



POJISTNÉ PODMÍNKY ZDRAVNÍHO POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

ZPC 1/10

s platností od 1. ledna 2010

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků **soukromého zdravotního pojištění** cizinců (dále jen „**pojištění**“) se řídí právním řádem České republiky. Na pojištění se vztahují zejména příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, 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 pojištitelka 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**“).
- Pojištění splňuje požadavky zákona č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a to bez ohledu na zvolený typ pojištění.**

Čl. 2

Vymezení pojmů

- Pojištitel** je osoba, která s pojištělelem 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; slouží také jako doklad o zaplacení jednorázového pojištění.
- 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 pojištitelky poskytnout pojistné plnění.
- Jedna pojistná událost** je pojistná událost vzniklá z pojištění jedné osoby, z jediné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná, časová nebo jiná přímá souvislost.
- Doba platnosti pojistné smlouvy** je doba, na kterou byla 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.
- Jednorázový pojištěným** je pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno. Jednorázové pojištění náleží pojištiteli vždy celé.
- Pojistným nebezpečím** je možná příčina vzniku pojistné události.
- Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí náhle a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nebo neočekávané a nepřerušované působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických) nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.
- Poporodní péče o novorozence** je zdravotní péče navazující bezprostředně na porod bez přerušení kontinuity hospitalizace, s výlukami uvedenými v čl. 5.
- Novorozencem** se pro účely tohoto pojištění rozumí dítě od narození do konce 3. měsíce věku.
- Sjednaný **typ pojištění** je uveden v pojistné smlouvě. Je-li sjednaný typ pojištění:
 - „Standard“** (označeno také **„ST“**), pojištění se nevztahuje na události, za které je pojistné plnění podmíněno sjednáním typu pojištění *Novorozence* nebo *Profesionální sporty*,
 - „Profesionální sporty“** (označeno také **„PS“**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl.5 odst.2,
 - „Novorozence“** (označeno také **„N“** nebo **„Poporodní péče o novorozence“**), neuplatňuje se výluka uvedená v čl.5 odst.3.

Čl. 3

Účel a předmět pojištění

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

Čl. 4

Pojistná událost. Rozsah a splatnost pojistného plnění

- Pojistnou událostí je, s výlukami uvedenými v čl. 5, škoda vzniklá na předmětu pojištění z **pojistného nebezpečí změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu nebo jiné úkony související se zdravotním stavem pojištěného** vzniklé v době trvání pojištění a při pobytu pojištěného v České republice.
- Škodou jsou nutné náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní péči o pojištěného poskytnutou v České republice v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy, a to pouze ve zdravotnických zařízeních, s nimiž má pojištitel pro toto pojištění uzavřenu smlouvu.
V případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu

pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života z prodlení, pojištitel uhradí náklady i takovému zdravotnickému zařízení na území České republiky, které nemá s pojištělelem pro toto pojištění uzavřenu smlouvu. Uhrazeny budou náklady do výše hrazené pojištělelem smluvnímu zařízení, a to jen do doby, než bylo možné zajistit zdravotní péči smluvním zdravotnickým zařízením pojištitelky.

Pojistné plnění do limitu dle odst. 7 poskytují pojištitel v rozsahu:

- obdobně veřejnému zdravotnímu pojištění** avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění; pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a není proto totožné s pojištěním pro případ nemoci podle §62 odst. 3 zákona č.37/2004 Sb., o pojistné smlouvě;
- repatriace** nemocného pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná a je provedena, po posouzení a schválení revizním lékařem pojištitelky a za souhlasu ošetřujícího lékaře, organizací zdravotnické dopravy odsouhlasenou pojištělelem nebo poskytovatelem asistenčních služeb pojištitelky, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt. Po předchozím schválení může pojištitel v odůvodněných případech uhradit i přepravní náklady další osoby nezbytné pro doprovod pojištěného;

3. Náklady podle odstavce 2 tohoto článku pojištitel hradí zdravotnickému zařízení nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.

- Přímá úhrada škody:**
 - Pokud pojištěný provedl přímou úhradu škody, která je pojistnou událostí, pojištitel následně proplatí přiměřené náklady, a to po převzetí originálů potřebných dokladů, viz. čl. 11, bod 10), t.j. uskutečnění finanční plnění.

Originály těchto dokladů zůstávají pojištiteli a nevracejí se. Byl-li předložen originál dokladu k úhradě jiné osobě než pojištěným, postarají jeho kopie, pokud na ni jsou originálně zaznamenány a potvrzeny platby provedené touto osobou.

- Dojde-li ke smrti pojištěného, kterému vznikl nárok na finanční plnění, které za života neobdržel, plní pojištitel tomu, kdo náklady prokazatelně vynaložil, jinak se plnění stává předmětem dědičického řízení.

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.

Pojištitel poskytne pojistné plnění za recept na lékařem ambulantně předepsané léky nebo poukaz na zdravotnické prostředky, pokud výše škody za každý recept nebo poukaz přesáhne hranici 100 Kč. Pojistným plněním se rozumí částka uvedená v Císelniku VZP ČR pro hromadně vyráběné léčivé přípravky a individuálně připravované léčivé přípravky označená jako MAX a platná v době vzniku pojistné události.

V případech přepočtu ze zahraniční měny použije pojištitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.

Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhne dobu trvání pojištění, pojištitel rozhodne o dalším postupu takto:

- pokud zdravotní stav pojištěného neumožňuje jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojištělelem do doby, než se jeho zdravotní stav zlepší natolik, že bude možné jeho repatriaci uskutečnit;
- pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře uskutečnit jeho repatriaci nebo doléčení ve zdravotnickém zařízení mimo území České republiky určeném pojištělelem.

Pojistné plnění je omezeno horní hranicí. Horní hranice pojistného plnění je určena limity plnění uvedenými v pojistné smlouvě:

- Celkový limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. a) až písm. f) (**Celkový limit pojištěného**) omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.
- 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.

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) (**Repatriace a převoz**), který omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí 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) (**Novorozence**), který omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

e) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. b) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. e) (**Ošetření zubů**), který omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

f) Dílčím limitem z limitu uvedeného pod písm. b) tohoto odstavce je limit plnění za náklady dle čl. 4 odst. 2 písm. f) (**Ambulantně předepsané léky**), který omezuje pojistné plnění za součet všech pojistných událostí vzniklých v době trvání pojištění.

8. Výši a rozsah pojištěného plnění určuje pojištitel v souladu s pojistnými podmínkami.

9. a) V případě, že oprávněná osoba obdržela náhradu za vzniklé škody od třetí strany nebo cestou jiného právního vztahu, pojištitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění v důsledku kompenzací, 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.

b) Pokud pojištitel vyplatil pojistné plnění v nesnížené výši a dodatečně mu vznikne nárok na snížení pojistného plnění, má pojištitel právo uplatnit rozdíl mezi vyplaceným a sníženým pojistným plněním po tom, v jehož prospěch bylo plněno.

10. Pojištitel může pojistné plnění **odmítnout** v případech uvedených v zákoně č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů.

11. 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

1. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, pojištitel neposkytuje pojistné plnění:

- v případech nákladů na:
 - závodní preventivní péči,
 - ústavní péči v odborných léčebných ústavech,
 - lázeňskou péči, homeopatii a akupunkturu,
 - transplantace,
 - léčení závislosti, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz,
 - vyšetření a léčení AIDS, pohlavních a sexuálně přenosných nemocí od stanovení diagnózy,
 - léčení inzulinem u onemocnění cukrovkou s výjimkou onemocnění vzniklého v těhotenství (těhotenský diabetes),
 - léčení chronické ledvinové nedostatečnosti hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou,
 - léčení růstovým hormonem,
 - léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve,
 - vyšetření a léčení zvrozených vad a onemocnění včetně jejich komplikací a následků od stanovení diagnózy,
 - léčení vad řeči, sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
 - elektrické vozíky a myoelektrické protézy,
 - regulační poplatky a doplatky,
- v případech vyšetření, prohlídky a jiných zdravotních výkonů v osobním zájmu pojištěného, které nesledují léčebný účel, včetně laboratorních vyšetření (např. zdravotní kosmetické výkony, umělé přerušení těhotenství, vyšetření a léčení neplodnosti, vyšetření v souvislosti s antikoncepcí, vypracování lékařského potvrzení na vlastní žádost, poplatek za dožádání služby pohotovostní lékárny),

c) v případech úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, tj. volně zakoupených bez lékařského předpisu.

2. Není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu **„Profesionální sporty“**, pojištitel neposkytuje pojistné plnění za události vzniklé při provozování profesionální sportovní činnosti i přípravě na ni. Sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

3. Není-li v době vzniku škodné události účinné pojištění typu **„Novorozence“**, pojištitel neposkytuje pojistné plnění za poporodní péči o novorozence pojištěné matky. Sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

4. Pojištitel neposkytuje pojistné plnění za neakutní stomatologickou péči. S výjimkou následků úrazu pojištitel neposkytuje pojistné plnění ani za výkony akutní stomatologické péče neuvedené ve výčtu výkonů pojištitelky „Přehled hrazených stomatologických výkonů“.

5. Pojištitel neposkytuje pojistné plnění:

- 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,

d) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojištitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojištitelky,

e) za události vzniklé při činnostech na místech k tomu neurčených,

f) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:

- účinky uvolněné jaderné energie, chemických nebo biologických zbraní,

