 000	1 700	2 500 000
100 001	102 000	72 501	74 000	1 550	2 500 000	58 001	60 000	1 750	2 500 000
102 001	104 000	74 001	75 500	1 600	2 500 000	60 001	62 000	1 800	2 500 000
104 001	106 000	75 501	77 000	1 650	2 500 000	62 001	63 000	1 850	2 500 000
106 001	108 000	77 001	79 000	1 700	2 500 000	63 001	64 000	1 900	2 500 000
108 001	110 000	79 001	80 500	1 750	2 500 000	64 001	66 000	1 950	2 500 000
110 001	112 000	80 501	82 000	1 800	2 500 000	66 001	69 000	2 000	2 500 000
112 001	114 000	82 001	83 500	1 850	2 500 000	69 001	73 000	2 100	2 500 000
114 001	116 000	83 501	85 500	1 900	2 500 000	73 001	76 000	2 200	2 500 000
116 001	118 000	85 501	87 000	1 950	2 500 000	76 001	80 000	2 300	2 500 000
118 001	138 000	87 001	103 000	2 000	2 500 000	80 001	84 000	2 400	2 500 000
138 001	158 000	103 001	119 000	2 500	2 500 000	84 001	100 000	2 500	2 500 000
158 001	178 000	119 001	135 000	3 000	2 500 000	100 001	117 000	3 000	2 500 000
178 001	197 000	135 001	150 000	3 500	2 500 000	117 001	134 000	3 500	2 500 000
197 001	217 000	150 001	166 000	4 000	2 500 000	134 001	152 000	4 000	2 500 000
217 001	237 000	166 001	182 000	4 500	2 500 000	152 001	167 000	4 500	2 500 000
237 001	257 000	182 001	198 000	5 000	2 500 000	167 001	184 000	5 000	2 500 000
257 001	276 000	198 001	213 000	5 500	2 500 000	184 001	200 000	5 500	2 500 000
276 001	a výše	213 001	a výše	6 000	2 500 000	200 001	a výše	6 000	2 500 000

Maximální pojistitelná denní dávka (pojistná částka) je stanovena na základě skutečností rozhodných ke dni 1. 9. 2011. Pojistitel je oprávněn měnit vyšší maximální pojistitelné denní dávky v průběhu pojištění, a to v závislosti na aktuálně dosahovaném příjmu z výdělečné činnosti a vyšší vyplácených nemocenských a sociálních dávek (dynamizace příjmů) a stanovit tak nově maximální vyšší předpokládané náhrady škody (vyšší pojistné částky).

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění invalidity č.j.: 09/2014 (ZPP-I)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění invalidity, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojišťovna“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto ZPP, příslušných DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Výroční den vzniku pojistné události – den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem vzniku pojistné události; není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den měsíce.

Posudek o invaliditě – dokument o posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěného s výsledkem vzniku invalidity třetího stupně.

Základní pojištění – pojištění pracovní neschopnosti sjednané s pojištěním.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění invalidity (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- V případě pojistné události vyplácí pojišťovna pojištěnému pojistné plnění formou invalidní renty, a to v rozsahu a po dobu vymezenou pojistnou smlouvou a těmito ZPP.
- Pojištění je sjednáváno jako pojištění doplňkové k základnímu pojištění.

Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je vznik invalidity třetího stupně pojištěného z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění invalidity následkem nemoci nebo úrazu, nebo
 - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění invalidity následkem úrazu.
- Pojistná událost nastává dnem, kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěného posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity třetího stupně.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 4 Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojišťovna neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojišťovna dále neposkytne pojistné plnění:
 - vznikla-li pojištěnému invalidita třetího stupně následkem nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojišťovnou musela vzniknout před počátkem pojištění, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
 - vznikla-li pojištěnému invalidita třetího stupně následkem úrazu, který nastal před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
 - vznikla-li pojištěnému invalidita třetího stupně následkem nemoci z povolání nebo pracovního úrazu,
 - pokud pojištěný vykonává po vzniku invalidity třetího stupně závislou činnost v pracovním nebo jemu obdobném poměru v rozsahu zakládajícím účast na nemocenském pojištění nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti.
- Pojišťovna může pojistné plnění přiměřeně snížit v případě, že ke vzniku invalidity došlo v důsledku více zdravotních postižení (více diagnóz), kdy alespoň jedna vznikla před počátkem pojištění.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše plnění, která náleží pojištěnému při pojistné události.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Při pojistné události vyplácí pojišťovna pojištěnému invalidní rentu, a to předem jednou ročně po dohodnutou dobu. Výplata invalidní renty na první rok je splatná do 15 dnů po skončení šetření pojistné události.
- Právo na výplatu invalidní renty na další rok (roky) vzniká vždy k výročnímu dni vzniku pojistné události, je-li k tomuto dni pojištěný nadále invalidní pro invaliditu třetího stupně a doloží-li tuto skutečnost pojišťovně způsobem uvedeným v čl. 8 těchto ZPP.
- Přijata platba invalidní renty náleží pojištěnému, i když po její výplatě pozbyl právo na výplatu dalšího pojistného plnění.
- Vznikla-li za trvání pojištění pojistná událost, právo na výplatu pojistného plnění trvá i po zániku pojištění, jsou-li splněny podmínky stanovené v čl. 8 těchto ZPP.
- Vznikla-li za trvání pojištění pojistná událost, avšak vyplácení invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně je ukončeno z důvodu vzniku nároku na starobní důchod, pojišťovna doplatí sjednanou pojistnou částku formou invalidní renty vyplácené po zbytek dohodnuté doby tak, jako by nárok na vyplácení invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně trval, a to za předpokladu, že nedošlo ke zlepšení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného. V konkrétním případě může zlepšení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného posoudit lékař určený pojišťovnou a na základě jeho posouzení může pojišťovna ukončit výplatu invalidní renty.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Právo na výplatu pojistného plnění zaniká nejpozději smrtí pojištěného.

VZNIK, TRVÁNÍ A ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Vznik, trvání a zánik pojištění

- Vznik, trvání a zánik pojištění jsou vymezeny čl. 9 až 12 VPP.
- Odhlybně od čl. 12 odst. 2 písm. i) VPP pojištění nezániká dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo sjednáno jako doplňkové, pokud k zániku základního pojištění došlo z důvodu výplaty limitu pojistného plnění dle čl. 7 odst. 2 písm. e) Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pracovní neschopnosti č.j.: 03/2014.
- Pojištění zaniká dnem vzniku pojistné události vymezené v čl. 3 těchto ZPP.
- Pojištění zaniká nejpozději dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 7 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťovny týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Oznamovací povinnost dle čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojišťovně:
 - zánik invalidity třetího stupně nebo její změnu na jiný stupeň na základě posouzení orgánem sociálního zabezpečení,
 - zahájení výkonu závislé činnosti nebo zahájení podnikání,
 - přiznání starobního důchodu nebo starobního důchodu před dosažením důchodového věku.

Článek 8 Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejména tyto další povinnosti:
 - včas, nejpozději však do 30 dnů od vzniku pojistné události, oznámí pojišťovně, že nastala pojistná událost,

- vznik pojistné události doloží pojišťovně posudkem o invaliditě a prokáže příslušnou zdravotnickou dokumentací, že invalidita třetího stupně byla vyvolána nemocí, která vznikla, nebo úrazem, který nastal, za trvání pojištění,
 - trvání invalidity třetího stupně do 30 dnů po vzniku práva na výplatu invalidní renty na další rok (roky) doloží pojišťovně doklady potvrzujícími trvání invalidity třetího stupně.
- Pojištěný a pojišťovna umožní pojišťovně a osobám zmocněným pojišťovnou kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, zejména kontrolu ukončení výkonu závislé nebo samostatné výdělečné činnosti, a kontrolu dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu povinnosti pojišťovny plnit a poskytnout pojišťovně nezbytnou součinnost.
 - V případě vzniku nároku pojištěného na starobní důchod ve smyslu čl. 5 odst. 7 těchto ZPP umožní pojištěný pojišťovně a osobám zmocněným pojišťovnou kontrolu trvání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného, a to prostřednictvím příslušné zdravotnické dokumentace, jakož i vyšetřením zdravotního stavu lékařem určeným pojišťovnou.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu v nemocnici č.j.: 06/2014 (ZPP-H)

HOSPITALIZACE STANDARD

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pobytu v nemocnici, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto ZPP, příslušných DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Hospitalizace – pobyt pojištěného na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a podle obecně vědecky uznávaných metod, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení, tj. zdravotnickou dokumentaci.

Nemocnice – zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém je pojištěnému poskytována ve smyslu platné právní úpravy léčebná péče formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo akutní lůžkové péče standardní.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pobytu v nemocnici (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a po dobu vymezenou těmito ZPP.

Článek 3 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v nemocnici, která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu v nemocnici následkem nemoci nebo úrazu, nebo
 - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu v nemocnici následkem úrazu, a která nemohla být poskytnuta ambulantně.
- Pojistnou událostí není poskytnutí zdravotní péče v nemocnici, která nemá ve smyslu platné právní úpravy oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
- O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno v nemocnici na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření. Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru nemocnice.
- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci, a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 4 Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojistitel neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění za hospitalizaci pojištěného:
 - v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
 - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
 - v důsledku genetické nebo vrozené vady či perinatálního poškození mozku, pokud se projevily do dovršení 15 let věku pojištěného,
 - plánovanou před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl před počátkem pojištění,

- v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - v souvislosti s umělým přerušením těhotenství z jiného než zdravotního důvodu,
 - související pouze s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče,
 - v případě poskytnutí léčebné rehabilitační péče formou následné lůžkové péče (léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy),
 - v případě poskytnutí lázeňské léčebné rehabilitační péče (lázeňské léčebny, ozdravovny),
 - v případě poskytnutí ošetrovatelské péče formou dlouhodobé lůžkové péče (léčebny dlouhodobě nemocných),
 - v případě poskytnutí paliativní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (hospice),
 - ve stacionářích,
 - v zařízeních sociálních služeb a na ošetrovnách vojenských útvarů,
 - z důvodů takových výkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (zejména výkony plastické chirurgie),
 - za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění:
 - za dobu, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval, tj. např. za dny, kdy byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky,
 - za hospitalizaci pojištěného, která trvala méně než 24 hodin,
 - za hospitalizaci, kterou pojištěný nedoložil ve smyslu čl. 8 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

- Doklady vymezené v odst. 1 pojištěný předloží pojistiteli bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace.

- V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojistitel poskytuje na žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění, je nutno žádost pojištěného na pojistné plnění vždy doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 5 Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše plnění, která pojištěnému náleží za každý den hospitalizace. Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Pro účely vyplácení pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat, a den, kdy byl z této hospitalizace propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Pojistné plnění vyplácí pojistitel za hospitalizaci pojištěného:
 - ve neomezené délce při poskytnutí léčebné péče formou akutní lůžkové péče intenzivní a akutní lůžkové péče standardní,
 - v délce nejvýše 7 dnů hospitalizace při porodu a v délce nejvýše 14 dnů hospitalizace související s těhotenstvím pro každé těhotenství.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 6 Čekací doba

- Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je ujednána v případě hospitalizace pojištěného v souvislosti s porodem a zhotovením zubních nebo ortopedických náhrad.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 7 Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Oznamovací povinnost pojištěného vymezená v čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli změnu ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonu.

Článek 8 Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a dále doručí pojistiteli konečnou propouštěcí zprávu z nemocnice, jakož i další doklady, které si pojistitel vyžádá.
- Doklady vymezené v odst. 1 musí obsahovat zejména identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště), určení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí ICD, datum počátku a ukončení hospitalizace.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení č.j.: 07/2014 (ZPP-ZZ)

HOSPITALIZACE PREMIUM

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

VÝKLADOVÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Výklad pojmů

Pro účely těchto ZPP, příslušných DPP a pojistné smlouvy jsou vymezeny následující pojmy:

Hospitalizace – pobyt pojištěného na lůžkové části zdravotnického zařízení, které je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a podle obecně vědecky uznávaných metod, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby, tj. zdravotnickou dokumentaci.

Zdravotnické zařízení – zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém je pojištěnému poskytována ve smyslu platné právní úpravy:

- léčebná péče** formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo akutní lůžkové péče standardní (nemocnice),
- léčebně rehabilitační péče** formou následné lůžkové péče (léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy),
- lázeňská léčebně rehabilitační péče** (lázeňské léčebny, ozdravovny),
- ošetřovatelská péče** formou dlouhodobé lůžkové péče (léčebny dlouhodobě nemocných),
- paliativní péče** ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (hospice).

ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Článek 2

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení (dále jen „pojištění“) je pojištěním pro případ nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou a po dobu vymezenou těmito ZPP.

Článek 3

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného ve zdravotnickém zařízení, která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem nemoci nebo úrazu, nebo
 - úrazu v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení následkem úrazu, a která nemohla být poskytnuta ambulantně.
- Pojistnou událostí není poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, které nemá ve smyslu platné právní úpravy oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
- O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno ve zdravotnickém zařízení na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření. Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnického zařízení.
- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci, a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.

Článek 4

Územní platnost pojištění

- Územní platnost pojištění je vymezena v čl. 4 VPP.
- Odchylně od ustanovení čl. 4 odst. 2 písm. b) VPP se pojistná ochrana vztahuje i na léčebnou péči formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo akutní lůžkové péče standardní (nemocnice) poskytnutou na území Evropského hospodářského prostoru (tj. EU, Norska, Islandu, Lichtenštejnska), Švýcarska, Monaka, San Marina, Vatikánu a Andorry.

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Článek 5

Výluky z pojištění

- Podmínky, za kterých pojistitel neposkytne pojistné plnění, jsou vymezeny v čl. 5 VPP.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění za hospitalizaci pojištěného:

- v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného pojistitelem musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejich příčin, následků a komplikací,
 - v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
 - v důsledku genetické nebo vrozené vady či perinatálního poškození mozku, pokud se projeví do dovršení 15 let věku pojištěného,
 - plánovanou před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl před počátkem pojištění,
 - v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - v souvislosti s umělým přerušením těhotenství z jiného než zdravotního důvodu,
 - související pouze s potřebou pečovatelské nebo opatrovnické péče,
 - v lázeňských léčebnách a v rehabilitačních ústavech při poskytování jiné péče než následné lůžkové péče,
 - ve stacionářích,
 - v zařízeních sociálních služeb a na ošetřovných vojenských útvarů,
 - z důvodů takových výkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (zejména výkony plastické chirurgie), za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány.
- Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění:
 - za dobu, kdy se pojištěný ve zdravotnickém zařízení nezdržoval, tj. např. za dny, kdy byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky,
 - za hospitalizaci pojištěného, která trvala méně než 24 hodin,
 - za hospitalizaci, kterou pojištěný nedoložil ve smyslu čl. 9 odst. 1 a 2 těchto ZPP.

nemoci ICD, datum počátku a ukončení hospitalizace. Pojištěný na vlastní náklady zajistí úředně ověřený překlad všech dokladů, které obdržel v souvislosti s léčebnou péčí ve smyslu čl. 4 odst. 2 těchto ZPP, a to do českého jazyka, nejsou-li tyto dokumenty vyhotoveny v českém nebo slovenském jazyce.

- Doklady vymezené v odst. 1 pojištěný předloží pojistiteli bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace.
- V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojistitel poskytuje na žádost pojištěného zálohu na pojistné plnění, je nutno žádost pojištěného na pojistné plnění vždy doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2014.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 6

Pojistná částka a pojistné plnění

- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše plnění, která pojištěnému náleží za každý den hospitalizace.
- Pojistné plnění je poskytováno ve formě peněžitého plnění.
- Pro účely vyplácení pojistného plnění se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat, a den, kdy byl z této hospitalizace propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Pojistné plnění vyplácí pojistitel za hospitalizaci pojištěného:
 - v neomezené délce při poskytnutí léčebné péče formou akutní lůžkové péče intenzivní a akutní lůžkové péče standardní (nemocnice),
 - v délce nejvýše 28 dnů v kalendářním roce při poskytnutí léčebné péče formou lázeňské léčebně rehabilitační péče (lázeňské léčebny, ozdravovny),
 - v délce nejvýše 90 dnů v kalendářním roce při poskytnutí ošetřovatelské péče formou dlouhodobé lůžkové péče (léčebny dlouhodobě nemocných), léčebně rehabilitační péče formou následné lůžkové péče (léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy) a paliativní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (hospice),
 - v délce nejvýše 7 dnů hospitalizace při porodu a v délce nejvýše 14 dnů hospitalizace související s těhotenstvím pro každé těhotenství.
- Oprávněnou osobou je pojištěný.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Čekací doba

- Čekací doba je vymezena v čl. 7 VPP.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je ujednána v případě hospitalizace pojištěného v souvislosti s porodem a zhotovením zubních nebo ortopedických náhrad.

POVINNOSTI ÚČASTNÍKŮ POJIŠTĚNÍ

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 14 VPP.
- Oznamovací povinnost dle čl. 16 VPP se rozšiřuje o povinnost oznámit pojistiteli změnu ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonů.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Při pojistné události pojištěný plní povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a dále doručí pojistiteli konečnou propouštěcí zprávu ze zdravotnického zařízení, jakož i další doklady, které si pojistitel vyžádá.
- Doklady vymezené v odst. 1 musí obsahovat zejména identifikaci pojištěného (jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště), určení diagnózy dle aktuální verze mezinárodní klasifikace

