



Kooperativa
P O J I Š Ť O V N A A . S .

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO KOMERČNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

930

Schváleno Ministerstvem financí pod č.j. 321/58374/1999 dne 12. srpna 1999 s účinností od 1. září 1999.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro komerční zdravotní pojištění, které sjednává Kooperativa, pojišťovna, a.s. (dále jen „**pojišťitel**“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku a tyto všeobecné pojistné podmínky, které jsou součástí pojistné smlouvy.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek I. Základní pojmy

Tyto všeobecné pojistné podmínky vymezuji následující pojmy:

Pojistník – fyzická nebo právnická osoba, která uzavřela pojistnou smlouvu.

Pojištěný – osoba, na jejíž zdraví se pojištění vztahuje.

Pojistná smlouva – písemnou formou vyhotovený právní dokument vyjadřující konkrétní podmínky pojištění závazné pro obě smluvní strany. Vzniká na základě návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

Pojistka – písemné potvrzení pojištětele o uzavření pojistné smlouvy.

Počátek pojištění – okamžik, se kterým je spojen vznik povinnosti pojištětele plnit a jeho právo na pojistné podle uzavřené pojistné smlouvy.

Konec pojištění – okamžik zániku účinnosti pojistné smlouvy.

Čekací doba – doba počínající běžet od počátku pojištění, během které pojištětel neplní.

Pojistná doba – doba, na kterou je uzavřena pojistná smlouva.

Výroční den – den stanovený v pojistné smlouvě, který se číslem shoduje s dnem a měsícem počátku pojištění.

Pojistné období – časový interval dohodnutý v pojistné smlouvě pro placení pojistného.

Doba placení pojistného – doba, po kterou trvá povinnost pojistníka platit pojistné k uzavřené pojistné smlouvě.

Pojistné – úplata za poskytnutou pojistnou ochranu dohodnutá v pojistné smlouvě.

Pojistná událost – nahodilá událost definovaná těmito všeobecnými pojistnými podmínkami a blíže určená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojištětele poskytnout pojistné plnění.

Pojistné plnění – částka, která je podle pojistné smlouvy poskytnuta pojištětelem v případě vzniku pojistné události.

Článek XVII. Denní dávka při pracovní neschopnosti

A. Pojistná událost

(1) Pojistnou událostí je vznik pracovní neschopnosti lékařem vystavené pro nemoc nebo úraz pojištěného, která nastala za trvání pojištění.

(2) Za pracovní neschopnost ve smyslu těchto všeobecných pojistných podmínek se považuje stav, kdy pojištěný nemůže podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem vykonávat a nevykonává své zaměstnání nebo svou samostatnou výdělečnou činnost ani nevykonává řídicí a (nebo) kontrolní činnost, a to ani po omezenou část dne.

B. Rozsah povinnosti pojištětele poskytnout pojistné plnění

(1) Výše pojistného plnění vyplývá ze smluvně dohodnuté denní dávky.

(2) Pojištětel plní za pracovní neschopnost ode dne, který je lékařem stanoven jako počátek pracovní neschopnosti, nejdříve však ode dne, který je stanoven v pojistné smlouvě. Pojistné plnění se vyplácí až do dne, kterým je pracovní neschopnost podle rozhodnutí lékaře ukončena (plnění náleží i za tento den).

(3) Pojištětel plní maximálně za 365 dní trvání jedné pracovní neschopnosti.

(4) Délka pracovní neschopnosti musí odpovídat rozsahu a povaze nemoci nebo úrazu pojištěného.

C. Výluky z pojištění

Pojištětel neplní v těchto případech

- při pracovní neschopnosti v souvislosti s rizikovým těhotenstvím, hrozícím potratem, předčasným porodem nebo porodem,
- po dobu, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek a po dobu další mateřské dovolené. U pojištěné osoby, která nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství, platí výluka z pojištění i po dobu, po kterou by podle zákonných předpisů peněžitou pomoc v mateřství pobírala,
- při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
- při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
- při léčebném pobytu v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních a ústavech kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčeni nemoci nebo úrazu a pojištětel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas,
- pokud se pojištěný nezdržuje v místě svého trvalého bydliště, kromě těch případů, kdy
 - je v lékařsky nutném nemocničním ošetření nebo
 - opustil místo trvalého bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře nebo
 - pojištěný je během přechodného pobytu mimo místo trvalého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění nebo z důvodu zde nastalého úrazu, pokud se se souhlasem ošetřujícího lékaře zdržuje v místě přechodného bydliště.

Článek XVIII. Pojištění stomatologické péče

A. Pojistná událost

Pojistnou událostí je poskytnutí stomatologické péče, která není hrazena nebo je částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

B. Rozsah povinnosti pojištětele poskytnout pojistné plnění

(1) Výše a rozsah pojistného plnění jsou stanoveny v pojistné smlouvě.

(2) Pojištětel nehradí náklady ošetření chrupu hrazené veřejným zdravotním pojištěním. U léčebných stomatologických výkonů, zubních náhrad a u výkonů v čelistní ortopedii a čelistní chirurgii částečně hrazených veřejným zdravotním pojištěním je pojištětel povinen plnit pouze tu část, kterou veřejné zdravotní pojištění nehradí.

(3) Pojištětel může vyloučit z pojistného krytí ošetření chrupu provedené určitými stomatology. K účinnosti tohoto opatření musí pojištětel s vyloučením určitého stomatology seznámit pojištěného před provedením ošetření.

(4) Při ošetření chrupu příbuzným pojištěného v řadě přímé (manžel/ka, děti, rodiče) je pojistné plnění omezeno na úhradu prokázaných věcných nákladů.

(5) Přesahuje-li ošetření chrupu rozsah z lékařského hlediska nezbytně nutný, může pojištětel pojistné plnění přiměřeně snížit.

(6) V případě plnění více pojištělů z téže pojistné události, plní pojištětel pouze v poměru částky, kterou je povinen plnit podle své smlouvy, k částkám, které jsou úhrnem povinni plnit všichni pojištětele.

(7) Má-li pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetí osobě, je povinen tento nárok až do výše poskytnutého pojistného plnění pojištěteli písemně postoupit. Vzdá-li se pojištěný tohoto nároku či práva, které tento nárok zajišťuje, bez souhlasu pojištětele, není pojištětel povinen plnit až do výše, v jaké by pojištěný byl býval mohl získat od třetí osoby náhradu.

Článek XIX.

Pojištění prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu

A. Pojistná událost

Pojistnou událostí je vynaložení nákladů na nákup nebo pronájem lékařem předepsaných prostředků zdravotnické techniky nehranzených zcela nebo zčásti z veřejného zdravotního pojištění, které pojištěný potřebuje v důsledku úrazu, k němuž dojde nejdříve v den počátku pojištění.

B. Rozsah povinnosti pojištětele poskytnout pojistné plnění

(1) Výše a rozsah pojistného plnění jsou stanoveny v pojistné smlouvě.

(2) Pojištětel nehradí náklady na prostředky zdravotnické techniky hrazené veřejným zdravotním pojištěním. U prostředků zdravotnické techniky, které jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, je pojištětel povinen plnit pouze tu část, kterou veřejné zdravotní pojištění nehradí. V případě pronájmů prostředků zdravotnické techniky se plní za tento pronájem, maximálně však do výše kupní ceny prostředků.

(3) V případě plnění více pojištělů z téže pojistné události, plní pojištětel pouze v poměru částky, kterou je povinen plnit podle své smlouvy, k částkám, které jsou úhrnem povinni plnit všichni pojištětele.

(4) Má-li pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetí osobě, je povinen tento nárok až do výše poskytnutého pojistného plnění pojištěteli písemně postoupit. Vzdá-li se pojištěný tohoto nároku či práva, které tento nárok zajišťuje, bez souhlasu pojištětele, není pojištětel povinen plnit až do výše, v jaké by pojištěný byl býval mohl získat od třetí osoby náhradu.

Článek XX.

Dynamizace komerčního zdravotního pojištění

V závislosti na vývoji míry inflace v makroekonomickém prostředí je ve smlouvách komerčního zdravotního pojištění pojištětel oprávněn upravovat výši pojistných částek a jím odpovídající výši pojistného, a to podle zásad dohodnutých se souhlasem pojistníka v pojistné smlouvě.

Článek XXI.

Přechodná ustanovení

(1) Pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak, provádějí se všechny platby pojistníka i pojištětele související s pojištěním v méně platné na území České republiky.

(2) Jakýkoliv soudní spor vyplývající z komerčního zdravotního pojištění bude řešen u příslušného soudu v České republice podle právních předpisů platných na území České republiky.

(3) Od všech ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek se lze v pojistné smlouvě odchýlit s výjimkou ustanovení článků II., III., IV. odst. 2 a 3, článku VIII. odst. 1, 4, 5, 6, 7, článků IX., X., XI. odst. 2, článku XII. odst. 1, od kterých se lze odchýlit, jen pokud je to ku prospěchu pojištěného.

(4) U všeobecných pojistných podmínek schválených Ministerstvem financí dne 6. ledna 1999 pod č. j. 321/2405/1999 končí jejich platnost ke dni účinnosti těchto všeobecných pojistných podmínek. To neplatí pro pojistné smlouvy uzavřené před účinností těchto všeobecných pojistných podmínek.

Článek IV. Rozsah a územní platnost pojištění

(1) Rozsah pojištění ochrany vyplývá z uzavřené pojištní smlouvy, jejích dodatků, těchto všeobecných pojištních podmínek a z platných právních předpisů.

(2) Pojištitel plní za pojištní události, které nastanou během trvání pojištění na území České republiky.

(3) Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice.

Článek V. Pojištní doba, počátek pojištění, konec pojištění

(1) Pojištění lze sjednat buď na dobu určitou (s daným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.

(2) Je-li pojištění sjednáno na dobu určitou, ja tato doba uvedena v pojištní smlouvě. Je-li pojištění sjednáno na dobu neurčitou, je platnost pojištní smlouvy každoročně ve výroční den automaticky prodloužována, pokud není písemně vypovězena v souladu s ustanovením čl. X, odst. 1 a 6.

(3) Pojištění začíná dnem sjednaným v pojištní smlouvě jako počátek pojištění. Pojištění končí zánikem účinnosti pojištní smlouvy.

Článek VI. Čekací doba

(1) Právo na plnění z titulu uzavřené pojištní smlouvy vzniká teprve po uplynutí čekací doby.

(2) Čekací doby počínají běžet od počátku pojištění.

(3) Základní délka čekací doby činí tři měsíce.

(4) V případě pojištní události vzniklé v důsledku úrazu nebo akutní infekční nemoci, k nimž došlo nejdříve v den počátku pojištění, se čekací doba neuplatňuje.

(5) Zvláštní čekací doba v délce 9 měsíců je stanovena pro případ hospitalizace a pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

(6) Zvláštní čekací doba v délce 6 měsíců je stanovena pro stomatologické výkony nehrázené zcela nebo zčásti z veřejného zdravotního pojištění a pro případ hospitalizace při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie.

(7) U novorozenců začíná pojištní ochrana bez čekací doby, pokud v den narození dítěte má jeden z rodičů toto pojištění s pojištěním sjednáno alespoň tři měsíce a novorozence dítě je do pojištění přihlášené během prvních dvou měsíců života.

Článek VII. Změna pojištění

Pokud se účastníci dohodnou o změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojištitel ze změněného pojištění až z pojištních událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00 hodin dne následujícího po uzavření dohody o změně pojištní smlouvy. Pro zvýšená nebo nově zahrnutá rizika začínají čekací doby podle ustanovení článku VI. znovu běžet od data změny.

Článek VIII. Pojištění

(1) Výše a splatnost pojištní jsou uvedeny v pojištní smlouvě. Výše pojištního se určuje podle kalkulačních zásad stanovených pojištěním. Pojištitel může, nikoliv však se zpětnou účinností, upravit sazby pojištního na základě aktuálních početních podkladů. Pojištitel může nejvýše jednou během kalendářního roku, nikoliv však se zpětnou účinností, upravit sazby pojištního na základě vyhodnocení kalkulovaného a skutečného škodního průběhu pojištění.

(2) Pro stanovení výše pojištního je určující pohlaví a věk pojištěného. Za vstupní věk pojištěného se považuje věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.

(3) Pojištitel upraví pojištní od výročního dne počátku pojištění v roce, v němž osoba, která byla pojištěna jako nezletilá, dosáhne zletilosti.

(4) Jestliže pojištník při uzavírání pojištní smlouvy uvedl nesprávné údaje o sobě nebo o pojištěném, v důsledku čehož byly chybně stanoveny pojištní

technické parametry mající vliv na výši pojištního, je pojištitel oprávněn snížit pojištní plnění v poměru výše pojištního, které bylo zaplaceno, ke správné výši pojištního.

(5) Pojištník je povinen platit pojištní po sjednanou pojištní dobu a ve lhůtách stanovených v pojištní smlouvě.

(6) Pojištní za první pojištní období je pojištník povinen zaplatit při uzavření pojištní smlouvy, nejpozději však v den, který je uveden v pojištní smlouvě jako počátek pojištění. Pojištní za další pojištní období (následné pojištní) je splatné vždy prvního dne příslušného pojištního období. Pokud pojištní není v tento den zaplaceno, je pojištitel oprávněn požadovat úrok z prodlení.

(7) Pojištní je stanoveno ve výši odpovídající ročnímu pojištnímu období. V pojištní smlouvě lze placení pojištního dohodnout i ve formě področních splátek. Při področním placení se pojištní odpovídající příslušnému pojištnímu období zvýší o příplatek.

(8) Případné nedoplatky pojištního včetně úroku z prodlení je pojištitel oprávněn odečíst si od vypláceného pojištního plnění. Případné přeplatky pojištního použije pojištitel na úhradu pojištního za další období nebo je vrátí pojištníkovi.

(9) Případné přebytky pojištního může pojištitel použít ke zvýhodnění pojištění formou rozšíření jeho rozsahu, zvýšení pojištních částek nebo snížení pojištního.

Článek IX. Důsledky neplacení pojištního

(1) Není-li pojištní za první pojištní období zaplaceno v plně výši do tří měsíců anebo následně pojištní do 6 měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištní zanikne uplynutím těchto lhůt bez náhrady.

(2) Lhůty uvedené v odst. 1 mohou být před tím, než uplynou, písemnou dohodou prodlouženy.

(3) Pojištitel má právo na pojištní do zániku pojištění.

Článek X. Zánik pojištění

(1) Pojištění zanikne výpovědí pojištníka ke konci pojištního období. Výpověď musí být pojištěním doručena alespoň 6 týdnů před jeho uplynutím.

(2) Pojištitel nemůže pojištění vypovědět po uplynutí dvou měsíců od uzavření pojištní smlouvy.

(3) Pokud pojištění zanikne odstoupením od smlouvy podle § 802 odst. 1 občanského zákoníku, vrátí pojištitel pojištníkovi zaplacené pojištní snížené o náklady, které vznikly s uzavřením a splácením pojištní smlouvy. Pojištník je povinen vrátit pojištění vše, co bylo ze smlouvy plněno.

(4) Pokud pojištění zanikne odmítnutím plnění podle § 802 odst. 2 občanského zákoníku, pojištitel pojištní do zániku pojištění nevrací.

(5) Pokud pojištění zanikne z jiných důvodů, než je uvedeno v odst. 3 a 4, ne však proto, že pojištní událostí odpadá důvod dalšího pojištění, je pojištitel povinen vrátit zbývající část pojištního.

(6) Pokud pojištitel zvýší sazby pojištního, pojištník může výpovědět pojištní smlouvu k nejbližšímu výročnímu dni bez dodržení výpovědní lhůty dle odst. 1 tohoto článku.

(7) Pojištění zanikne smrtí pojištěného.

(8) Pojištění zanikne dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště na území České republiky.

Článek XI. Výluky z pojištění

(1) Pojištitel neplní v těchto případech:
a) za pojištní události, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí nebo občanskou válkou nebo při aktivní účasti pojištěného na občanských nepokojích,
b) za pojištní události, které vznikly v souvislosti s úmyslným sebeпоškozením, sebevraždou pojištěného a pokusem o ni,
c) pokud pojištěný utrpěl úraz při výkonu profesionální sportovní činnosti.

(2) Pokud není v pojištní smlouvě dohodnuto jinak, pojištitel neplní za pojištní události, které vznikly v důsledku
a) účasti pojištěného jako řidiče nebo spolujezdce motorového vozidla na závodech či soutěžích nebo při přípravě na ně,

b) výkonu funkce pilota nebo jiného člena posádky letadla či vrtulníku (s výjimkou výkonu této činnosti jako povolání na palubě dopravního letadla letecké společnosti přepravujícího osoby bez náklad),
c) létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem, ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu, létání v balónech a při seskocích a letech s padákem z letadel i vřšin,
d) výkonu horolezeckého sportu.

Článek XII. Omezení pojištního plnění

(1) Pojištitel je oprávněn podle okolností případu snížit své plnění až o jednu polovinu
a) utrpěl-li pojištěný úraz nebo onemocněl-li v souvislosti se svým jednáním, pro které byl pravomocně odsouzen,
b) utrpěl-li pojištěný úraz nebo onemocněl-li v souvislosti s požitím alkoholu nebo návykových látek nebo se zneužitím léků.

(2) Bylo-li jednání pojištěného, pro které byl pravomocně odsouzen, úmyslné nebo pro společnost zvláště nebezpečné a okolnosti takového případu odůvodňují, může pojištitel snížit své plnění o více než polovinu.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ

Článek XIII. Druhy pojištění

(1) Pojištitel v rámci komerčního zdravotního pojištění sjednává
a) pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku nemoci nebo úrazu,
b) pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nemoci nebo úrazu,
c) pojištění stomatologické péče,
d) pojištění prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu.

(2) Pojištitel může sjednávat i jiné druhy komerčního zdravotního pojištění. Není-li takové pojištění upraveno zvláštními předpisy nebo pojištní smlouvou, platí pro ně ustanovení těch podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.

(3) Pro to, zda jsou sjednány všechny druhy pojištění uvedené v odst. 1 tohoto článku nebo jen některé z nich, je rozhodující obsah pojištní smlouvy.

Článek XIV. Povinnosti pojištěného

(1) Pojištěný je povinen v případě úrazu nebo onemocnění vyhledat bez zbytečného odkladu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat lékařem stanovený léčebný režim, vyloučit veškerá jednání, která brání jeho uzdravení a poskytovat součinnost při hospitalizaci a kontrole průběhu léčebného procesu.

(2) Kdo má právo na plnění, je povinen bez zbytečného odkladu pojištěním písemně oznámit, že nastala pojištní událost, dát pravdivé vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu jejich následků a předložit potřebné doklady, které si pojištitel vyžádá.

(3) Uzavření pojištní smlouvy u jiného pojištětele na pojištní rizika krytá pojištní smlouvou komerčního zdravotního pojištění nebo rozšíření rozsahu tohoto pojištění u jiného pojištětele je pojištník povinen pojištěním oznámit.

(4) Pojištěný je povinen pojištěním oznámit bez zbytečného odkladu
• každou změnu zaměstnání, oblasti podnikání, zájmové činnosti,
• priznání starobního důchodu, plnění nebo částečného invalidního důchodu.

(5) Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 1 až 4 tohoto článku podstatný vliv na vznik pojištní události nebo na zvětšení rozsahu následků pojištní události, je pojištitel oprávněn plnění ze smlouvy snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.

Článek XV. Pojištní plnění

(1) Z komerčního zdravotního pojištění poskytne pojištitel pojištěnému nebo tomu, kdo má právo na plnění, na základě písemného oznámení o vzniku pojištní události pojištní plnění
a) za dobu pracovní neschopnosti nebo za dobu hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu ve výši součinnosti denní dávky sjednané v pojištní smlouvě a počtu dní pracovní neschopnosti nebo hospitalizace, za které má být plněno,
b) za skutečně vynaložené náklady na stomatologickou péči nebo prostředky zdravotnické techniky za podmínek dohodnutých v pojištní smlouvě.

(2) O poskytnutí plnění a jeho výši rozhoduje pojištitel v souladu s těmito všeobecnými pojištními podmínkami, v souladu se smluvními ujednáními a na základě dokladů předložených pojištěným.

(3) Pojištitel je povinen poskytnout plnění teprve tehdy, jestliže mu byly předloženy veškeré doklady, které vyžadoval. Tyto doklady si pojištitel může ponechat.

(4) Pojištitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené doklady i vyžadovat znalecké posudky odborníků. Pojištitel je též oprávněn složit pojištní události konzultovat nebo zaslat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím plnění z pojištní smlouvy.

(5) Pokud pojištitel podle čl. III., odst. 2 nařídí přezkoumání zdravotního stavu pojištěného lékařem, kterého sám určí, a pokud pojištěný toto přezkoumání odmítne (k vyšetření se nedostaví nebo se vyšetřit nenechá), není pojištitel do doby, než pojištěný určené vyšetření podstoupí, povinen plnit.

(6) Trvá-li pracovní neschopnost pojištěného nebo jeho hospitalizace déle než tři měsíce, lze pojištěným na základě jeho písemné žádosti poskytnout zálohu na pojištní plnění.

Článek XVI. Denní dávka při pobytu v nemocnici

A. Pojištní událost

(1) Pojištní událostí je poskytnutí nemocniční lůžkové péče pojištěnému v důsledku nemoci nebo úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná (dále jen hospitalizace).
Pojištní událostí je rovněž hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a to za podmínek stanovených v čl. VI., odst. 5 a čl. XVI., oddíl B odst. 5.

(2) O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno v nemocnici na lůžkové části vzhledem k závažnosti onemocnění nebo vzhledem k charakteru ošetření.

B. Rozsah povinnosti pojištětele poskytnout pojištní plnění

(1) Výše pojištního plnění vyplývá z ujednání pojištní smlouvy pro pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici.

(2) Plnění se poskytuje v případě hospitalizace pojištěného v lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.

(3) Denní dávka při pobytu v nemocnici se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace, která je z lékařského hlediska nezbytná, a to bez časového omezení, pokud v dalších ustanoveních těchto všeobecných pojištních podmínek nebo smluvních ujednání není uvedeno jinak.

(4) Počet dní pobytu v nemocnici je dán počtem lůžkové, které zde pojištěný strávil.

(5) Povinnost pojištětele poskytnout pojištní plnění je omezena v případě
a) hospitalizace při porodu na 10 dní,
b) hospitalizace v důsledku onemocnění souvisejících s těhotenstvím na 20 dní pro každé těhotenství.

C. Výluky z pojištění

Pojištitel neplní v těchto případech
a) při hospitalizaci v nemocničních zařízeních, která pojištěním vyloučil z pojištního krytí, a to v případě, že k pojištní události došlo poté, co pojištitel o této výluce pojištěného písemně informoval,
b) při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí, zvláštních dětských zařízeních a rovněž při pobytu pojištěného v ústavech sociální péče a na ošetřovnách vojenských útvarů,
c) při hospitalizaci v ústavech a odděleních pro chronicky nemocné,
d) při hospitalizaci ve vězeňských nemocnicích,
e) při hospitalizaci v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
f) při léčebném pobytu pojištěného v léčebnách alkoholismu, toxikomanie a hrací závislosti,
g) při hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a ošetrovací péče,
h) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
i) při léčebném pobytu v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních a ústavech,
j) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

ZVLÁŠTNÍ PODMÍNKY

A. Všeobecné údaje

1. Obsah pojištění

Komerční zdravotní pojištění obsahuje tyto druhy pojištění:

- Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku nemoci nebo úrazu
 - Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nemoci nebo úrazu (netýká se pojištění dětí)
 - Připojištění stomatologické péče
 - Připojištění prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu
- Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku nemoci nebo úrazu je základní pojištění, k němuž lze ostatní pojištění sjednat formou připojištění.

Komerční zdravotní pojištění nelze sjednat pro kaskadéry, krotitele šelem, pyrotechniky, profesionální potápěče, horolezce, speleology, profesionální sportovce a sportovce zúčastňující se nejvyšších celostátních soutěží v daném sportu s výjimkou šachistů.

2. Pojistná doba

Pojistná smlouva se uzavírá na dobu jednoho roku a její platnost je každoročně automaticky prodloužována, pokud není písemně vypovězena.

3. Pojistné

Pojistné se platí jednorázově; je možné dohodnout úhradu pojistného v pololetních, čtvrtletních nebo měsíčních splátkách.

4. Čekací doby

Právo na plnění z titulu uzavřené pojistné smlouvy vzniká teprve po uplynutí čekacích dob, které začínají běžet od počátku pojištění. Základní délka čekací doby činí 3 měsíce. V případě pojistné události vzniklé v důsledku úrazu nebo akutní infekční nemoci, k nimž došlo nejdříve v den počátku pojištění, se čekací doba neuplatňuje.

5. Odbytné

Právo na odbytné u tohoto pojištění není.

6. Důsledky neplacení pojistného

Pokud není zapláceno pojistné ve lhůtě stanovené § 801 občanského zákoníku, zanikne pojištění uplynutím této lhůty bez náhrady. Pojišťovna má právo na pojistné do zániku pojištění.

7. Podíl na přebytku

Přebytky z dosažených hospodářských výsledků pojišťovny použije pojišťovna ve prospěch pojistníka nebo pojištěného. Podíly z přebytků se přiznávají po celou dobu trvání pojištění.

8. Dynamizace

Ve smyslu ustanovení čl. 20 všeobecných pojistných podmínek pro komerční zdravotní pojištění upraví pojišťovna podle oficiálně publikované míry inflace, která dosáhne úrovně 5 % a více, výši pojistného a pojistných částek; k tomu stačí souhlas pojistníka vyjádřený v pojistné smlouvě. Oficiálně publikovanou mírou inflace se rozumí roční míra inflace zveřejněná Českým statistickým úřadem za předchozí kalendářní rok, resp. poslední známá oficiálně publikovaná roční míra inflace. Oficiálně publikovaná míra inflace se zaokrouhluje směrem dolů na celé jednotky. Takto upravená oficiálně publikovaná míra inflace (dále jen "míra inflace") se použije pro dynamizaci pojištění, tj. ke stanovení nových pojistných částek a pojistného.

- Podle míry inflace pojišťovna zvýší pojistné a upraví pojistné částky tak, aby odpovídaly zvýšenému pojistnému, a to v souladu s pojistně-technickými zásadami.
- Výše pojistného a pojistných částek bude upravena vždy při prodloužení pojištění podle známé míry inflace.
- Při dynamizaci pojištění zůstávají všechna práva a povinnosti pojistníka, pojištěného a pojišťovny (upravená ve smluvních ujednáních a všeobecných pojistných podmínkách pro komerční zdravotní pojištění) zachována.
- Odmítne-li pojistník dynamizaci písemně, bude to pojišťovna považovat za žádost o zrušení nároku na dynamizaci a dále již nebude pojištění dynamizovat. Stejně se bude postupovat, nezaplatí-li pojistník včas zvýšené pojistné.

B. Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku nemoci nebo úrazu

1. Obsah pojištění

Pojišťovna vyplatí sjednané denní dávky v případě, že bude na základě lékařského vyšetření odborným zdravotnickým zařízením pojištěný hospitalizován v důsledku nemoci nebo úrazu, event. v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Denní dávka se poskytuje za každý kalendářní den pobytu v lůžkové části nemocnice, který je z lékařského hlediska nezbytný. Počet dní pobytu v nemocnici je dán počtem půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.

Povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezena v případě:

- a) pobytu v nemocnici při porodu na 10 dní,
- b) pobytu v nemocnici v důsledku onemocnění souvisejících s těhotenstvím na 20 dní pro každé těhotenství.

2. Pojistné částky

Pojistnou částkou se rozumí sjednaná denní dávka, která je předmětem ujednání pojistné smlouvy.

3. Čekací doby

Zvláštní čekací doba v délce 9 měsíců od počátku pojištění je stanovena pro případ pobytu v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Zvláštní čekací doba v délce 6 měsíců od počátku pojištění je stanovena pro případ hospitalizace při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní chirurgie a čelistní ortopedie.

U novorozenců začíná pojistná ochrana bez čekací doby, pokud v den narození dítěte má jeden z rodičů toto pojištění s pojistovnou sjednáno alespoň 3 měsíce a novorozené dítě je do pojištění přihlášeno během prvních dvou měsíců života.

C. Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nemoci nebo úrazu

1. Obsah připojištění

Za každý den pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nemoci či úrazu, nejdříve však od smluvně dohodnutého dne pracovní neschopnosti, vyplátí pojistovna pojištěnému sjednanou denní dávku. Za pracovní neschopnost se považuje stav, kdy pojištěný nemůže žádným způsobem vykonávat a nevykonává své zaměstnání nebo svou samostatnou výdělečnou činnost ani nevykonává řídicí a (nebo) kontrolní činnost, a to ani po omezenou část dne.

Pojistit lze osoby v hlavním pracovním poměru nebo vykonávající samostatně výdělečnou činnost. Nelze pojistit osoby pro souběžný nebo vedlejší pracovní poměr a pro souběžnou nebo vedlejší činnost.

Pojištění dávek při pracovní neschopnosti nelze sjednat s muži a ženami v domácnosti nebo na mateřské dovolené, studujícími v řádném denním studiu, osobami se svobodným povoláním, nezaměstnanými, vojáky základní služby, starobními a invalidními (částečně nebo plně) důchodci a osobami samostatně výdělečně činnými, které neplatí pojistné za nemocenské pojištění.

2. Pojistné částky

Pojistnou částkou se rozumí denní dávka, která je předmětem ujednání pojistné smlouvy. Pojistovna vyplátí za každý kalendářní den pracovní neschopnosti sjednanou pojistnou částku denní dávky při pracovní neschopnosti, nejdříve však od 15. nebo 26. dne pracovní neschopnosti podle ujednání v pojistné smlouvě.

Výše konkrétní denní dávky se stanovuje v závislosti na výši měsíčního hrubého příjmu pojištěného; přehled nejvyšších denních dávek je uveden v následující orientační tabulce:

Měsíční hrubý příjem (Kč)	Nejvyšší denní dávka (Kč)	Měsíční hrubý příjem (Kč)	Nejvyšší denní dávka (Kč)
10 000	100	75 000	1 100
20 000	200	80 000	1 200
25 000	300	85 000	1 300
30 000	400	90 000	1 350
35 000	500	95 000	1 400
40 000	600	100 000	1 500
45 000	650	105 000	1 600
50 000	700	110 000	1 700
55 000	800	115 000	1 750
60 000	900	120 000	1 800
65 000	1000	125 000	1 900
70 000	1050	130 000	1 950
		více než 135 000	2 000

Poznámky:

1. Tabulka se vztahuje na pojištěného mající příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky.
2. U pojištěných mající příjmy z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti se za příjem považuje buď:
 - a) 25 % z příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti, nebo
 - b) základ daně z příjmu snížený o daň z příjmu tj. ziska to podle toho, který z nich je vyšší.

Pojistitel plní maximálně za 365 dní trvání jedné pracovní neschopnosti.

2. Čekací doby

Zvláštní čekací doba v délce 9 měsíců je stanovena pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Zvláštní čekací doba v délce 6 měsíců je stanovena pro případ pracovní neschopnosti při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní chirurgie a čelistní ortopedie.

3. Konec připojištění

Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti končí dnem, ve kterém pojištěný přestane vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost uvedenou v pojistné smlouvě. V případě změny zaměstnání, oblasti podnikání nebo zájmové či sportovní činnosti může se v pojištění pokračovat, je-li zaměstnání nebo podnikání podle směrnic pojišťovny pojistitelné. Pojišťovna a pojistník mohou v tomto případě uzavřít dodatek pojistné smlouvy.

Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti končí dnem přiznání starobního důchodu, popř. uznáním starobního důchodu před dosažením důchodového věku, nejpozději však dosáhne-li pojištěný věku 65 let. Připojištění rovněž končí dnem, kdy byl pojištěný uznán plně nebo částečně invalidním nebo dnem, kdy byly na základě lékařského posouzení (včetně posouzení odborným lékařem určeným pojišťovnou) splněny zákonné předpoklady pro uznání jeho plně nebo částečné invalidity.

D. Připojištění stomatologické péče

1. Obsah připojištění

Ve smyslu čl. 18 oddílu B odst.1 všeobecných pojistných podmínek pro komerční zdravotní pojištění uhradí pojišťovna pojištěnému 65 % vynaložených nákladů na stomatologickou péči nehrzenou nebo částečně hrazenou veřejným zdravotním pojištěním a to po předložení originálů dokladů, popř. ověřených kopií, s uvedením jména a rodného čísla pojištěného, razítka a podpisu ošetřujícího lékaře-stomatologa o zaplacení.

2. Pojistné částky

Pojistnou částkou se rozumí maximální výše plnění v jednom pojistném období. Plnění jsou stanovena v závislosti na délce trvání pojištění:

Délka trvání pojištění (pojistné období)	Maximální výše plnění pro dospělé osoby (Kč)
1. rok	2 000
2. rok	3 500
3. a další rok	5 000

Maximální pojistná částka pro děti se vstupním věkem do 17 let včetně činí polovinu maximální pojistné částky pro dospělé.

3. Čekací doby

Zvláštní čekací doba v délce 6 měsíců od počátku pojištění je stanovena pro stomatologické výkony nehrzené zcela nebo zčásti z veřejného zdravotního pojištění a případ pobytu v nemocnici při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní chirurgie a čelistní ortopedie. Splnění podmínky 6 měsíců se nevyžaduje, nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu nebo akutní infekční nemoci, k nimž došlo nejdříve v den počátku pojištění.

U novorozenců začíná pojistná ochrana bez čekací doby, pokud v den narození dítěte má jeden z rodičů toto pojištění s pojišťovnou sjednáno alespoň 3 měsíce a novorozené dítě je do pojištění přihlášeno během prvních dvou měsíců života.

E. Připojištění prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu

1. Obsah připojištění

Ve smyslu čl. 19 oddílu B odst. 3 všeobecných pojistných podmínek pro komerční zdravotní pojištění uhradí pojišťovna pojištěnému, který se stane tělesně, zrakově nebo sluchově postiženým v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění, 80 % vynaložených nákladů na nákup nebo pronájem z lékařského hlediska nezbytných prostředků zdravotnické techniky nehrzených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

2. Pojistné částky

Pojistnou částkou se rozumí maximální výše plnění v jednom pojistném období. Pojistná částka za prostředky zdravotnické techniky odpovídající výše uvedené definici (kromě invalidních vozíků) činí 5 000,- Kč a pro invalidní vozíky činí pojistná částka 10 000,- Kč.

F. Obecná ustanovení

Toto pojištění se řídí příslušnými ustanoveními občanského zákoníku, všeobecnými pojistnými podmínkami pro komerční zdravotní pojištění a zvláštními podmínkami, oddíl A a B. Byla-li k základnímu pojištění sjednána výše uvedená připojištění, řídí se zvláštními podmínkami, oddíl C, D a E.