



POJIŠTOVNA VZP, a.s.

POJISTNÉ PODMÍNKY POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH

LV 1/09

s platností od 1. dubna 2009

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků **soukromého** pojištění léčebných výloh (dále jen „pojištění“) se řídí právním řádem České republiky. Na pojištění se vztahují zejména příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, občanského zákoníku č. 40/1964 Sb., ve znění pozdějších předpisů, tyto pojistné podmínky, ustanovení uvedená v pojistné smlouvě a jejich přílohách a v dalších dokumentech, které jsou její součástí.
- Smluvními stranami jsou na jedné straně pojištitel a na straně druhé **Pojištovna VZP, a.s.**, Jankovcova 1566/2b, 170 00 Praha 7, Česká republika, IČ: 27116913, zapsaná v obch. rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 9100 (dále jen „pojištitel“).

Čl. 2

Vymezení pojmů

- Pojištitel** je osoba, která s pojištětelem uzavřela pojistnou smlouvu.
- Pojištěný** (pojištěná osoba) je osoba, na jejíž zdraví se pojištění vztahuje.
- Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
- Pojistka** je písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, které pojištitel vydává pojištitelovi.
- Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení o vzniku pojištění, které pojištitel vydává pro potřeby pojištěného; slouží k uplatnění práva na pojistné plnění.
- Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost specifikovaná v čl. 4, se kterou je spojen vznik povinnosti pojištitel poskytnout pojistné plnění.
- Jedna pojistná událost** je pojistná událost vzniklá z pojištění jedné osoby, z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná, časová nebo jiná přímá souvislost.
- Pojistným nebezpečím** je možná příčina vzniku pojistné události.
- Doba platnosti pojistné smlouvy** je doba, na kterou byla sjednaná platnost celé pojistné smlouvy.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Předčasným zánikem pojištění se tato doba nezkracuje.
- Doba trvání pojištění** je skutečná doba, po kterou pojištění bylo v účinnosti.
- Jednorázovým pojištěným** je pojištěná stanovená na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno. Jednorázové pojištění náleží pojištiteli vždy celé.
- Náhlym onemocněním** se rozumí taková náhlá a neočekávaná porucha zdraví, která přímo ohrožuje zdraví nebo život pojištěného nezávisle na jeho vůli a vyžaduje nutnou a neodkladnou zdravotní péči.
- Nutnou zdravotní péči** se rozumí ošetření, stanovení diagnózy a léčeni náhlých (akutních) stavů, kdy je třeba zdravotní péči poskytnout ihned nebo ve velmi krátké době.
- Neodkladnou zdravotní péči** se rozumí ošetření, stanovení diagnózy a léčeni náhlých (akutních) stavů souvisejících s možností postižení základních životních funkcí a stavů s tím spojených, jestliže by prodloužením mohlo dojít k vážnému postižení zdraví nebo ohrožení života.
- Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických) nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.
- Cizinou** se rozumí území vymezené v pojistné smlouvě sjednaným druhem **územní platnosti**. Je-li sjednáno pojištění s územní platností: **„oblast E“**, považují se za cizinu všechny státy Evropy, evropská část Ruska, Tunís, Maroko, Turecko, Izrael, Egypt a Kypr s výjimkou území České republiky, **„oblast S“**, považují se za cizinu všechny státy světa s výjimkou USA a s výjimkou území České republiky, **„oblast U“**, považují se za cizinu všechny státy světa s výjimkou území České republiky, **„oblast L“**, považuje se za cizinu jen území Slovenské republiky.
- Pobytem v cizině** se rozumí turistická nebo pracovní cesta a pobyt pojištěného v cizině v závislosti na sjednaném typu pojištění.
- Sjednaný **typ pojištění** je uveden v pojistné smlouvě. Je-li sjednaný typ pojištění: **„Turistický pobyt“** (označeno také **„TP“**), pojištění se nevztahuje na události vzniklé v souvislosti s výkonem pracovní činnosti nebo zaměstnání pojištěného v cizině, **„Pracovní pobyt“** (označeno také **„PP“**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl.5 odst.1 písm.v), jinak v rozsahu jako typ Turistický pobyt, **„Sportovní soutěže“** (označeno také **„S1“**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl.5 odst.1 písm.t), **„Nebezpečné sporty“** (označeno také **„S2“**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl.5 odst.1 písm.t) ani výluka uvedená v čl.5 odst.1 písm.u), **„Opakovaný pobyt“** (označeno také **„OP“**), pojištění se nevztahuje na události vzniklé v době přesahující 90 dnů souvislého pobytu v cizině, **„Nepřetržitý pobyt“** (označeno také **„NP“**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl.5 odst.1 písm.w).

Čl. 3

Účel a předmět pojištění

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

Čl. 4

Pojistná událost. Rozsah a splatnost pojistného plnění

- Pojistnou událostí je škoda vzniklá na předmětu pojištění při pobytu pojištěného v cizině z pojistného nebezpečí náhle onemocnění nebo **úraz** pojištěného v době trvání pojištění, které vyžadují poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče, s výlukami uvedenými v čl. 5.
- Škodou jsou nutné a přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní péči o pojištěného v cizině v rozsahu: a) **nutná a neodkladná zdravotní péče** o pojištěného zahrnující: - nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu, - nezbytné ošetření, - nezbytnou hospitalizaci nemocného ve víceúčelovém pokoji s obvyklým vybavením, - nutnou operaci včetně souvisejících nezbytných výloh, - nezbytné léky a zdravotnické prostředky předepsané lékařem v množství potřebném do doby návratu do ČR, - ze zdravotního hlediska nutnou přepravu z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zařízení první lékařské pomoci nebo nemocnice a zpět; b) **reparace** nemocného pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná a je provedena, po posouzení a schválení revizním lékařem pojištitel a za souhlasu ošetřujícího lékaře, organizací zdravotnické dopravy odsouhlasenou pojištětelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištitel, a to do zdravotnického zařízení v České republice určeného stejným způsobem, popřípadě do místa pobytu pojištěného v České republice; po předchozím schválení může pojištitel v odůvodněných případech uhradit i přepravní náklady další osoby nezbytné pro doprovod pojištěného; c) **převoz** tělesných ostatků pojištěného do místa jeho pobytu v České republice provedený specializovanou organizací odsouhlasenou pojištětelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištitel; d) **neodkladné ošetření zubů** pojištěného (včetně extrakce nebo výplně) za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti s výjimkou zhotovení a opravy zubních protéz a převládání zubních náhrad.
- Náklady podle odstavce 2 tohoto článku pojištitel hradí přímo nebo prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb zdravotnickému zařízení nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
- Přímá úhrada škody**: a) Pokud pojištění provedl přímou úhradu škody, která je pojistnou událostí, pojištitel následně proplácí přiměřené náklady, a to po převzetí originálů potřebných dokladů, viz. čl. 11 bod 7), tj. uskutečnit finanční plnění. Originály těchto dokladů zůstávají pojištiteli a nevracejí se. Byl-li předložen originál dokladu k úhradě jiné osobě než pojištiteli, postačí jeho kopie, pokud na ní jsou originálně zaznamenány a potvrzeny platby provedené touto osobou. b) Dojde-li ke smrti pojištěného, kterému vznikl nárok na finanční plnění, které za života neobdržel, plní pojištitel mimo, kdo náklady prokazatelně vynaložil, jinak se plnění stává předmětem dědického řízení. c) Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je finanční plnění podle tohoto článku splatné v měně České republiky a na jejím území a pojištitel ho poskytuje formou převodu na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázkou na jméno a adresu oprávněné osoby.
- V případech přepočtu ze zahraniční měny použije pojištitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.
- Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhne dobu trvání pojištění, pojištitel rozhodne o dalším postupu takto: a) pokud zdravotní stav pojištěného neumožňuje jeho repatriaci, bude pojištěný léčen v zdravotnickém zařízení určeném pojištětelem 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 nebo doléčení ve zdravotnickém zařízení na území České republiky určeném pojištětelem.
- Pojistné plnění je omezeno horní hranicí. Horní hranice pojistného plnění je určena limity plnění uvedenými v pojistné smlouvě.** a) Celkový limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. a) až písm. d) (Celkový limit pojištěného) omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí pojištěného vzniklých v době trvání pojištění. b) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. a) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. a) (Zdravotní péče celkem), který omezuje pojistné plnění za jednu pojistnou událost. c) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. b) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. b) a písm. c) (Reparace a převoz), který omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí pojištěného vzniklých v době trvání pojištění. d) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. b) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. d) (Ošetření zubů), který omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí pojištěného vzniklých v době trvání pojištění.
- Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojištitel v souladu s pojistnými podmínkami.
- V případě, že oprávněná osoba obdržela náhradu za vzniklé výlohy od třetí strany nebo cestou jiného právního vztahu, pojištitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění v důsledku kompenzaci, které oprávněná osoba obdržela. Pojištitel může pojistné plnění snížit také v dalších případech uvedených v zákoně č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů.
- Pojištitel může pojistné plnění **odmítnout**, jestliže: a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplné zodpovězených písemných dotazů, a

jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek,

- oprávněná osoba uvedla při uplatňování práva na pojistné plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkrleslé údaje týkající se příčin vzniku a rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamířila.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření oznámené události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění. Šetření je skončeno, jakmile pojištitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Čl. 5

Výluky z pojištění

- Nebylo-li v doplňujících ustanoveních pojistné smlouvy ujednáno jinak, pojištitel neposkytuje pojistné plnění v případech:**
 - porodu včetně předčasného a šestinedělí, interrupce, umělého oplodnění, vyšetření a léčeni neplodnosti nebo vyšetření (včetně laboratorního a ultrazvukového) ke zjištění a sledování těhotenství, vyšetření v souvislosti s antikoncepcí včetně úhrady antikoncepce,
 - ošetření zubů a služeb s ním spojených s výjimkou ošetření následků úrazu a nezbytného jednoduchého ošetření zubů za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti,
 - vyšetření a léčeni psychických poruch nesouvisejících s jiným náhlým onemocněním nebo úrazem, psychologického vyšetření a psychoterapie,
 - výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem nebo ošetření a léčeni, které není lékařsky uznávané,
 - preventivních prohlídek, očkování, kontrolních lékařských vyšetření a ošetření nesouvisejících s náhlým onemocněním nebo úrazem,
 - kosmetických zákroků,
 - rehabilitace, fyziální léčby nebo lédařského léčeni či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů, výcvikové terapie nebo nácviku soběstačnosti,
 - akupunktury a homeopatie,
 - organové transplantace, léčeni hemofilie, inzulinoterapie mimo poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy a podávání léků, které bylo zahájeno v ČR,
 - komplikací, které se mohou vyskytnout při léčeni onemocnění nebo úrazů, na něž se pojištění nevztahuje,
 - vyšetření a léčeni pohlavních, sexuálně přenosných nemocí a AIDS, včetně vyšetření na HIV pozitivitu,
 - náhrad za brýle, kontaktní čočky, naslouchací přístroje a za zhotovení a opravy ortopedických protéz,
 - údálosti, kdy pojištěný porušil právní předpisy platné v zemi pobytu, jako např. při řízení motorového vozidla pojištěným, který neměl v době vzniku škody platné řidičské oprávnění,
 - sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni,
 - údálosti vzniklé v souvislosti s výtržností, kterou pojištěný vyvolal nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou pojištěný spáchal, anebo při pokusu o ni,
 - údálosti vzniklé při přípravě a provozování profesionální sportovní činnosti,
 - údálosti vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků, údálosti vzniklé při výkonu kaskadérské činnosti,
 - nepojistitelných činností, tj. údálosti vzniklé při přípravě a provozování extrémních a adrenalinových druhů sportů nebo v přímé souvislosti s nimi, tj. činností jako jsou např. kontaktní bojové sporty, skoky na laně, horolezectví, speleologie, skialpinismus, canyoning, parasailing,
 - údálosti vzniklé při provozování jiných než nebezpečných druhů sportů v rámci organizovaných soutěží, závodů a tréninků; tato výluka se neuplatňuje, je-li sjednaný typ pojištění **„Sportovní soutěže (S1)“** nebo typ pojištění **„Nebezpečné sporty (S2)“**,
 - údálosti vzniklé v souvislosti s přípravou a provozováním nebezpečných druhů sportů, zejména při leteckých sportech, motospotech včetně čtyřkolek a motokár, vodních motorových sportech včetně vodního lyžování, sjíždění divokých řek, potápění za pomoci dýchacích přístrojů, vysokohorské turistice v horském terénu nad 2000 m nebo po cestách zajištěných řetězy, lany a žebříky, při jízdě na koni, skateboardu, bobech, skeletoonu, akrobaci a skocích na lyžích, při ledním hokeji; tato výluka se neuplatňuje, je-li sjednaný typ pojištění **„Nebezpečné sporty (S2)“**,
 - údálosti vzniklé v souvislosti s výkonem pracovní činnosti nebo zaměstnání pojištěného; tato výluka se neuplatňuje, je-li sjednaný typ pojištění **„Pracovní pobyt“**,
 - údálosti vzniklé v době přesahující 90 dnů souvislého pobytu v cizině; tato výluka se neuplatňuje, je-li sjednaný typ pojištění **„Nepřetržitý pobyt“**,
 - úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, tj. volně zakoupených bez lékařského předpisu.
- Pojištitel neposkytuje pojistné plnění:**
 - za léčeni takových nemocí a zdravotních stavů, kdy je zdravotní péče vhodná, účelná a potřebná, ale je odkladná a lze ji poskytnout až po návratu do České republiky,
 - za události vzniklé při pobytu pojištěného na území České republiky,
 - za případy vycestování za účelem čerpání zdravotní péče,
 - za události, které si pojištěný způsobil úmyslně sám nebo mu je způsobila úmyslně oprávněná osoba,
 - za události, které pojištěnému způsobila jiná osoba z podnětu pojištěného nebo z podnětu oprávněné osoby,
 - za události, jejichž příčina nebo příznaky nastaly mimo dobu trvání pojištění,
 - pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojištitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojištitel,

- h) za události vzniklé při činnostech na místech k tomu neurčených (např. lyžování a jiné činnosti mimo vyznačené trasy, skoky z mostu a podobně) a při cestách do oblastí, kterou orgán státní správy označil jako válečnou nebo životu a zdraví jinak nebezpečnou zónu,
- i) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
- účinky uvolněné jaderné energie, chemických nebo biologických zbraní,
 - válečnými událostmi a občanskou válkou,
 - akty násilí (včetně občanských nepokojů a teroristické činnosti), na nichž se pojištěný aktivně podílel,
 - manipulaci se stříelnou zbraní nebo výbušninou pojištěným,
- j) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
- výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal,
 - požitím nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, léků, narkotik či jiných psychotropních nebo návykových látek pojištěným,
- k) za pátrací akce a převoz, pokud zároveň nedošlo k pojistné události na zdraví pojištěného.

Čl. 6

Uzavření a doba platnosti pojistné smlouvy

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

Čl. 7

Vznik a trvání pojištění. Pojistná doba

- Pojištění se sjednává na pojistnou dobu určitou od počátku pojistné doby do konce pojistné doby. Pojistná doba je sjednána v pojistné smlouvě.
- Není-li sjednán přesný čas počátku pojistné doby, pojištění vzniká v 0,00 hod. dne sjednaného jako počátek pojistné doby. Je-li sjednán přesný čas počátku pojistné doby, pojištění vzniká ve sjednaný čas dne sjednaného jako počátek pojistné doby. Je-li však v okamžiku sjednání pojištění pojišťovaná osoba mimo území České republiky, pojištění vzniká nejdříve 3 dny od sjednání pojištění; tento odklad se neuplatní, je-li pojištění sjednáno v době trvání předchozího pojištění.
- Pojištění trvá od sjednaného počátku pojistné doby do skutečného zániku pojištění.
- Pojištění se sjednává ve prospěch pojištěného.

Čl. 8

Povinnosti pojistitele

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

Čl. 9

Povinnosti pojistníka

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

Čl. 10

Povinnosti pojištěného

- Pojištěný je povinen:
 - uznat vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu vzniklé škody,
 - v případě vzniku škodné události se vždy a bez odkladu, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, obrátit na poskytovatele asistenčních služeb pojistitele, dbát jeho pokynů a na požádání se podrobit zdravotnímu vyšetření ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojistitele,
 - v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření a poskytovateli zdravotní péče se prokázat průkazem pojištěného,
 - na žádost pojistitele písemně zprostředkovateli zdravotní

- péče mlčenlivostí a dát pojistiteli písemně oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodné události,
- podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,
 - pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje, podstoupit na návrh pojistitele nebo poskytovatele asistenčních služeb pojistitele repatriaci,
 - prokazatelně doložit, je-li sjednaný typ pojištění "Opakovaný pobyt", maximální souvislou délku pobytu v cizině 90 dní.
2. Je-li na pojištěném zdravotnickým zařízením výjimečně požadována **přímá úhrada škody**, která je pojistnou událostí, je pojištěný povinen:
- převzít originály potřebných dokladů, viz. čl. 11 bod 7, písm. A,B), a bezpečně je uchovat až do jejich předání pojistiteli; tuto povinnost má pojištěný i v ostatních případech přímé úhrady škody,
 - uhradit oprávněnému příjemci přiměřené a prokazatelné náklady,
 - bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady, viz. čl. 11 bod 7, písm. A,B), pojistiteli; tuto povinnost má pojištěný i v ostatních případech přímé úhrady škody.

Čl. 11

Další práva a povinnosti účastníků pojištění

- Pojistitel není povinen zkoumat případnou nadbytečnost pojištění, zejména, je-li např. úhrada nákladů zdravotní péče o pojištěného zajištěna i jiným způsobem. Tato skutečnost není důvodem pro zánik pojištění ani pro vrácení pojistného nebo jeho části.
- Pojistitel je oprávněn převěřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími organizacemi a osobami, a to i v cizině.
- Pojistníka a pojištěný jsou povinni:
 - pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednaného pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému,
 - kdykoliv po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu všech údajů, které byly v pojistné smlouvě uvedeny,
 - umožnit pojistiteli provedení šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejich následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost,
 - sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách platných v době vzniku škodné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojištěného nebezpečí.
- V případě smrti pojištěného se všechny jeho povinnosti vztahují na oprávněnou osobu.
- Za osoby nezpůsobivé k právním úkonům jedná jejich zákonný zástupce.
- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění. Oznámení se považuje za přijaté poté, kdy:
 - pojistník pojistiteli oznámil na řádně vyplněném formuláři pojistitele, že nastala škodná událost a podal mu pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události,
 - pojistník pojistiteli předal originály potřebných dokladů (bod 7).
 Není-li pojistník současně pojištěným, má tyto povinnosti, s výjimkou bodu 7.D), pojištěný. Tyto povinnosti může splnit i jiná osoba (např. zdravotnické zařízení).
- Potřebnými doklady** jsou:
 - originály dokladů prokazujících:
 - příčinu, čas, místo a okolnosti vzniku pojistné události, její rozsah a přímou souvislost pojistné události s osobou pojištěného, a to minimálně uvedením jména, příjmení a data narození pojištěného,
 - podrobnou specifikaci předmětu úhrady (např. lékařské zprávy s diagnózou, popisem a datem provedených výkonů a ordinovaných léků),
 - předmět úhrady (účty nebo faktury vystavené lékařem nebo účty vystavené lékárnou na základě receptu ošetřujícího lékaře) a prokazující datum a výši provedení úhrady (stvrzenky o zaplacení v hotovosti, výpisy z účtů),
 - v případě pojištění plnění za lékařem ambulantně předepsané léky a zdravotnické prostředky také originály nebo kopie receptu vystavené na jméno pojištěného s uvedením data vystavení, množství a popisu léků a zdravotnických prostředků, podpisu a otisku razítka vystavitele,
 - při pojistné události šetření policie také policejní protokol nebo potvrzení o šetření nehody,
 - v případě úmrtí pojištěného také úřední úmrtní list a lékařské osvědčení o příčině smrti.
 Všechny doklady musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem a otiskem razítka vystavitele.

Čl. 12

Pojistné

- Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel.
- Změna pojistného rizika v průběhu pojistné doby je promítnuta ve výši pojistného.
- Jedná se o jednorázové pojistné. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je jednorázové pojistné splatné v plné výši dnem uzavření pojistné smlouvy v méně České republiky.
- Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, a to i v případě, zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby. Toto právo pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
- Je-li pojistná smlouva ukončena **dohodou** přede dnem vzniku pojištění, pojistitel vrátí pojistníkovi, po jeho vrácení všech dokladů osvědčujících platnost pojištění, přijaté pojistné, od kterého odečte náklady spojené se vznikem a správou pojištění.
- Zanikne-li pojištění **výpovědí pojistitele** a pokud pojistník, pojištěný ani jiná oprávněná osoba neporušili povinnosti účastníků tohoto pojištění, vrátí pojistitel pojistníkovi, po jeho vrácení všech dokladů osvědčujících platnost pojištění, nespolečebanovanou část přijatého pojistného.

Čl. 13

Změny a ukončení pojistné smlouvy. Zánik pojištění.

- Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
- Pojištění zaniká **uplynutím pojistné doby**, a to ve 24.00 hod. dne sjednaného jako datum konce pojištění.
- Pojištění zaniká **dnem smrti** pojištěného.
- Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění písemně **vypovědět** do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění písemně **vypovědět** do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojištění zaniká dnem doručení oznámení pojistitele o **odmítnutí pojistného plnění**.
- Pojistitel i pojistník mohou od pojistné smlouvy **odstoupit** v souladu se zákonem.
- Zánikem pojištění je pojistná smlouva ukončena.
- Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit písemnou **dohodou** smluvních stran za dohodnutých podmínek.

Čl. 14

Přechod práv na pojistitele

- Vzniklo-li v souvislosti s hrozcí nebo nastalou pojistnou událostí oprávněné osobě, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází výplatu plnění z pojištění toto právo na pojistitele, a to až do výše částek, které pojistitel ze soukromého pojištění oprávněné osobě, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, vyplatil.
- Oprávněná osoba je povinna učinit opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva na náhradu škody, které podle zákona přechází na pojistitele.
- Oprávněná osoba nesmí uzavírat s třetí stranou takové dohody, kterými by se vzdávala nároku na náhradu vůči třetí osobě v případě, že tyto nároky přecházejí na pojistitele.
- Oprávněná osoba je povinna přechod práv na pojistitele na jeho žádost písemně potvrdit.
- Pokud pojistiteli v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, je pojistitel oprávněn tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Čl. 15

Doručování písemnosti

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

Čl. 16

Asistenční služba

Asistenční služba je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednáním pojištěním a je zabezpečována smluvní organizací pojistitele. Asistenční služba je poskytována 24 hodin denně. Kontakt na poskytovatele asistenčních služeb je uveden na průkazu pojištěného.

Čl. 17

Zachraňovací náklady

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

Čl. 18

Společná ustanovení

- Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
- Komunikačním jazykem je čeština.
- Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den složení částky ve prospěch příjemce. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání částky na účet příjemce.
- Náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 20% z nespolečebanovaného pojistného.
- Náklady pojistitele na vydání druhopisu činí 50 Kč za jeden doklad.
- Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vyřazení, u příslušného soudu v České republice podle českého práva.