



OBSAH

ČLÁNEK 1	Úvodní ustanovení	str. 1
ČLÁNEK 2	Výklad pojmů	str. 1
ČLÁNEK 3	Vznik a doba trvání pojištění	str. 2
ČLÁNEK 4	Pojistné	str. 2
ČLÁNEK 5	Poplatky a limity	str. 3
ČLÁNEK 6	Změny pojištění	str. 3
ČLÁNEK 7	Indexace	str. 3
ČLÁNEK 8	Zánik pojištění	str. 3
ČLÁNEK 9	Výpověď pojištění	str. 3
ČLÁNEK 10	Prerušení placení pojistného	str. 3
ČLÁNEK 11	Odkupné	str. 3
ČLÁNEK 12	Čekací doba	str. 4
ČLÁNEK 13	Pojistné plnění	str. 4
ČLÁNEK 14	Výluky z pojištění	str. 4
ČLÁNEK 15	Omezení pojistného plnění	str. 5
ČLÁNEK 16	Práva a povinnosti účastníků pojištění	str. 5
ČLÁNEK 17	Informace k souhlasům uděleným účastníky pojištění pojistiteli	str. 6
ČLÁNEK 18	Zvláštní ustanovení o formě právních jednání a oznámení týkajících se pojištění	str. 7
ČLÁNEK 19	Elektronická komunikace	str. 7
ČLÁNEK 20	Společná ustanovení	str. 8

ČLÁNEK 1

Úvodní ustanovení

1. Pojištění osob, které sjednává ČSOB Pojišťovna, a.s., člen holdingu ČSOB (dále jen „pojistitel“), se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „občanský zákoník“), ustanoveními souvisejících právních předpisů, pojistnou smlouvou, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob (dále jen „VPP“) a příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami. Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 2

Výklad pojmů

Běžné pojistné – pojistné stanovené za pojistné období.

Čekací doba – doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.

Jednorázové pojistné – pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Mimořádné pojistné – pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit nad rámec běžného pojistného.

Nahodilá událost – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání soukromého pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.

Nemoc – nahodilá, na vůli a činnosti pojištěného nezávislá změna zdravotního stavu, která přesahuje fyziologické normy klinického nálezu a tělesných funkcí.

Obmyšlený – osoba určená pojistníkem, které vznikne právo na pojistné plnění v případě pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

Oceňovací tabulky – části pojistných podmínek, podle kterých je určován rozsah a výše pojistného plnění pojistitele z vybraných pojištění.

Odkupné – část nespotřebovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistně matematickými metodami k datu zániku pojištění.

Oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.

Pojistitel – ČSOB Pojišťovna, a.s., člen holdingu ČSOB.

Pojistka – potvrzení pojistitele o uzavření pojistné smlouvy.

Pojistná částka – částka, ze které se stanoví výše plnění v případě pojistné události v souladu s obsahem pojistné smlouvy.

Pojistná doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Pojistná smlouva – pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění, nastane-li pojistná událost, a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné. Pojistná smlouva vymezuje podmínky pojištění. Odkazují-li pojistné podmínky na pojistnou smlouvu, rozumí se pojistnou smlouvou jak vlastní ujednání pojistné smlouvy, tak veškeré pojistné podmínky, které jsou v souladu s „Úvodními ustanoveními“ těchto VPP její nedílnou součástí.

Pojistná událost – nahodilá událost krytá pojištěním. Pro účely těchto VPP a dalších pojistných podmínek je v některých případech pojem „pojistná událost“ použit i pro pojistiteli oznámenou nahodilou událost, za kterou pojistitel není v souladu s pojistnou smlouvou povinen poskytnout pojistné plnění.

Pojistné – úplata za sjednané pojištění, jejíž výše je stanovena v pojistné smlouvě.

Pojistné nebezpečí – možná příčina vzniku pojistné události.

Pojistné období – časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí běžné pojistné.

Pojistné plnění – plnění, které je pojistitel povinen poskytnout, nastala-li pojistná událost; pojistitel ho poskytne v souladu s obsahem pojistné smlouvy, a to buď jednorázově nebo opakovaně (např. ve formě důchodu).

Pojistné riziko – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolaná pojistným nebezpečím.

Pojistník – svéprávná fyzická nebo právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a zavázala se platit pojistiteli pojistné. Pojistník nemusí být totožný s pojištěným.

Pojistný rok – časový interval, který začíná v den počátku pojištění nebo v den výročí pojištění a končí uplynutím dne předcházejícího následujícímu výročí pojištění.

Pojistný zájem – oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.

Pojištění obnosové – pojištění, jež zavazuje pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění v ujednaném rozsahu. Základem pro určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění je částka určená na návrh pojistníka, kterou má pojistitel v případě vzniku pojistné události vyplatit, anebo výše a četnost vyplácení důchodu.

Pojištění škodové – pojištění, při němž poskytne pojistitel pojistné plnění, které v ujednaném rozsahu vyrovnává úbytek majetku vzniklý v důsledku pojistné události.

Pojištěný – fyzická osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje.

Účastníci pojištění – pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění osob vzniklo právo nebo povinnost.

Úraz

- Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- Úrazem je i neúmyslné, náhlé, neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu, chemických látek a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických) nezávisle na vůli pojištěného, kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt a ke kterému došlo v době trvání pojištění.
- Za úraz se považuje také smrt utonutím, tonutí a nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu.

Vrozené nemoci a vady – jakékoli vady a onemocnění vzniklé před narozením, ovlivněné dědičnými faktory nebo faktory získanými během těhotenství, které se projeví a/nebo byly zjištěny při narození nebo později, a to v jakémkoli období života pojištěného.

ČLÁNEK 3

Vznik a doba trvání pojištění

- Pojištění vzniká na základě písemné pojistné smlouvy.
- Jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi pojistku.
- Pojištění se sjednává na dobu vymezenou v pojistné smlouvě (pojistná doba).
- Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění.
- Konec pojištění je ve 24:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, nezanikne-li pojištění v souladu s pojistnou smlouvou dříve.
- Pojištění se z důvodu nezaplacení pojistného během pojistné doby nepřerušuje.

ČLÁNEK 4

Pojistné

- Pojistník je povinen platit pojistné, a to běžné nebo jednorázové, podle toho, co bylo dohodnuto v pojistné smlouvě. Je-li sjednáno placení běžného pojistného, je délka pojistného období stanovena v pojistné smlouvě.
- Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Pojistitel je oprávněn ověřit si u pojištěného správnost údajů rozhodujících pro stanovení výše pojistného.
- Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol, kterým je, není-li stanoveno jinak, číslo pojistné smlouvy.
- Pojistné se považuje za zaplacené dnem, kdy je ve výši dohodnuté v pojistné smlouvě připsáno na účet stanovený pojistitelem, nebo dnem, kdy je pojistiteli zaplaceno v hotovosti.
- Je-li výše pojistného závislá na věku pojištěného, považuje se za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil.
- Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, nestanoví-li občanský zákoník jinak nebo není-li jinak ujednáno.
- Pojistník je povinen hradit pojistné řádně a včas.
- Nastala-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala. Jde-li o jednorázové pojistné, náleží pojistiteli celé pojistné za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Dojde-li k zániku pojištění z důvodu zániku pojistného zájmu za trvání pojištění, ujednává se, odchýlně od § 2765 občanského zákoníku, že pojistiteli náleží pojistné do posledního dne kalendářního měsíce předcházejícího kalendářnímu měsíci, ve kterém se pojistitel o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
- Odchylně od § 2782 odst. 1 občanského zákoníku se ujednává, že pojistitel má právo na pojistné pouze do konce kalendářního měsíce předcházejícího kalendářnímu měsíci, v němž došlo k zániku pojištění v následujících případech zániku pojištění:
 - na základě výpovědi pojištění pojistníkem či pojistitelem dle § 2805 písm. a) občanského zákoníku, tj. výpovědi pojištění do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy,
 - na základě výpovědi pojištění pojistníkem či pojistitelem dle § 2805 písm. b) občanského zákoníku, tj. výpovědi do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události,
 - na základě kterékoliv z výpovědí učiněných pojistníkem dle § 2806 občanského zákoníku,
 - z důvodu odmítnutí plnění pojistitelem dle § 2809 občanského zákoníku.

ČLÁNEK 5

Poplatky a limity

1. Mimo sjednané pojistné je pojistitel oprávněn účtovat poplatky za vybrané úkony činěné na žádost účastníka pojištění. Jejich výše je uvedena v sazebníku, který je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Jsou-li pro pojištění stanoveny limity, jsou uvedeny v sazebníku.

ČLÁNEK 6

Změny pojištění

1. Jakékoliv změny již sjednaného pojištění včetně změn jeho rozsahu se realizují na základě písemné vzájemné dohody smluvních stran, není-li v pojistné smlouvě nebo v obecně závazných právních předpisech stanoveno jinak.

ČLÁNEK 7

Indexace

1. Je-li v pojistné smlouvě dohodnuta indexace, pojistitel v závislosti na vývoji průměrné meziroční míry inflace vyhlášené Českým statistickým úřadem upraví na další pojistný rok výši pojistného a jemu odpovídající výši pojistných částek, a to podle zásad stanovených v pojistné smlouvě.
2. Při indexaci pojištění se zvyšují pojistné částky bez přezkoumávání zdravotního stavu pojištěného.
3. Nezaplátí-li pojistník pojistné upravené indexací a platí pojistné v původní výši, pojistitel pojištění vrátí do stavu před indexací a nebude je v následujících pojistných obdobích nadále indexovat, pokud pojistník znovu o indexaci písemně nepožádá. Pojištění bude pak znovu indexováno pro pojistný rok nejbližší následující po obdržení žádosti pojistníka.
4. Je-li v pojistné smlouvě indexace dohodnuta, je pojistník oprávněn písemně požádat o její zrušení; pojistitel pak pojištění dále neindexuje, a to od pojistného roku nejbližší následujícího po obdržení žádosti pojistníka.
5. Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn od placení pojistného, nebude pojistitel dále pojištění indexovat, a to od pojistného roku nejbližší následujícího po dni účinnosti zproštění. Zaniknou-li důvody pro zproštění od placení pojistného, je pojistník oprávněn o indexaci písemně požádat. Pojištění bude pak znovu indexováno pro pojistný rok nejbližší následující po obdržení žádosti pojistníka.

ČLÁNEK 8

Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) zánikem pojistného nebezpečí,
 - d) zánikem pojistného zájmu,
 - e) písemnou dohodou smluvních stran,
 - f) z důvodu neplacení pojistného, a to odchýlně od § 2804 občanského zákoníku dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v písemné upomínce k zaplacení pojistného doručené pojistníkovi,
 - g) písemným odstoupením pojistníka nebo pojistitele od pojistné smlouvy,
 - h) písemným odmítnutím pojistného plnění ze strany pojistitele,
 - i) písemnou výpovědí dle čl. 9 těchto VPP,
 - j) jiným způsobem uvedeným v pojistné smlouvě nebo v občanském zákoníku.

ČLÁNEK 9

Výpověď pojištění

1. Pojistník a pojistitel mohou pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Výpovědní doba je osmidenní a počíná běžet ode dne následujícího po dni doručení výpovědi druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.
2. Pojistník a pojistitel v případě, že nejde o životní pojištění, mohou pojištění, u kterého je sjednáno běžné pojistné, písemně vypovědět ke konci každého pojistného období. Je-li však výpověď doručena pojistiteli později než šest týdnů přede dnem, ve kterém uplyne pojistné období, zaniká pojištění ke konci následujícího pojistného období.
3. Pojistník a pojistitel v případě, že nejde o životní pojištění, mohou pojištění písemně vypovědět do tří měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události pojistiteli. Výpovědní doba je měsíční a počíná běžet ode dne následujícího po dni doručení výpovědi druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.
4. Pojistník může pojištění písemně vypovědět s osmidenní výpovědní dobou:
 - a) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko zakázané v § 2769 občanského zákoníku,
 - b) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele, nebo
 - c) do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.

ČLÁNEK 10

Přerušování placení pojistného

1. Zda a za jakých podmínek lze přerušit placení pojistného, stanoví pojistitel ve zvláštních pojistných podmínkách.

ČLÁNEK 11

Odkupné

1. Pojistníkovi vzniká nárok na odkupné v případech a za podmínek stanovených pojistitelem ve zvláštních pojistných podmínkách.

- Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z pojistných událostí nastalých před tím, než bylo zapláceno celé běžné pojistné za první pojistné období nebo jednorázové pojistné.
- Další čekací doby mohou být stanoveny ve zvláštních pojistných podmínkách pro daná pojištění.

- Pojistitel je povinen z pojištění poskytnout pojistné plnění, nastane-li v době trvání pojištění nahodilá událost krytá pojištěním. Rozsah pojistného plnění je určen v pojistné smlouvě.
- Z pojištění pojistitel poskytuje buď jednorázové nebo opakované plnění (např. důchod). Důchod se vyplácí za dohodnutá období, která se počítají od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém právo na výplatu důchodu vzniklo.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů ode dne skončení šetření nutného ke zjištění existence a rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.

- Pojistitel neposkytne pojistné plnění:
 - má-li vzniknout právo na pojistné plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání této osoby; současně se ujednává, že tato výlučka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení tato osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání této osoby jako podezřelého,
 - má-li vzniknout právo na pojistné plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, v situaci, kdy trestní stíhání této osoby z důvodu jejího úmrtí nebylo zahájeno nebo bylo zastaveno, a je-li jinak prokázáno, že se tato osoba takového skutku dopustila,
 - způsobil-li si pojištěný pojistnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby; současně se ujednává, že tato výlučka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - způsobil-li si pojištěný pojistnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, v situaci, kdy trestní stíhání pojištěného nebo této jiné osoby z důvodu úmrtí nebylo zahájeno nebo bylo zastaveno, a je-li jinak prokázáno, že se pojištěný nebo tato jiná osoba takového skutku dopustili,
 - nastala-li u pojištěného pojistná událost v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji a teroristickými činy,
 - způsobil-li si pojištěný pojistnou událost při řízení motorového vozidla, plavidla či letadla, pro něž neměl příslušné oprávnění k řízení, nebo nastala-li pojistná událost při letech, u nichž, s vědomím pojištěného, použité letadlo nebo pilot neměli úřední povolení, nebo které byly provedeny proti úřednímu předpisu nebo bez vědomí či proti vůli držitele letadla,
 - za pojistnou událost, ke které došlo při účasti pojištěného na soutěžích a závodech motorových vozidel, letadel nebo plavidel a přípravných jízdách, letech nebo plavbách k nim (trénink),
 - nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění, z něhož je právo na pojistné plnění uplatňováno, ještě netrvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - nastala-li pojistná událost do 2 měsíců od počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl již před sjednáním pojištění,
 - nastala-li pojistná událost v důsledku úmyslného sebepoškození nebo úmyslného jednání pojištěného,
 - nastala-li pojistná událost nebo došlo-li ke zhoršení následků pojistné události v důsledku vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře včetně zneužití léků pojištěným nebo užívání léků pojištěným v rozporu s lékařským doporučením,
 - byla-li pojistná událost způsobena jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
 - nastala-li pojistná událost následkem epidemické nebo pandemické nákazy,
 - uvede-li oprávněná osoba při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
- Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě nebo v občanském zákoníku.
- Zaniká-li pojištění pojistnou událostí, za niž pojistitel v souladu s ustanoveními tohoto článku neplní, a vznikl-li z pojištění nárok na odkupné, vyplatí pojistitel odkupné.

1. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit:
 - a) nastala-li pojistná událost v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení, nebo způsobil-li si pojištěný pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákoníku nedbalostním trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného; současně se ujednává, že toto omezení pojistného plnění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný na základě pravomocného rozhodnutí zproštěn obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného jako podezřelého,
 - b) nastala-li pojistná událost v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém nemohlo být pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení, neboť pojištěný zemřel, nebo způsobil-li si pojištěný pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákoníku nedbalostním trestným činem, v situaci, kdy trestní stíhání pojištěného z důvodu jeho úmrtí nebylo zahájeno nebo bylo zastaveno, a je-li jinak prokázáno, že se pojištěný protiprávně jednání, resp. takového skutku dopustil,
 - c) nastala-li u pojištěného pojistná událost pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací schopnosti nebo sociální chování.
2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, poruší-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojištění nebo jeho změně povinnost odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění (ve smyslu § 2788 občanského zákoníku) a došlo-li v důsledku nepravdivé odpovědi účastníka pojištění k uzavření pojistné smlouvy či sjednání jednotlivého pojištění za jiných podmínek či s jinými parametry (např. s vyšší pojistnou částkou, denní dávkou apod.), než jaké by byly sjednány, pokud by k porušení povinnosti nedošlo. Pojistitel snížení provede o takovou část, jaký je poměr parametrů pojištění, které měly být sjednány, k parametrům, které sjednány byly, resp. úměrně k podmínkám, které měly být a které byly sjednány.
3. Odvolá-li pojištěný v průběhu doby trvání pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit svůj souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a/nebo zpracování osobních údajů a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu povinnosti pojistitele plnit, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto odvolání na rozsah jeho povinnosti plnit nebo plnění odmítnout, je-li tímto jednáním pojištěného šetření pojistitele znemožněno.
4. Poruší-li pojistník nebo pojištěný při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změně některou z povinností uvedených v těchto VPP nebo z dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy a v důsledku tohoto porušení bylo stanoveno nižší pojistné, má pojistitel právo snížit pojistné plnění o takovou část, jaký je poměr pojistného, které bylo v pojistné smlouvě sjednáno, k pojistnému, které mělo být hrazeno.
5. Poruší-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která má na pojistné plnění právo, povinnosti uvedené v těchto VPP nebo další povinnosti uvedené v pojistné smlouvě nebo stanovené obecně závaznými právními předpisy a mělo-li porušení těchto povinností podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, pojistitel má právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
6. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění o jednu polovinu, nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a trvalo-li pojištění, z něhož je právo na pojistné plnění uplatňováno, již nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni.
7. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě nebo v občanském zákoníku.

1. Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění fyzických a právnických osob, jakož i o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tuto informaci může jen se souhlasem pojištěného, nebo pokud tak stanoví obecně závazné právní předpisy.
2. Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit a ukončit je do 3 měsíců po tom, co mu byla tato událost oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je povinen oznamovateli sdělit, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.
3. Pojistník i oprávněná osoba jsou povinni podrobit se identifikaci a kontrole v souladu s příslušnými právními předpisy upravujícími opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
4. Pojistník je dále povinen bez zbytečného odkladu:
 - a) pojištěnému (je-li odlišný od pojistníka a nebyl-li účasten sjednání pojištění) oznámit, že v jeho prospěch bylo sjednáno pojištění a seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy, zejména s právy a povinnostmi, které pro něho ze sjednaného pojištění vyplývají,
 - b) pojistiteli oznámit písemně všechny změny osobních a jiných identifikačních údajů nebo změnu statutu politicky exponované osoby, které byly zjišťovány při sjednávání pojištění nebo jeho změny (zejména změnu v adrese skutečného bydliště), jakož i změnu v jiných údajích, na které byl v této souvislosti tázán; totéž platí o údajích pojištěného,
 - c) pojistiteli oznámit písemně zánik pojistného zájmu, uvést a doložit důvod jeho zániku.
5. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný či jiná oprávněná osoba; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost obmyšlený či jiná oprávněná osoba.
6. Pojistník a pojištěný jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
7. Pojištěný je povinen:
 - a) počínat si při veškerém svém jednání (právním i neprávním; při konání i případném opomenutí) tak, aby pojistná událost nenastala,
 - b) bez zbytečného odkladu poté, co k úrazu nebo nemoci došlo, vyhledat lékařské ošetření,

- c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčení nemoci nebo úrazu, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav nebo vývoj léčení,
 - d) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - e) předložit pojistiteli všechny doklady, lékařské zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - f) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotnickou dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotnickou dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli.
8. Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného, včetně jeho výpočtu, sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka.
9. Účastníci pojištění mají, kromě práv a povinností uvedených v těchto VPP, práva a povinnosti uvedené v pojistné smlouvě a stanovené obecně závaznými právními předpisy.

ČLÁNEK 17

Informace k souhlasům uděleným účastníky pojištění pojistiteli

1. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „zákon“), udělil účastník pojištění uzavřením, respektive podpisem, pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto všeobecné pojistné podmínky, pojistiteli souhlas ke zpracování osobních údajů obsažených v pojistné smlouvě za účelem:
 - a) nabízení obchodu nebo služeb pojistitele a všech subjektů, které jsou členem koncernu ČSOB, pojistitelem účastníkovi pojištění,
 - b) jejich předání jinému správci, a to pouze takovému, který je členem koncernu ČSOB, zejména společností Československá obchodní banka, a.s., Hypoteční banka, a.s., Českomoravská stavební spořitelna, a.s., ČSOB Penzijní společnost, a.s., člen skupiny ČSOB, ČSOB Leasing, a.s., ČSOB Factoring, a.s., ČSOB Asset Management, a.s., investiční společnost, Patria Finance, a.s., za účelem nabízení obchodu nebo služeb tímto jiným správcem účastníkovi pojištění,
 - c) marketingového zpracování za účelem výběru vhodných subjektů k oslovení a přípravy a tvorby analýz o anonymizované struktuře (zejména věkové, pohlavní, geografické, příjmové atd.) účastníků pojištění, včetně jejich (míněny analýzy) následného využití k účelu dle předchozích dvou odrážek.
2. V souladu se zákonem udělil účastník pojištění uzavřením, respektive podpisem, pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto všeobecné pojistné podmínky, pojistiteli souhlas ke zpracování citlivých údajů za účelem provozování pojišťovací činnosti, činností souvisejících s pojišťovací činností a zajišťovací činností.
3. Ve smyslu ustanovení § 5 odst. 5 zákona uděluje účastník pojištění pojistiteli souhlas k tomu, aby k údajům v rozsahu podle ustanovení § 5 odst. 5 zákona získaným pojistitelem, coby správcem, přiřazoval pojistitel další osobní údaje účastníka pojištění.
4. Všechny výše uvedené souhlasy uděluje účastník pojištění pojistiteli na dobu od okamžiku uzavření pojistné smlouvy, jejímž uzavřením, respektive podpisem, účastník pojištění výše uvedené souhlasy pojistiteli udělil a jejíž nedílnou součástí jsou tyto všeobecné pojistné podmínky, do uplynutí 5 let od zániku posledního právního vztahu pojištění sjednaného uvedenou pojistnou smlouvou, resp. v případě zpracování citlivých údajů na dobu trvání práv a povinností z pojištění sjednaného uvedenou pojistnou smlouvou.
5. Dále účastník pojištění souhlasí s předáváním jeho osobních údajů do jiných států, a to ve smyslu ustanovení § 27 zákona.
6. Ve smyslu ustanovení § 11 odst. 1 a 2 zákona pojistitel informuje a poučuje účastníka pojištění o tom, že:
 - a) osobní údaje účastníka pojištění budou zpracovány v rozsahu osobních údajů obsažených v pojistné smlouvě, jejímž uzavřením, respektive podpisem, účastník pojištění výše uvedené souhlasy pojistiteli udělil a jejíž nedílnou součástí jsou tyto všeobecné pojistné podmínky, a v rozsahu osobních údajů sdělených účastníkem pojištění pojistiteli v souvislosti s právním vztahem pojištění,
 - b) osobní údaje účastníka pojištění budou zpracovány za účelem provozování pojišťovací činnosti, činností souvisejících s pojišťovací činností, zajišťovací činností a dále za účelem nabízení obchodu nebo služeb pojistitele a všech subjektů, které jsou členem koncernu ČSOB (specifikovaných výše), účastníkovi pojištění pojistitelem nebo členy koncernu ČSOB (specifikovanými výše), a za účelem marketingového zpracování za účelem výběru vhodných subjektů k oslovení a přípravy a tvorby analýz o anonymizované struktuře účastníků pojištění,
 - c) osobní údaje účastníka pojištění bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel, případně jiný správce ve smyslu ustanovení § 5 odst. 6 zákona, a to pouze takový, který je členem koncernu ČSOB, zejména Československá obchodní banka, a.s., Hypoteční banka, a.s., Českomoravská stavební spořitelna, a.s., ČSOB Penzijní společnost, a.s., člen skupiny ČSOB, ČSOB Leasing, a.s., ČSOB Factoring, a.s., ČSOB Asset Management, a.s., investiční společnost, Patria Finance, a.s., registrovaný v souladu s ustanovením § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů,
 - d) osobní údaje účastníka pojištění nebudou zpřístupněny jiným osobám, než uvedeným v předchozí odrážce,
 - e) poskytnutí osobních údajů účastníkem pojištění pojistiteli je dobrovolné,
 - f) účastník pojištění je oprávněn využít práv (zejména práva přístupu k osobním údajům a práva na opravu osobních údajů) daných mu ustanovením § 12 a § 21 zákona, zjistí-li nebo domnívá-li se, že zpracování jeho osobních údajů poskytnutých pojistiteli je v rozporu s ochranou soukromého a osobního života zájemce nebo v rozporu se zákonem.
7. Ve smyslu ustanovení § 13c zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasí účastník pojištění s tím, aby ve stejném rozsahu, a po stejném účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož je účastník pojištění nositelem.
8. V souladu s ustanovením § 7 odst. 2 zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti a o změně některých zákonů (zákon o některých službách informační společnosti), ve znění pozdějších předpisů, uděluje účastník pojištění pojistiteli výslovný souhlas k využití podrobností jeho elektronického kontaktu obsažených v pojistné smlouvě, jejímž uzavřením, respektive podpisem, účastník pojištění výše uvedené souhlasy pojistiteli udělil a jejíž nedílnou součástí jsou tyto všeobecné pojistné podmínky, za účelem šíření obchodních sdělení samotného pojistitele a všech subjektů, které jsou členem koncernu ČSOB, elektronickými prostředky.
9. V souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „zákon o pojišťovnictví“), uděluje účastník pojištění pojistiteli výslovný souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění, k němuž se vztahuje právní jednání, jehož obsahovou součástí tento souhlas je:
 - a) zajišťovněm (viz ustanovení § 3 odst. 1 písm. g) zákona o pojišťovnictví) pojistitele,
 - b) ostatním členům koncernu ČSOB,
 - c) ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.
10. V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluje účastník pojištění pojistiteli uzavřením, respektive podpisem, pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto všeobecné pojistné podmínky, výslovný

souhlas se získáváním údajů o jeho zdravotním stavu, se zjišťováním a přezkoumáváním jeho zdravotního stavu nebo příčiny jeho smrti, jsou-li pro to důvody související:

- a) s určením výše pojistného rizika, nebo
- b) s určením výše pojistného, nebo
- c) se šetřením pojistné události, nebo
- d) s právem účastníka pojištění na zproštění od placení pojistného.

11. Zjišťování nebo přezkoumávání těchto skutečností provádí pojistitel i na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných osobou provozující zdravotnické zařízení, kterou pojistitel pověřil, od ošetřujících lékařů účastníka pojištění a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením účastníka pojištění provedeným zdravotnickým zařízením.

ČLÁNEK 18

Zvláštní ustanovení o formě právních jednání a oznámení týkajících se pojištění

1. V souladu s ustanovením § 1 odst. 2 občanského zákoníku pojistitel a pojistník výslovně sjednávají, že odchýlně od ustanovení § 2773 odst. 1 občanského zákoníku mohou být právní jednání týkající se pojištění učiněna účastníky pojištění vedle písemné formy také v některé z dále uvedených forem, respektive některým z dále uvedených způsobů, s výjimkou případů, kdy tyto VPP, zvláštní pojistné podmínky nebo jiná ujednání pojistné smlouvy výslovně stanoví, že právní jednání se činí písemně.
2. V souladu s ustanovením § 1 odst. 2 a § 2773 odst. 2 občanského zákoníku pojistitel a pojistník výslovně sjednávají, že oznámení týkající se pojištění je třeba učinit písemně v případech stanovených v těchto VPP, zvláštních pojistných podmínkách nebo v jiných ujednáních pojistné smlouvy, v ostatních případech je lze činit výhradně některou z forem, resp. způsobem dále uvedeným.
3. Formy, resp. způsoby, jak lze činit právní jednání a oznámení týkající se pojištění:
 - a) elektronickou poštou formou prostých e-mailových zpráv (tzn. e-mailových zpráv nevyžadujících opatření zaručeným elektronickým podpisem),
 - b) ústně prostřednictvím telefonu; v takovém případě však výhradně prostřednictvím:
 - telefonního čísla pojistitele 800 100 777 nebo
 - jiných telefonních čísel pojistitele (nikoliv např. telefonních čísel pojišťovacího zprostředkovatele činného pro pojistitele) zveřejněných a určených pojistitelem k telefonní komunikaci s účastníky pojištění ve věci vzniku, změny či zániku pojištění nebo ve věci šetření pojistných událostí, za podmínky, že o telefonních hovorech realizovaných prostřednictvím těchto telefonních čísel je pojistitelem pořizován zvukový záznam, o jehož správné zadání je každá osoba volající na tato telefonní čísla hlasovým automatem pojistitele informována před zahájením zaznamenávaného telefonního hovoru,
 - c) elektronickými prostředky prostřednictvím internetové aplikace „Online klientská zóna“ zřízené a provozované pojistitelem a dostupné účastníkovi pojištění na internetové adrese pojistitele www.csobpoj.cz zabezpečeného internetového přístupu, k němuž účastník pojištění obdržel od pojistitele aktivační klíč (dále také jen „internetová aplikace“).
4. Pro účely právních jednání a oznámení týkajících se pojištění učiněných způsobem podle odst. 3. písm. c) tohoto článku VPP pojistitel a pojistník sjednávají následující:
 - a) Pojistitel a pojistník sjednávají, že prostřednictvím internetové aplikace mohou účastníci pojištění činit pouze taková právní jednání či oznámení týkající se pojištění, která tato aplikace v čase učinění právního jednání či oznámení technologicky umožňuje,
 - b) Aktivačním klíčem se pro účely pojištění sjednaného podle těchto pojistných podmínek rozumí číselný nebo alfanumerický kód doručený pojistitelem účastníkovi pojištění, jehož správné zadání je nepřekročitelnou technologickou podmínkou každého jednotlivého přístupu do internetové aplikace. Je-li prostřednictvím internetové aplikace učiněno jakékoliv právní jednání nebo oznámení adresované pojistiteli za použití aktivačního klíče, má se za to, že toto právní jednání nebo oznámení činil účastník pojištění, jemuž byl aktivační klíč pojistitelem poskytnut. V zájmu právní jistoty účastníků pojištění může být učinění právního jednání nebo oznámení účastníka pojištění adresovaného pojistiteli prostřednictvím internetové aplikace kromě použití aktivačního klíče podmíněno i dalším bezpečnostním prvkem (např. dalším, tedy druhým, číselným či alfanumerickým kódem zaslaným k učinění právního jednání pojistitelem účastníkovi pojištění např. formou SMS zprávy na jeho mobilní komunikační zařízení),
 - c) Právní jednání a oznámení učiněná účastníkem pojištění prostřednictvím internetové aplikace se považují za doručená pojistiteli bez ohledu na to, zda se s jejich obsahem pojistitel skutečně seznámil, okamžikem zobrazení obsahu právního jednání nebo oznámení účastníka pojištění v internetové aplikaci na straně pojistitele, které pojistitel účastníkovi pojištění elektronicky prostřednictvím této aplikace potvrdí informativním textem potvrzujícím doručení právního jednání nebo oznámení pojistiteli,
 - d) Právní jednání a oznámení učiněná pojistitelem prostřednictvím internetové aplikace se považují za doručená účastníkovi pojištění bez ohledu na to, zda se s jejich obsahem účastník pojištění skutečně seznámil, okamžikem jejich doručení do datového prostoru účastníka pojištění v internetové aplikaci,
 - e) Povinnosti všech účastníků pojištění související s využíváním internetové aplikace:
 - Účastník pojištění odpovídá za to, že právní jednání nebo oznámení týkající se pojištění adresovaná pojistiteli bude prostřednictvím internetové aplikace činit pouze osobně.
 - Účastník pojištění je povinen neopouštět počítač nebo jiné komunikační zařízení, jehož prostřednictvím využívá internetovou aplikaci, během přihlášení účastníka pojištění k internetové aplikaci, zejména během činění právních jednání či oznámení týkajících se pojištění prostřednictvím internetové aplikace.
 - Účastník pojištění je povinen chránit svůj aktivační klíč, držet ho v tajnosti, nesdílet ho či nezpřístupnit jakékoliv třetí osobě a činit obvyklá bezpečnostní opatření před přístupem třetích osob k aktivačnímu klíči.
 - Účastník pojištění je povinen neprodleně po zjištění podezření toho, že by jeho aktivační klíč mohl být vyzrazen či zpřístupněn jakékoliv třetí osobě nebo zneužit jakoukoliv třetí osobou oznámit toto své podezření pojistiteli a postupovat dále dle jeho pokynů (zejména např. na výzvu pojistitele a dle jeho pokynů změnit aktivační klíč apod.).
 - Účastník pojištění je povinen při využívání internetové aplikace používat pouze jím vlastněné nebo jím oprávněně užívané počítače nebo jiná komunikační zařízení vybavené či vybavená pouze oprávněně (legálně) získaným a instalovaným softwarem.

ČLÁNEK 19

Elektronická komunikace

1. V souladu s ustanoveními § 562, § 570 a násl. a § 2773 občanského zákoníku, pojistitel a pojistník výslovně deklarují, že veškerá písemná právní jednání a oznámení týkající se pojištění mohou být učiněna také elektronickými prostředky.
2. Na žádost pojistníka stvrzenou podpisem pojistné smlouvy, pojistitel a pojistník sjednávají, že právní jednání a oznámení pojistitele

adresovaná účastníkům pojištění a učiněná elektronickou poštou se považují za doručená, bez ohledu na to, zda se s jejich obsahem adresát skutečně seznámil, okamžikem, kdy byla doručena:

- a) na e-mailovou adresu účastníka pojištění uvedenou v pojistné smlouvě,
- b) na e-mailovou adresu účastníka pojištění sdělenou prokazatelně pojistiteli kdykoliv v době trvání pojištění,
- c) do datového prostoru v internetové aplikaci elektronického bankovníctví Československé obchodní banky, a.s., přístupného účastníkovi pojištění z titulu jeho smluvního vztahu s Československou obchodní bankou, a.s., nebo
- d) do datového prostoru v internetové aplikaci pojistitele „Online klientská zóna“ přístupné účastníkovi pojištění na internetové adrese pojistitele „www.csobpoj.cz“ z titulu uzavření pojistné smlouvy, jejíž jsou tyto pojistné podmínky nedílnou součástí.

ČLÁNEK 20

Společná ustanovení

1. Právní jednání a jakákoliv oznámení či sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna v českém jazyce. Všechny doklady a dokumenty týkající se pojištění musí být účastníkovi pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že tyto byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
2. Všechny platby učiněné v souvislosti s pojištěním, ať již pojistníkem nebo pojistitelem, a také pojistné částky jsou uváděny a hrazeny v české měně a pouze na území České republiky.
3. Adresná právní jednání pojistitele týkající se pojištění učiněná v písemné listinné formě a oznámení pojistitele učiněná v písemné listinné formě (dále také jen „písemnosti“) se účastníkům pojištění doručují na jimi posledně uvedenou adresu místa skutečného či uváděného bydliště, resp. na adresu skutečného či ve veřejném rejstříku zapsaného sídla. Uvedl-li pojistník v pojistné smlouvě korespondenční adresu, projevuje tím svou vůli, aby mu písemnosti byly doručovány právě na tuto adresu se všemi právními důsledky z toho vyplývajícími, a písemnosti se doručují na tuto adresu, vždy však pouze na adresu v České republice.
4. Pojistitel je oprávněn při uzavírání pojistné smlouvy, změně pojistné smlouvy i kdykoliv v době trvání pojištění přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných s jeho souhlasem osobou provozující zdravotnické zařízení, kterou pojistitel pověřil, od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, které mu pojistitel určí.
5. Dnem pojistníkovy smrti nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce, vstupuje do jeho práv a povinností pojištěný. Pokud však pojistiteli do 30 dnů písemně oznámí, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti nebo dnem zániku pojistníka. Účinky prodlení vůči pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím 15 dnů ode dne, kdy se pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl.
6. Odvolávají-li se všeobecné nebo zvláštní pojistné podmínky na obecně závazné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi obecně závazné právní předpisy České republiky.
7. Pojistná smlouva a pojištění v ní sjednaná se řídí českým právním řádem.
8. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou, nedojde-li k dohodě, řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.



OBSAH

Článek 1	Úvodní ustanovení	str. 1
Článek 2	Výklad pojmů	str. 1
Článek 3	Vznik a doba trvání pojištění	str. 2
Článek 4	Nároky z pojištění	str. 2
Článek 5	Vymezení podmínek nároku na pojistné plnění.	str. 2
Článek 6	Zánik pojištění	str. 3
Článek 7	Běžné pojistné.	str. 3
Článek 8	Pojistné plnění	str. 3
Článek 9	Limity pojistného plnění	str. 5
Článek 10	Výluky z pojištění.	str. 5
Článek 11	Povinnosti účastníků pojištění	str. 6
Článek 12	Postup hlášení pojistné události	str. 6
Článek 13	Certifikát o léčbě v zahraničí.	str. 6
Článek 14	Informace k souhlasům uděleným účastníky pojištění pojistiteli	str. 7
Článek 15	Závěrečná ustanovení	str. 7

ČLÁNEK 1

Úvodní ustanovení

- Zvláštní pojistné podmínky pojištění ČSOB Pojišťovna Best Doctors (dále jen „ZPP BD“)
- Pojištění ČSOB Pojišťovna Best Doctors se sjednává jako škodové pojištění pro případ nemoci.

ČLÁNEK 2

Výklad pojmů

Alternativní léčba: léčebné postupy a produkty, které nejsou považovány za součást klasické medicíny nebo standardní léčebné postupy, kdy za alternativní léčbu jsou považovány např.: akupunktura, aromaterapie, chiropraktická medicína, homeopatie, naturopatická a osteopatická medicína.

Best Doctors: společnost Best Doctors Services, S.L.U., C /Almagro 36-1, 28010 Madrid, Spain, CIF: B – 86661857, pobočka Best Doctors Inc., která poskytuje služby InterConsultation a FindBestCare prostřednictvím pojištění ČSOB Pojišťovna Best Doctors.

Cerebrální syndrom: nemoc nebo poškození mozku způsobující částečné nebo úplné poškození mozkových funkcí.

Certifikát o léčbě v zahraničí: písemné potvrzení o léčbě ve vybraném zdravotnickém zařízení mimo území ČR a o maximální možné výši pojistného krytí, vydané společností Best Doctors před zahájením léčby pojištěného.

Experimentální léčba: léčba, procedura, zdravotnický nebo farmaceutický produkt použitý pro léčbu nebo operační výkon, jež nebyly oficiálně uznány renomovanými vědeckými organizacemi s mezinárodní akreditací, jako bezpečný, efektivní a vhodný způsob pro léčbu nemocí nebo zranění, nebo léčba, která je zařazena do studie, výzkumu, testování nebo jakéhokoli stádia klinického experimentu.

FindBestCare: služba poskytovaná společností Best Doctors, která jedná jménem pojištěného s cílem zajištění provedení dohodnutého léčebného postupu ve zdravotnickém zařízení mimo území ČR. Služba spočívá zejména v zajišťování a organizaci schůzek s poskytovateli zdravotní péče, v zajištění přijetí pojištěného (a dárce) do příslušného zdravotnického zařízení, v organizaci veškerých nezbytných detailů týkajících se léčby pojištěného, v komunikaci s lékaři, organizaci návštěv lékaře, a v poskytnutí dalšího klientského servisu, jež zahrnuje organizaci cesty a zajištění ubytování pro pojištěného, doprovázející osobu a/nebo dárce. Společnost Best Doctors dále v rámci služby FindBestCare monitoruje průběh léčby pojištěného a posuzuje její vhodnost a přiměřenost z hlediska zdravotního stavu pojištěného. Společnost Best Doctors dále provádí kontrolu vyúčtovaných nákladů vynaložených na zdravotní péči pojištěného a/nebo dárce a dohlídí na to, aby do vyúčtování nákladů byly zahrnuty slevy z ceny zdravotní péče, které byly ujednány mezi společností Best Doctors a příslušným zdravotnickým zařízením.

InterConsultation: služba poskytovaná společností Best Doctors; strukturovaný proces zajištění vyhotovení druhého lékařského posudku, spočívající v hloubkové analýze informací o zdravotním stavu pojištěného a podpůrných diagnostických materiálů, zpracovaný celosvětově uznávaným odborníkem v daném oboru medicíny. Vypracovaný posudek je platný po dobu 90 kalendářních dní ode dne jeho doručení pojištěnému.

Kardiolog: lékař se specializací na onemocnění srdce a kardiovaskulárního systému.

Lékař: specialista oprávněný k provozování lékařské praxe.

Farmaceutické produkty a léčiva: jakákoli léčebná látka nebo kombinace léčebných látek, jež mohou být podány nebo předepsány pojištěnému, s cílem obnovy či změny fyziologických funkcí nebo stanovení diagnózy, získatelná pouze na lékařský předpis a vydaná licencovaným farmaceutem.

Operační zákrok: jakákoli operace za účelem léčby nebo stanovení diagnózy, provedená řezem nebo jinými technikami, realizovaná lékařem ve zdravotnickém zařízení, za použití vybavení operačního sálu.

Nemocnice: soukromé nebo veřejné zdravotnické zařízení ze zákona oprávněné poskytovat lékařské ošetření, stanovit diagnózu a provést potřebný chirurgický zákrok, disponující materiálem / technickými prostředky a odpovídajícím personálem schopným stanovit diagnózu a provést potřebný chirurgický zákrok, přičemž potřebný zdravotnický personál je přítomen 24 hodin denně.

Pojištění pro případ nemoci: v pojištění pro případ nemoci hradí pojistitel za pojištěného v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě náklady na zdravotní péči vzniklé v důsledku nemoci a úkony související se zdravotním stavem pojištěného.

Partner pojištěného: manžel/ka pojištěného nebo registrovaný partner, v případě, kdy tato osoba není sezdána ani registrována, potom osoba starší 18 let, která žije ve společné domácnosti s pojištěným. Pojištěný může jako partnera uvést pouze jednu osobu stejného nebo opačného pohlaví.

Zdravotní potíže existující před vznikem pojištění: jakákoliv nemoc diagnostikovaná nebo léčená lékařem v období 10 let před počátkem pojištění.

Protéza: zařízení, které nahrazuje část těla, orgán nebo jeho část, funkci nebo část funkce nefungující nebo nesprávně fungující části těla, orgánu nebo jeho části.

Rakovina "in situ": maligní nádor, který je omezen na epitel vzniku a který nenapadl podpůrnou vazivovou tkáň nebo okolí tkáně. Jedná se o preinvasivní maligní nádor diagnostikovaný v počáteční fázi, s příznivou prognózou v případě úplného odstranění.

Rodinný příslušník: partner pojištěného nebo dítě pojištěného nebo dítě manželky/manžela/partnerky/partnera pojištěného, které doposud neuzavřelo manželství/registrované partnerství. Pojem "dítě" zahrnuje též osobu ve věku od 18 do 35 let, která:

- není v pracovním poměru sjednaném na zákonem stanovenou pracovní dobu ani není samostatně výdělečně činnou osobou, a
- je studentem/studentkou denního studia a je závislá na finanční podpoře a péči pojištěného nebo jeho partnerovi.

Škodná událost: skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku pojistné události a mohla by zakládat právo na pojistné plnění z pojištění. V pojištění ČSOB Pojišťovna Best Doctors je škodnou událostí stanovení diagnózy nemoci pojištěného, jejíž léčbu je možno realizovat léčebným postupem uvedeným v odst. 2 článku 5 těchto ZPP BD.

Teroristický čin: akt, který lze charakterizovat jako násilný a/nebo svojí povahou násilím hrozící, vyvolaný jednou osobou nebo skupinou osob, ať už jednajících samostatně nebo v rámci organizované skupiny nebo protivládní skupiny z důvodů politických, náboženských, ideologických nebo jiných důvodů, se záměrem ovlivnit jakýkoli vládní a/nebo veřejný zájem, zastrážit, nebo použít jakékoli biologické, chemické, radioaktivní nebo nukleární zbraně nebo zařízení.

Výluky: případy vymezené pojistnými podmínkami, kdy nevzniká nárok na pojistné plnění.

Výroční den počátku pojištění: den v kalendářním roce, který se svým označením, tj. číslem dne v kalendářním roce i číslem kalendářního měsíce shoduje se dnem počátku pojištění.

Zdravotní péče z lékařského hlediska nezbytná: péče zahrnující léčbu, zdravotnické služby, farmaceutické produkty a léčiva a zdravotnický materiál, přičemž se jedná o zdravotní péči:

- nutnou k zajištění základních zdravotních potřeb pojištěného a,
- poskytovanou příslušným typem zdravotnického zařízení v rozsahu a způsobem, který odpovídá zdravotnímu stavu pojištěného; při posuzování tohoto hlediska je třeba vzít v úvahu náklady a kvalitu poskytované zdravotní péče,
- co do způsobu, frekvence a doby trvání léčby odpovídá vědecky uznaným léčebným postupům, přičemž za vědecky uznaný léčebný postup je považován postup uznaný lékařskými nebo výzkumnými organizacemi,
- vyžadovaná z jiných důvodů, než je komfort pojištěného nebo jeho lékaře
- definovanou odbornou lékařskou literaturou jako:
 - bezpečná a účinná v léčbě nebo diagnostice zdravotního stavu nebo nemoci, pro které je její použití navrženo, nebo
 - bezpečná a zaručující efektivní léčbu život ohrožujících nemocí nebo stavů v klinicky kontrolovaném výzkumu (biomedicínský výzkum).

ČLÁNEK 3

Vznik a doba trvání pojištění

1. Pojištění se sjednává na dobu jednoho pojistného roku. Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby písemně nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno.

ČLÁNEK 4

Nároky z pojištění

1. V případě, že v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí prvních 3 kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, nastane škodná událost, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 1 článku 5 těchto ZPP BD, vznikne pojištěnému právo na úhradu výdajů souvisejících s poskytnutím služby FindBestCare.
2. V případě, že v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí prvních 3 kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, nastane škodná událost, bude pojištěnému za splnění podmínek stanovených v těchto ZPP BD poskytnuto i jiné plnění z pojištění spočívající v poskytnutí služby InterConsultation. Podmínkou poskytnutí služby InterConsultation je uhrazení běžného pojistného splatného do data oznámení škodné události.

ČLÁNEK 5

Vymezení podmínek nároku na pojistné plnění

1. Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění definována následovně:
Pojistná událost nastane, pokud:
 - a) u pojištěného bylo písemnou lékařskou zprávou potvrzeno první stanovení diagnózy nemoci, jejíž léčbu je možno realizovat léčebným postupem uvedeným v odst. 2 tohoto článku,
 - b) první symptomy nemoci byly ve zdravotnické dokumentaci pojištěného zaznamenány až v době po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne počátku pojištění a současně tyto nebyly ve zdravotnické dokumentaci pojištěného zaznamenány v období 10 let před datem počátku pojištění,
 - c) škodná událost byla bez zbytečného odkladu oznámena společnosti Best Doctors a na základě tohoto oznámení byla v rámci služby InterConsultation odborným lékařským posudkem potvrzena stanovená diagnóza nemoci nebo stanovena jiná diagnóza nemoci a zároveň byl jako léčebný postup z lékařského hlediska nezbytný zvolen léčebný postup uvedený v odst. 2. tohoto článku.

- d) výše úhrady výdajů za poskytnutí služby FindBestCare je odsouhlasena pojištěným a společností Best Doctors, maximálně do limitů stanovených v čl. 9 těchto ZPP BD.
2. Pojištění se vztahuje na následující léčebné postupy:
- a) **Léčba rakoviny** – léčba zhoubných nádorů, jež jsou charakterizovány nekontrolovatelným růstem a invazivním šířením nádorových buněk do okolních tkání a orgánů, včetně premaligních stavů a rakoviny in-situ. Léčba zahrnuje (mimo jiné) i léčbu leukémie, sarkomu a lymfomu (vyjma kožního lymfomu).
 - b) **Bypass koronárních artérií (revaskularizace myokardu)** – podstoupení operace (na základě doporučení kardiologa) k nápravě zúžení nebo ucpání jedné nebo více koronárních artérií s použitím bypassových štěpů.
 - c) **Náhrada srdeční chlopně** – podstoupení operace (na základě doporučení kardiologa) s cílem náhrady jedné nebo více srdečních chlopní.
 - d) **Neurochirurgický zákrok** – jakýkoli chirurgický zákrok na mozku nebo jiných nitrolebních strukturách, včetně operace benigního nádoru v míše.
 - e) **Transplantace orgánu nebo tkáně** – chirurgická transplantace, při které pojištěný přijme ledvinu, část jater, plicní lalok, část slinivky břišní nebo kostní dřev (autologní nebo alogenní) od živého kompatibilního dárce.
3. Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je léčba nemoci léčebným postupem uvedeným v odst. 2 tohoto článku ve zdravotnickém zařízení, které se nachází mimo území ČR, a které bylo doporučeno společností Best Doctors v rámci služby FindBestCare.

ČLÁNEK 6

Zánik pojištění

1. V souladu s ujednáním odst. 1) písm. j) článku 8 Všeobecných pojistných podmínek pojištění osob VPP PO 01/2014 (dále jen „VPP“) pojištění zaniká:
- a) ve výroční den počátku pojištění v roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 85 let,
 - b) dosažením maximálního limitu pojistného plnění.

ČLÁNEK 7

Běžné pojistné

1. Běžné pojistné je stanoveno za pojistné období, kterým je jeden pojistný rok. První pojistné období začíná v den počátku pojištění. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Běžné pojistné je možno hradit v pololetních nebo čtvrtletních splátkách. Výše pololetní splátky je rovna polovině ročního pojistného, výše čtvrtletní splátky je rovna čtvrtině ročního pojistného. V případě pololetních splátek je pojistné splatné prvního dne každého pojistného období a dne následujícího po uplynutí 6 měsíců od tohoto data. V případě čtvrtletních splátek je pojistné splatné prvního dne každého pojistného období a dne následujícího po uplynutí 3, 6 a 9 měsíců od tohoto data.
2. Výše ročního pojistného je uvedena v pojistné smlouvě, přičemž tato se v průběhu trvání pojištění mění, a to v závislosti na věku pojištěného. Jednotlivé věkové kategorie s vyšší ročního pojistného jsou specifikovány v pojistné smlouvě.
3. Pojistník je povinen hradit roční pojistné ve výši odpovídající věkové kategorii pojištěného. Změna výše ročního pojistného v závislosti na věku pojištěného nastane vždy k výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne dolní hranice následující věkové kategorie. Pojistitel písemně upozorní pojistníka na změnu výše ročního pojistného ve lhůtě 2 měsíců před datem splatnosti nové výše ročního pojistného nebo jeho první splátky, je-li sjednáno placení pojistného ve splátkách. Změnou výše pojistného není dotčena jeho splatnost.
4. Pojistitel je oprávněn zvýšit pojistné na další pojistné období vždy k výročnímu dni počátku pojištění v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného. Pojistitel je tak oprávněn učinit v následujících případech:
- a) statisticky podložený nárůst výskytu nemocí, jež je možno léčit léčebnými postupy, uvedenými v odst. 2 čl. 5 ZPP BD (např. nárůst počtu výskytu nemocí díky vědeckému pokroku v rámci možností vyšetřovacích metod),
 - b) celosvětový nárůst nákladů na poskytování zdravotní péče,
 - c) celosvětový nárůst nákladů na prováděné chirurgické výkony,
 - d) nepříznivá statistika výskytu a frekvence pojistných událostí,
 - e) oslabení kurzu české koruny vůči euru o více než 15%.
5. Pojistitel písemně sdělí pojistníkovi nově stanovenou výši ročního pojistného nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit nebo před splatností jeho první splátky, je-li sjednáno placení pojistného ve splátkách. Pokud pojistník se změnou výše ročního pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit písemně do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. V tomto případě pak pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno. Neupozornil-li však pojistitel na tento následek pojistníka ve sdělení, trvá pojištění nadále a výše pojistného se při nesouhlasu pojistníka nezmění.

ČLÁNEK 8

Pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události a za splnění podmínek uvedených v těchto ZPP BD vzniká pojištěnému právo na úhradu výdajů souvisejících s poskytnutím služby FindBestCare ze strany společnosti Best Doctors.
2. Výdaje kryté pojištěním:
- a. výdaje na služby související s poskytováním zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením:
 - i. výdaje na ubytování, stravování a všeobecné ošetrovatelské služby poskytnuté po dobu pobytu pojištěného v nemocničním pokoji, oddělení nebo v jiné části zdravotnického zařízení nebo na jednotce intenzivní péče,
 - ii. výdaje na jiné služby zdravotnického zařízení, včetně služeb poskytovaných ambulantním oddělením zdravotnického zařízení jako jsou výdaje na další lůžko nebo lůžko pro doprovázející osobu, pokud zdravotnické zařízení poskytuje tuto službu,
 - iii. výdaje spojené s využitím operačních sálů a veškerých souvisejících služeb,
 - b) výdaje na služby poskytované lékařem jako jsou vyšetření, léčba, lékařská péče, chirurgický zákrok a/nebo lékařské návštěvy u pojištěného po dobu jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení,
 - c) výdaje na:
 - i. anestezii a podání anestetik, pokud anestezii provádí kvalifikovaný anesteziolog,
 - ii. laboratorní analýzu a patologii, rentgen pro diagnostické účely, radioterapii, radioaktivní izotopy, chemoterapii, elektrokardiogram, echokardiografii, myelogram, elektroencefalogram, angiogram, počítačovou tomografii a jiná podobná vyšetření a léčebné postupy potřebné pro diagnostiku a léčbu nemocí, pokud je vykonává lékař nebo jsou vykonávány pod lékařským dozorem,

- iii. na krevní transfúzi, podání plazmy a séra,
iv. na použití kyslíku, aplikaci intravenózních roztoků a injekcí.
- d) výdaje na farmaceutické produkty a léčiva vydaná na lékařský předpis, v době, kdy je pojištěný léčen ve vybraném zdravotnickém zařízení na území mimo ČR,
- e) výdaje na farmaceutické produkty a léčiva předepsaná na pooperační léčbu a zakoupená před odjezdem zpět do ČR, přičemž výdaje budou hrazeny po dobu 30 dní trvání pooperační léčby od dne, kdy byl pojištěný propuštěn ze zdravotnického zařízení,
- f) výdaje na farmaceutické produkty a léčiva zakoupená po návratu pojištěného zpět do ČR za účelem pokračování realizované léčby. Tyto výdaje budou hrazeny za předpokladu, že všechny následující podmínky budou splněny najednou:
- dané léčivo je doporučeno lékařem, jenž provedl léčbu pojištěného ve zdravotnickém zařízení mimo území ČR,
 - léčivo je předepsáno lékařem v ČR za účelem pokračování realizované léčby,
 - léčivo je schváleno příslušným orgánem dozoru a kontroly léčiv,
 - léčivo není hrazeno nebo je hrazeno pouze částečně zdravotní pojišťovnou pojištěného,
 - maximální předpokládaná doba spotřeby předepsaného léčiva nepřekročí 2 měsíce,
- Výdaje uvedené v bodě f) budou uhrazeny pojistitelem, a to na základě předložení následujících důkladů pojistiteli:
- doklad o úhradě léčiva v ČR (v případě částečné úhrady nákladů zdravotní pojišťovnou musí být částka, kterou uhradil pojištěný, jasně specifikována), a
 - kopie zprávy lékaře mimo území ČR, který realizoval dohodnutou léčbu v zahraničí a doporučil preskripci daného léku, a
 - kopie zprávy lékaře v ČR, který dané léčivo předepsal, přičemž tato skutečnost je ve zprávě uvedena.
- Výdaje uvedené v bodě f) budou hrazeny maximálně do limitu 1 250 000 Kč.
- g) výdaje na převoz nebo přesun pojištěného, pokud je tento doporučen a předepsán lékařem a předem schválen pojistitelem,
- h) výdaje na služby poskytované žijícímu dárci:
- výdaje související s vyšetřením, které je prováděno za účelem zjištění, zda potencionální dárcem je dárce vhodným, výdaje na služby poskytnuté dárci zdravotnickým zařízením, včetně výdajů na ubytování, stravování a výdajů na všeobecné ošetrovatelské služby poskytované dárci po dobu jeho pobytu v nemocničním pokoji, na oddělení nebo v jiné části zdravotnického zařízení nebo na jednotce intenzivní péče, výdaje na pravidelné služby poskytované personálem zdravotnického zařízení, výdaje na laboratorní testy a výdaje související s využitím jiného vybavení daného zdravotnického zařízení (vyjma výdajů na pořízení předmětů osobní povahy nesouvisející s prováděnou lékařskou procedurou),
 - výdaje na chirurgický zákrok a veškeré lékařské služby, směřující k odstranění orgánu, jeho části nebo tkáně dárce, jež má být transplantován/a pojištěnému,
- i) výdaje na materiál a služby spojené se získáním kultur kostní dřevě v souvislosti s transplantací tkáně pojištěnému. Uvedené výdaje budou hrazeny od okamžiku vzniku nákladů na realizaci dohodnutého léčebného postupu.
- j) výdaje na cestu pojištěného a jedné doprovázející osoby a/nebo živého dárce do místa sídla vybraného zdravotnického zařízení mimo území ČR, ve kterém pojištěný podstoupí léčbu léčebným postupem uvedeným v odst. 2 článku 5 těchto ZPP BD, a výdaje na cestu zpět do ČR. Podmínkou úhrady těchto výdajů je kompletní zajištění organizace cesty společností Best Doctors, přičemž nejsou hrazeny žádné výdaje spojené s organizací cesty, kterou zajišťoval pojištěný nebo jakákoliv třetí osoba jménem pojištěného. Společnost Best Doctors konzultuje s lékařem, který má léčbu realizovat ve vybraném zdravotnickém zařízení mimo území ČR, zda je pojištěný schopen s ohledem na jeho zdravotní stav cestovat do zahraničí a v případě dohody o realizaci léčby sdělí pojištěnému předpokládané datum ukončení léčby a návratu zpět do ČR. Pojištěním kryté cestovní výdaje zahrnují cestu pojištěného a jedné doprovázející osoby (a živého dárce v případě transplantace orgánu nebo tkáně) z místa skutečného bydliště pojištěného na letiště nebo mezinárodní vlakové nádraží, zakoupení jízdenky nebo letenky economy class do místa léčby a transport do předem dohodnutého hotelu. Personál společnosti Best Doctors může doprovázet pojištěného z místa jeho skutečného bydliště na letiště nebo mezinárodní vlakové nádraží a z nádraží nebo letiště v místě příjezdu do předem dohodnutého hotelu. Následně doprovází pojištěného při jeho první cestě z hotelu do určeného zdravotnického zařízení a asistuje při přijímání pojištěného do zdravotnického zařízení, včetně zajištění potřebných administrativních formalit. V případě, že pojištěný změni datum cesty původně dohodnuté společností Best Doctors, je jeho povinností uhradit veškeré náklady vzniklé v souvislosti s organizací cesty nové, s výjimkou případu, kdy tato změna byla potvrzena ze strany společnosti Best Doctors jako z lékařského hlediska nezbytná. Pojištěním nejsou kryty výdaje na cestu pojištěného, doprovázející osoby a/nebo dárce z hotelu do zdravotnického zařízení a zpět.
- k) výdaje na ubytování pojištěného a jedné doprovázející osoby a/nebo dárce vzniklé v souvislosti s léčbou pojištěného léčebným postupem uvedeným v odst. 2 článku 5 těchto ZPP BD ve zdravotnickém zařízení na území mimo ČR. Pojištěním kryté výdaje zahrnují organizaci ubytování pojištěného a jedné doprovázející osoby (a živého dárce v případě transplantace orgánu nebo tkáně) v době pobytu mimo území ČR za účelem poskytnutí léčby dohodnuté společností Best Doctors. Podmínkou úhrady těchto výdajů je kompletní zajištění ubytování společností Best Doctors, přičemž nejsou hrazeny žádné výdaje spojené s organizací ubytování, které zajišťoval pojištěný nebo jakákoliv třetí osoba jménem pojištěného. Organizace ubytování zahrnuje rezervaci dvoulůžkového pokoje ve kvalitě odpovídající 3 - 4 hvězdičkovému hotelu. Výběr hotelu je uskutečněn na základě zvážení polohy hotelu vzhledem ke vzdálenosti k určenému zdravotnickému zařízení, a to nejdále ve vzdálenosti 10 km. Výdaje na stravování v průběhu dne a další vzniklé výdaje spojené s pobytem v hotelu nejsou zahrnuty v pojistném krytí. Doba pobytu doprovázející osoby v hotelu je rezervována v souladu s dobou předpokládané léčby pojištěného, pokud se doprovázející osoba nerozhodne pobývat v nemocničním pokoji určeném pro doprovod pojištěného (v případě, že zdravotnické zařízení takovýto servis nabízí). Doba pobytu doprovázející osoby není limitována počtem nocí v hotelu nebo v pokoji určeném pro doprovod ve zdravotnickém zařízení a je odvislá od délky dohodnuté léčby pojištěného ve zdravotnickém zařízení mimo území ČR. V případě, kdy pojištěný změni původně dohodnuté datum cesty mimo území ČR za účelem léčby dohodnuté společností Best Doctors, je jeho povinností uhradit veškeré náklady vzniklé v souvislosti s organizací nového ubytování, s výjimkou případu, kdy tato změna byla potvrzena ze strany společnosti Best Doctors jako z lékařského hlediska nezbytná.
- l) výdaje na repatriaci ostatků pojištěného a/nebo dárce do místa pohřbu v ČR. V případě úmrtí pojištěného a/nebo dárce mimo území ČR v souvislosti s realizací léčby dohodnuté v rámci tohoto pojištění, jsou kryty výdaje na služby nezbytné k přípravě transportu ostatků zemřelého do ČR, které zahrnují:
- služby poskytované pohřební společností zajišťující mezinárodní repatriaci, včetně balzamování a veškerých administrativních formalit,
 - poskytnutí rakve,
 - transport ostatků z letiště do místa pohřbu v ČR.
3. Navíc k výdajům uvedeným v bodě 2 tohoto článku bude pojištěnému přiznána denní dávka ve výši 2 500,- Kč, a to za každých 24 hodin hospitalizace mimo území ČR, maximálně po dobu 60 dní.

Pojistné plnění pojistitele je omezeno horní hranicí pojistného plnění. Horní hranice pojistného plnění je určena limitem pojistného plnění. Limity pojistného plnění jsou následující:

Maximální limit pojistného plnění**50 000 000 Kč**

- veškeré výdaje kryté tímto pojištěním
- limit pojistného plnění je vztážen na veškeré škodné události nahlášené v době trvání pojištění

Limit pojistného plnění / pojistný rok**25 000 000 Kč**

- veškeré výdaje kryté tímto pojištěním po dobu 1 pojistného roku

1. V souladu s ustanovením odst. 2 článku 14 VPP se pro pojištění ujednávají následující výluky:

A. Výluky všeobecné

- a) výdaje vztahené k léčebným postupům, které nejsou výslovně uvedeny v odst. 2 článku 5 těchto ZPP BD,
- b) veškeré výdaje související se zdravotními potížemi existujícími před vznikem pojištění
- c) výdaje na léčbu nebo související s léčbou úrazu a jeho následků
- d) výdaje na léčbu úrazu vzniklého při řízení motorového vozidla
- e) výdaje na léčbu nemocí z povolání nebo úrazů vzniklých při výkonu povolání,
- f) výdaje na léčbu nemocí nebo úrazů vzniklých při provozování sportů, na něž má pojištěný uzavřenou profesionální smlouvu, při provozování leteckých sportů (nevztahuje se na přepravu osob), při provozování vodních sportů, boxingu, bojových umění, alpinismu, ragby, speleologie, býčích zápasů a jiných rizikových sportů,
- g) výdaje na léčbu nebo související s léčbou alkoholismu, drogové závislosti a/nebo zdravotního stavu způsobeného užíváním opiátů a výdaje na léčbu nebo související s léčbou nemoci způsobené užíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních, narkotických nebo halucinogenních látek (s výjimkou užívání lékařem předepsaných léčiv),
- h) výdaje na experimentální léčbu a na diagnostické, terapeutické a/nebo chirurgické postupy, jejichž bezpečnost a spolehlivost nebyla řádně vědecky prokázána,
- i) výdaje přímo nebo nepřímo související s HIV pozitivitou nebo AIDS a jejich léčbou, včetně výdajů na léčbu Kaposiho sarkomu,
- j) výdaje na jakoukoli zdravotní péči, jež není z lékařského hlediska nezbytná v rámci léčebných postupů uvedených v odst. 2 článku 5 těchto ZPP BD,
- k) výdaje na alternativní léčbu, i když byla předepsána lékařem,
- l) v případech, kdy je transplantace orgánu nebo tkáně doporučena lékařem jakožto nevhodnější léčba, nejsou kryté výdaje na jakoukoliv jinou léčbu, služby nebo produkty (farmaceutické produkty a léčiva, zdravotnický materiál a lékařské předpisy),
- m) výdaje na léčbu nemoci, která byla způsobena transplantací orgánů nebo tkání, vyjma případů, kdy je nemoc kvalifikována společností Best Doctors jako nemoc krytá tímto pojištěním?
- n) výdaje na zdravotní péči poskytovanou na území ČR, a to i v případě, že se jedná o zdravotní péči z lékařského hlediska nezbytnou,
- o) výdaje na zdravotní péči poskytovanou kdekoli mimo území ČR, pokud pojištěný pobýval mimo území ČR více než 91 po sobě jdoucích dní v období 12 měsíců před datem oznámení škodné události,
- p) jakékoli výdaje na léčbu nemoci, jež byla diagnostikována nebo jejíž první symptomy byly zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci během prvních třech kalendářních měsíců od dne počátku pojištění,
- q) jakékoli výdaje na léčbu vzniklé před vydáním Certifikátu o léčbě v zahraničí,
- r) výdaje na zdravotní péči poskytovanou pojištěnému ve formě domácí péče, v zotavovacím zařízení, hospici nebo domově sociálních služeb, a to i v případě, že se jedná o zdravotní péči z lékařského hlediska nezbytnou nebo péči potřebnou následně po realizaci léčby léčebným postupem dle čl. 5 odst. 2 ZPP BD.
- s) výdaje na koupi, nájem nebo zapůjčení protéz nebo ortopedických pomůcek, korzetů, bandáží, berlí, umělých končetin nebo orgánů, paruk (i v případě, kdy je jejich použití potřeba po dobu chemoterapeutické léčby), ortopedické obuvi, podpěr a podobných položek, vyjma prsních protéz potřebných po mastektomii a protéz srdečních chlopní,
- t) výdaje na koupi, nájem nebo zapůjčení invalidních vozíků, speciálních lůžek, klimatizačních přístrojů, čističek vzduchu nebo jiného podobného vybavení,
- u) výdaje na farmaceutické produkty a léčiva, které nebyly schváleny příslušným orgánem dozoru a kontroly léčiv nebo výdaje na produkty a léčiva, které lze získat bez lékařského předpisu,
- v) výdaje na farmaceutické produkty a léčiva zakoupené v ČR za účelem pokračování léčby, pokud jsou tyto plně hrazeny ze zdravotního pojištění,
- w) výdaje spojené s léčbou cerebrálního syndromu, senility nebo poruchy mozkové činnosti, bez ohledu na stav jejich vývoje,
- x) výdaje na tlumočnicka, na telefonické služby a na předměty osobní povahy nebo na poplatky, které nejsou lékařské povahy nebo výdaje na služby poskytnuté příbuzným osobám nebo doprovázející osobě s výjimkou výdajů, které jsou výslovně kryty pojištěním,
- y) výdaje vzniklé pojištěnému, příbuzným osobám, doprovázející osobě nebo dárci, vyjma těch, které jsou výslovně kryty pojištěním.

B. Výluky v rámci jednotlivých léčebných postupů:

- a) Léčba rakoviny
Pojištěním nejsou kryty výdaje na léčbu nebo související s léčbou:
 - i. nádoru za přítomnosti syndromu získané imunodeficiencie (AIDS)
 - ii. rakoviny kůže, výjimkou maligních melanomů,
- b) Bypass koronárních artérií
Pojištěním nejsou kryty výdaje na léčbu nebo související s léčbou:
 - i. koronárního onemocnění léčeného pomocí jiných technik než bypass koronárních artérií (např. angioplastika),
 - ii. traumatických poranění aorty;

- c) Náhrada srdeční chlopně
Pojištěním nejsou kryty výdaje na léčbu nebo související s léčbou traumatických poranění;
- d) Neurochirurgický zákrok
Pojištěním nejsou kryty náklady na kraniotomii potřebnou v důsledku traumatického poranění;
- e) Transplantace orgánu nebo tkáně
Pojištěním nejsou kryty výdaje na:
 - i. transplantaci v důsledku alkoholické cirhózy,
 - ii. transplantaci provedenou jako samotransplantaci s výjimkou transplantace kostní dřeně,
 - iii. transplantaci, kdy je pojištěný dárce pro třetí stranu,
 - iv. transplantaci orgánu nebo tkáně od mrtvého dárce,
 - v. transplantaci, která zahrnuje léčbu kmenovými buňkami,
 - vi. transplantaci umožněnou zakoupením dárcovských orgánů nebo tkání.

C. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění ani jiné plnění z pojištění též v následujících případech:

- a) pojištěný nesplní povinnosti uvedené v odst. 1, 2, 3 a 4 článku 11 těchto ZPP BD,
- b) pojištěný nepodstoupí léčbu nemoci ve vybraném zdravotnickém zařízení na území mimo ČR nebo podstoupí léčbu v jiném než vybraném zdravotnickém zařízení nebo podstoupí léčbu postupem dle odst. 2 článku 5 ZPP BD před vydáním Certifikátu o léčbě v zahraničí,
- c) v případě, kdy pojištěný nebo jeho příbuzní neumožní návštěvy lékaře Best Doctors a/nebo pojistitele, v souvislosti s šetřením pojistné události.

ČLÁNEK 11

Povinnosti účastníků pojištění

1. Odchylně od odst. 5 článku 16 VPP se ujednává, že pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit společnosti Best Doctors, že škodná událost nastala, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této škodné události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dále dohodnutým. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný či jiná oprávněná osoba.
2. Odchylně od odst. 5 článku 16 VPP a odst. 3 čl. 18 VPP se ujednává, že osoba, která je dle odst. 1 tohoto článku povinna bez zbytečného odkladu společnosti Best Doctors oznámit, že škodná událost nastala, tuto povinnost splní ústně telefonickým oznámením prostřednictvím telefonické linky společnosti Best Doctors 800 200 240. Kontaktní údaje společnosti Best Doctors jsou uvedeny na webových stránkách pojistitele (www.csobpoj.cz).
3. Pojištěný je povinen za účelem realizace služeb InterConsultation a FindBestCare poskytnout společnosti Best Doctors nezbytnou součinnost spočívající zejména v předložení kompletní zdravotnické dokumentace týkající se diagnostikované nemoci, ve vyplnění veškerých potřebných formulářových dokumentů a v předložení dalších nezbytných dokladů, které si společnost Best Doctors dále vyžádá. Pojištěný je povinen se za účelem realizace služby InterConsultation v případě potřeby podrobit na vlastní náklady dalšímu lékařskému vyšetření nebo testům v ČR, a to na výzvu společnosti Best Doctors.
4. Pojištěný je povinen za účelem realizace služeb InterConsultation a FindBestCare udělit společnosti Best Doctors písemný souhlas se zpracováním jeho osobních údajů a údajů týkajících se jeho zdravotního stavu a souhlas s předáváním osobních údajů mimo území ČR. Pojištěný je povinen udělit společnosti Best Doctors plnou moc k jednání jeho jménem a ke všem právním úkonům, jež jsou nezbytné k zajištění léčby nemoci ve vybraném zdravotnickém zařízení na území mimo ČR.
5. Pojištěný je povinen dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě nemoci, k léčebnému režimu a zdržet se veškerých jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj nemoci.
6. Pojištěný je povinen všemi dostupnými prostředky zmírňovat a/nebo zmenšovat následky pojistné události, a to z důvodu rychlé a adekvátní rekonvalescence.

ČLÁNEK 12

Postup po oznámení škodné události

1. Společnost Best Doctors poté, co obdrží kompletní zdravotnickou dokumentaci pojištěného týkající se diagnostikované nemoci a další nezbytné doklady postupem dle odst. 3 a 4 čl. 11 těchto ZPP BD, zahájí proces InterConsultation, v rámci něhož bude vyhotoven lékařský posudek celosvětově uznávaným odborníkem v příslušném oboru medicíny. Po ukončení procesu InterConsultation bude lékařský posudek předán pojištěnému a pojištěný bude zároveň písemně informován o tom, zda byly splněny podmínky vzniku pojistné události dle odst. 1 čl. 5 těchto ZPP BD. Posudek je platný po dobu 90 kalendářních dní od jeho předání pojištěnému.
2. V případě, že byly splněny podmínky vzniku pojistné události a v návaznosti na to pojištěný písemně sdělí společnosti Best Doctors, že má zájem o léčbu diagnostikované nemoci léčebným postupem uvedeným v odst. 2 čl. 5 těchto ZPP BD ve zdravotnickém zařízení na území mimo ČR, zašle společnost Best Doctors pojištěnému potřebné formulářové dokumenty a seznam doporučených zdravotnických zařízení, ve kterých je možné realizovat daný léčebný postup. Pojištěný poté, co si vybere ze seznamu jedno konkrétní zdravotnické zařízení, písemně informuje o svém výběru společnost Best Doctors, a to tři měsíců ode dne, kdy seznam obdržel. Společnost Best Doctors jménem pojištěného zabezpečí léčbu ve vybraném zdravotnickém zařízení léčebným postupem dle odst. 2 čl. 5 těchto ZPP BD.

ČLÁNEK 13

Certifikát o léčbě v zahraničí

Společnost Best Doctors po obdržení písemného oznámení pojištěného o výběru zdravotnického zařízení a vyplněných a podepsaných formulářových dokumentů, zašle pojištěnému Certifikát o léčbě v zahraničí platný jen pro dané zdravotnické zařízení a zorganizuje potřebné kroky pro zabezpečení přepravy a přijetí pojištěného do vybraného zdravotnického zařízení. Certifikát o léčbě v zahraničí garantuje pojištěnému přístup ke zdravotní péči z lékařského hlediska nezbytné ve smyslu tohoto pojištění. Certifikát o léčbě v zahraničí je platný podobu 90 dní od jeho vydání pojištěnému. V případě, kdy pojištěný požádá o realizaci nabídnuté léčby po uplynutí této lhůty, bude mu ze strany společnosti Best Doctors vydán certifikát nový.

1. Odchylně od odst. 1 čl. 17 VPP a nad rámec výčtu uvedeného v odst. 1 písm. a), b), c) čl. 17 VPP udělil účastník pojištění, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), uzavřením, respektive podpisem pojistné smlouvy, pojistiteli souhlas ke zpracování osobních údajů obsažených v pojistné smlouvě za účelem jejich předání jinému správci, kterým je společnost Best Doctors a to za účelem poskytování služeb InterConsultation a FindBestCare.
2. Odchylně od odst. 6 písm. d) čl. 17 VPP pojistitel informuje účastníka pojištění o tom, že jeho osobní údaje budou zpřístupněny osobám uvedeným v odst. 6 písm. c) čl. 17 VPP a společnosti Best Doctors.
3. Odchylně od odst. 9 čl. 17 VPP a nad rámec výčtu uvedeného v odst. 9 písm. a), b), c) čl. 17 VPP uděluje účastník pojištění pojistiteli, v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, výslovný souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění, k němuž se vztahuje právní jednání, jehož obsahovou součástí tento souhlas je, i společnosti Best Doctors.

1. Od všech ustanovení těchto ZPP BD se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.
2. V případě, že jsou ustanovení těchto ZPP BD v rozporu s ustanoveními VPP, platí ustanovení těchto ZPP BD.

