DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY
Pro komplexní zdravotní pojištění cizinců

HASIČSKÁ VZÁJEMNÁ POJIŠŤOVNA, a.s.

ČLÁNEK 1
VŠEOBECNÁ USTANOVENÍ

1. Komplexní zdravotní pojištění cizinců je upraveno zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, v platném znění, příslušnými ustanoveními Všeobecných pojistných podmínek obecná část pro škodové pojištění (dále jen „VPPŠ"), těmito Doplňkovými pojistnými podmínkami pro komplexní zdravotní pojištění cizinců (dále jen „DPPKZP") a ustanoveními pojistné smlouvy.
2. Tyto DPPKZP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
3. Pojištění sjednané dle těchto DPPKZP je pojištěním škodovým.
4. Pojistná smlouva se sjednává v českém jazyce. Jsou-li pojistné podmínky, pojistná smlouva nebo další dokumenty, které jsou součástí závazné smluvní dokumentace, vyhotoveny ve více jazykových verzích, rozhodující je česká verze.
5. Komplexní zdravotní pojištění cizinců (dále jen „komplexní pojištění") je sjednáno pro pobyt nad 90 dnů.

ČLÁNEK 2
PŘEDMĚT A ROZSAH KOMPLEXNÍHO POJIŠTĚNÍ

1. Předmětem pojištění jsou přiměřené a nezbytné náklady komplexní zdravotní péče, která byla pojištěnému poskytnuta zdravotnickým zařízením na území ČR.
2. Předmětem pojištění jsou náklady zdravotní péče, která vede u pojištěného k zachování jeho zdravotního stavu z doby před uzavřením pojistné smlouvy v souladu se zákonem o pobytu cizinců na území České republiky.
3. Předmětem pojištění jsou rovněž náklady zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s těhotenstvím a s porodem dítěte pojištěné.
4. Pokud k události dojde v tranzitní zemi, je hrazena pouze nutná a neodkladná zdravotní péče.
5. Sjednaný rozsah komplexní zdravotní péče:
   a. zdravotní péče v rozsahu obdobném rozsahu péče uvedené v seznamu zdravotních výkonů hrazených pojištěncům veřejného zdravotního pojištění. V rámci zdravotní péče jsou uplatňovány výluky dle čl. 9 a 10. Zdravotní péče je poskytována u poskytovatelů zdravotních služeb, které pojištěnému vyhledá a zprostředkuje asistenční služba. Pokud dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu, pojistitel poskytne plnění i za zdravotní péči, kterou poskytl poskytovatel zdravotních služeb, který nebyl vyhledán asistenční službou. V rámci tohoto ošetření jsou hrazeny pouze nezbytně nutné a přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní služby. Pokud je možný převoz pojištěného, je převezen do zařízení poskytovatele zdravotních služeb vyhledaného asistenční službou,
   b. repatriace pojištěného, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav. Repatriace je realizována za souhlasu ošetřujícího lékaře, po schválení pojistitelem nebo asistenční službou do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, příp. do státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt. Repatriace probíhá prostřednictvím organizace zdravotnické dopravní služby. V nezbytných a odůvodněných případech je možné uhradit i náklady na doprovod pojištěného,
   c. převoz tělesných ostatků pojištěného. Převoz je realizován specializovanou organizací po předchozím schválení pojistitelem nebo asistenční službou do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, příp. do státu, ve kterém měl povolený pobyt,
   d. ošetření tělesného poškození, které nastalo při provozování profesionální sportovní činnosti, pokud je sjednán rozsah pojištění Sport,
   e. poporodní péče o novorozence pojištěné matky, pokud je sjednán rozsah pojištění Matka a dítě.
   f. ošetření zubů pojištěného za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu. Limit pojistného plnění je uveden v pojistné smlouvě,
   g. léky a zdravotnické prostředky, které ambulantně předepsal lékař pojištěnému. Limit pojistného plnění je uveden v pojistné smlouvě,
   h. nezbytná poúrazová rehabilitační péče, kterou předepíše ošetřující lékař,
   i. asistenční služby.
6. Dále je předmětem pojištění preventivní péče dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, v platném znění.
7. Pojistník zvolí v pojistné smlouvě rozsah pojištění:
   a. Standard – jedná se o pojištění komplexních zdravotních služeb, které jsou poskytované pojištěnému, s výjimkou rozšíření pojistného krytí pro typ pojištění Matka a dítě a Sport.
   b. Matka a dítě – pojistitel poskytne pojistné plnění i v případě poporodní péče o novorozence pojištěné matky, který/ří se narodil/li v době trvání pojistné smlouvy. Limit pojistného plnění je uveden v pojistné smlouvě.
   c. Sport – pojistitel poskytne pojistné plnění i v případě, kdy je pojištěný profesionální sportovec nebo se na tuto činnost připravuje a pojistná událost vznikla při profesionální sportovní činnosti.
8. Pojistitel má právo neuzavřít pojistnou smlouvu zejména s osobami s těžkými nervovými poruchami, osobami s duševními nemocemi a osobami trpícími ochrnutím, drogovou závislostí, alkoholovou závislostí a závislostí na léčivech, cirhózou jater, rakovinou, zhoubným nádorem (karcinom), nemocí TBC, dialýzou ledvin, infekcí HIV, nemocí AIDS. U těchto osob si pojistitel vyhrazuje právo odmítnout uzavření pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 3
PŘEDMĚT A ROZSAH POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V SCHENGENSKÉM PROSTORU

1. Předmětem pojištění jsou i náklady nutné a neodkladné zdravotní péče na území států Schengenského prostoru mimo ČR, pokud je tak ve smlouvě ujednáno. Pojistné krytí se vztahuje pouze na pobyty, které nejsou delší než 30 dní. Pojištění se vztahuje na rekreační cesty a pobyty při provozování běžných rekreačních a oddechových sportů.
2. Sjednaný rozsah nutné a neodkladné zdravotní péče:
   a. nezbytná péče zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby a ze zdravotního hlediska nutná přeprava do nejbližšího zdravotnického zařízení,
   b. nutné a neodkladné stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření,
   c. nutné a neodkladné ošetření, včetně nezbytných léků

a zdravotnického materiálu,

d. nezbytná hospitalizace pojištěného po nezbytně nutnou dobu na vícelůžkovém pokoji,
e. ze zdravotního hlediska nutná přeprava mezi dvěma zdravotnickými zařízeními,
f. repatriace pojištěného, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav. Repatriace je realizována za souhlasu ošetřujícího lékaře po schválení pojistitelem nebo asistenční službou do zdravotnického zařízení určeného pojistitelem do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolený pobyt. Repatriace probíhá prostřednictvím organizace zdravotnické dopravní služby. V nezbytných a odůvodněných případech je možné uhradit i náklady na doprovod pojištěného,
g. převoz tělesných ostatků pojištěného. Převoz je realizován specializovanou organizací po předchozím schválení pojistitelem nebo asistenční službou do státu, jehož cestovní doklad vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl povolený pobyt,
h. prvotní jednoduché ošetření zubů pojištěného (včetně extrakce) za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu. Limit pojistného plnění je uveden v pojistné smlouvě,
i. asistenční služby.

ČLÁNEK 4
POJISTNÁ SMLOUVA

1. Pokud je pojistitelem požadována vstupní prohlídka, hradí její náklady osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy.
2. Po uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi Průkaz pojištěného. Pojistník má povinnost předat bez zbytečného odkladu Průkaz pojištěného pojištěnému.
3. Pojistná smlouva je účinná, pokud je pobyt pojištěného na území České republiky, resp. v Schengenském prostoru, v souladu s právními předpisy.

ČLÁNEK 5
MÍSTO POJIŠTĚNÍ

1. Místem pojištění pro komplexní pojištění je ČR a tranzitní země. Pokud to bylo v pojistné smlouvě sjednáno, pak je místem pojištění i Schengenský prostor.

ČLÁNEK 6
POJISTNÁ DOBA, POJISTNÉ

1. Pojistná smlouva je uzavřena na dobu určitou. Pojistná doba je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojistné je jednorázové.
3. Výši pojistného určuje pojistitel. Stanoví se s ohledem na zdravotní stav pojištěného a věk pojištěného. Výši pojistného dále ovlivňuje rozsah pojistné ochrany, výše limitu pojistného plnění a doba trvání pojištění.
4. Pojistné náleží pojistiteli za dobu trvání pojištění. Pokud dojde k zániku pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli pojistné celé.
5. Pokud nedojde ke vzniku pojištění, vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, které činí 20 % z nespotřebovaného pojistného.
6. Pokud dojde k zániku pojištění v průběhu pojistné doby, vrátí pojistitel pojistníkovi poměrnou část pojistného sníženou o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, které činí 20 % nespotřebovaného pojistného.

ČLÁNEK 7
VZNIK A ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

1. Pojištění vzniká dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak.
2. Pojištění zaniká zejména:
   a. uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hodin dne sjednaného jako datum konce pojištění,
   b. smrtí pojištěného,
   c. dnem ukončení pobytu pojištěného na území ČR nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění,
   d. dnem, kdy se pojištěný stal účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění, ne však dříve, než se o tom pojistitel prokazatelně dozvěděl.
3. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit dohodou obou smluvních stran za dohodnutých podmínek.
4. Pojistnou smlouvou je sjednána čekací doba 3 měsíců od data počátku pojištění pro úhradu zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím a 8 měsíců v souvislosti s porodem. Čekací doba se neuplatní, pokud je pojistnou smlouvou sjednáno pojištění v rozsahu „Matka a dítě“. Čekací dobou je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.

ČLÁNEK 8
POJISTNÁ UDÁLOST

1. Pojistnou událostí je nemoc, úraz nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného, které vyžadují ošetření ve zdravotnickém zařízení v době trvání pojištění v rámci sjednaného místa pojištění.
2. V případě pojistné události je pojištěný povinen kontaktovat asistenční službu a dále dbát jejích pokynů a pokynů pojistitele. Oznámení musí být učiněno bez zbytečného odkladu. Kontakt na asistenční službu je uveden na Průkazu pojištěného.
3. Pokud to zdravotní stav pojištěného dovoluje, poskytnutí zdravotní péče zajistí primárně zdravotnické zařízení, které pojištěnému vyhledá a zprostředkuje asistenční služba. V ostatních případech zajistí zdravotní péči pojištěnému jiné zdravotnické zařízení s příslušnou odborností.
4. Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.

ČLÁNEK 9
VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

1. Pojištění nezakládá právo na pojistné plnění v případě, že:
   a. událost (nemoc, úraz) vznikla před počátkem pojištění nebo došlo ke komplikacím této události,
   b. příčinou události byla skutečnost (např. nemoc, tělesná vada apod.), kterou pojistník nebo pojištěný při uzavírání pojistné smlouvy pojistiteli vědomě zatajil,
   c. došlo k události pojištěného v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný uznán vinným trestným činem, nebo trestní stíhání týkající se tohoto trestného činu bylo podmíněně zastaveno nebo uzavřel dohodu o vině a trestu,
   d. došlo k události v důsledku léčebných postupů nebo zásahů, které si pojištěný na sobě sám neodborně provedl (např. onemocnění v důsledku užívání léků či jiných

prostředků bez lékařského předpisu) nebo si je nechal neodborně provést,

e. pojištěný odmítnul repatriaci, nepodrobil se předepsané a doporučené lékařské péči nebo nedodržel léčebný režim doporučený lékařem,
f. došlo k události v důsledku účasti pojištěného na lékařském experimentu,
g. došlo k záměrnému čerpání zdravotní péče (tzv. zdravotní turistika),
a. se jedná o úhradu za léky a zdravotnické prostředky nepředepsané lékařem (volně zakoupené bez lékařského předpisu),
h. událost vznikla v důsledku požití alkoholu nebo léků pojištěným nebo pojištěný byl pod vlivem omamných či psychotropních látek.

ČLÁNEK 10
VÝLUKY Z KOMPLEXNÍHO POJIŠTĚNÍ

1. Komplexní pojištění nezakládá právo na pojistné plnění v případě, že:
   a. k události došlo v době, kdy je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění ČR,
   b. pojištěný požaduje nad rámec rozsahu, který je vymezen v čl. 2 DPPKZP, vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony včetně laboratorních vyšetření (např. umělé přerušení těhotenství, léčba neplodnosti, antikoncepce),
   c. pojištěný podstoupil kosmetický nebo estetický zákrok s výjimkou léčebného,
   d. je čerpána fyzioterapeutická péče s výjimkou péče k odstranění bezprostředních zdravotních komplikací,
   e. je čerpána poporodní péče o novorozence pojištěné matky, pokud není sjednán rozsah pojištění Matka a dítě,
   f. dojde k události při provozování profesionální sportovní činnosti nebo při přípravě na ni, pokud není sjednán rozsah pojištění Sport.
2. Výluky z pojištění uvedené ve VPPŠ a těchto DPPKZP se neuplatní v případě úrazu, ke kterému došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného ani v důsledku požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek pojištěným.
3. V pojistné smlouvě lze ujednat další výluky z pojištění.

ČLÁNEK 11
VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V SCHENGENSKÉM PROSTORU

1. Pojištění léčebných výloh v Schengenském prostoru nezakládá právo na pojistné plnění v případě, že:
   a. zdravotní péče je odkladná a lze ji poskytnout až po návratu do mateřské země,
   b. došlo k události v důsledku činnosti, kterou pojištěný vykonává neoprávněně,
   c. došlo k události v důsledku úrazu, který vznikl při vysoce rizikové sportovní aktivitě nebo při přípravě na tuto činnost a při sportovní nebo zábavní činnosti spojené s vysokým nebezpečím – zejména při potápění s nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (kromě rekreačního potápění do hloubky 3 m), horolezectví včetně vysokohorské turistiky nad 3000 m n. m., jakýchkoliv motorových sportech, extrémních a adrenalinových sportech (např. bungee jumping, BASE jumping, jízda na závodních člunech), při výkonu plně kontaktního sportu (boxu a obdobných druhů) s výjimkou kolektivních sportů (např. fotbal),
   d. došlo k ošetření zubů s výjimkou ošetření následků úrazu a nezbytného jednoduchého ošetření za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti,
   e. pojištěný podstoupil preventivní prohlídku, očkování, kontrolní lékařské vyšetření, fyzioterapeutickou léčbu, léčení a pobyt v odborných léčebných ústavech, lázních a zařízeních následné lůžkové ošetřovatelské péče, akupunkturu, homeopatickou léčbu, kosmetický zákrok,
   f. pojištěnému byla provedena orgánová transplantace, léčba hemofilie, léčba interferonem, inzulinoterapie mimo poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy,
   g. se jedná o náhrady za brýle, kontaktní čočky, naslouchací přístroje a za zhotovení a opravy ortopedických protéz,
   h. dojde k události při provozování profesionální sportovní činnosti nebo při přípravě na ni, pokud není sjednáno pojištění Sport v rámci komplexního pojištění,
   i. dojde k pátrací akci a převozu, pokud zároveň nedošlo k pojistné události na zdraví pojištěného,
   j. se jedná o úmyslné nebo neúmyslné sebepoškození pojištěného, nebo událost, která byla pojištěnému způsobena jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby,
   k. jde o náklady na regulační poplatky a doplatky, náklady spojené s kontaktováním pojistitele nebo asistenční služby,
   l. se jedná o zdravotní péči, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění v ČR,
   m. příčinou události bylo testování dopravních prostředků nebo výkon kaskadérské činnosti,
   n. došlo k události, která vznikla v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním.
2. Pojištění se nevztahuje na události, pokud přímo nebo nepřímo vyplývají z následujících příčin:
   a. těhotenství pojištěné (včetně jeho komplikací), porod včetně předčasného, šestinedělí, antikoncepce, interrupce nebo umělé oplodnění,
   b. pohlavní choroba (včetně jejich komplikací),
   c. hepatitida typu C, AIDS (syndrom získaného selhání imunity), ARC (AIDS Related Complex) a jejich následky a vyšetření na HIV,
   d. psychická porucha (včetně jejího vyšetření), psychologické vyšetření a psychoterapie, léčení závislosti včetně vyšetření a komplikací, pokud nesouvisí s jiným náhlým onemocněním nebo úrazem.

ČLÁNEK 12
PRÁVA A POVINNOSTI POJISTNÍKA, POJIŠTĚNÉHO A OPRÁVNĚNÉ OSOBY

1. Povinností pojištěného je učinit vše k zabránění vzniku pojistné události. Pokud k události dojde, je povinností pojištěného zamezit dalšímu zhoršení zdravotního stavu.
2. Vedle povinností stanovených zákonem a VPPŠ je podmínkou vzniku práva na pojistné plnění z pojištění, že ten, kdo má právo na pojistné plnění a žádá je, je povinen neprodleně pojistiteli ohlásit, že pojistná událost nastala a písemně požádat pojistitele o výplatu pojistného plnění. Pojistnou událost lze oznámit i prostřednictvím asistenční služby, která současně provádí potvrzení pojistného krytí pro zdravotnické zařízení.
3. Všechny doklady musí být uvedeny na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem vystavitele.
4. Pojištěný je povinen dbát pokynů a doporučení pojistitele nebo asistenční služby a zdravotního personálu. Dále je povinen podrobit se potřebnému zdravotnímu vyšetření

či ošetření v pojistitelem určeném zdravotnickém zařízení na území ČR nebo území Schengenského prostoru, pokud byla tato územní platnost ujednána.

5. Pojištěný (příp. oprávněná osoba) je povinen kontaktovat asistenční službu ihned nebo co nejdříve to zdravotní stav umožní - zejména v případě ambulantních ošetření, dále v případech hospitalizace, repatriace.
6. V případě, že pojistitel požaduje kontrolní vyšetření lékařem, pojištěný je povinen se mu podrobit.
7. V případě pochybností pojistitele je povinností pojištěného nebo oprávněné osoby prokázat pojistiteli, že k události došlo.
8. Pokud je událost šetřena policií nebo jiným orgánem státní správy, je oprávněná osoba povinna doložit pojistiteli policejní protokol nebo potvrzení o šetření události. V případě smrti pojištěného je oprávněná osoba povinna k žádosti přiložit úmrtní list a list o prohlídce zemřelého.
9. Pojištěný je také povinen na žádost pojistitele zprostit třetí osobu (zdravotnické zařízení) mlčenlivosti o skutečnostech souvisejících s událostí.
10. Vyžaduje-li to pojistitel, je pojištěný povinen dát se v rozsahu nutném k zajištění výkonu práv a plnění povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy na jeho náklad vyšetřit pojistitelem určeným zdravotnickým zařízením. Nedá-li pojištěný nebo pojistník pojistiteli příslušné zmocnění nebo odmítne-li podstoupit uvedené vyšetření, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění, dokud takové zmocnění neobdrží nebo dokud pojištěný vyšetření nepodstoupí.

ČLÁNEK 13
PRÁVA A POVINNOSTI POJISTITELE

1. Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného a na základě zmocnění pojištěného zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy (zejména při sjednávání pojištění, při přepracování pojistné smlouvy a při vyřizování škodných událostí), tj. činit dotazy ohledně zdravotního stavu u příslušných zdravotnických zařízení, žádat tato zdravotnická zařízení o poskytnutí zpráv, pořízení výpisů nebo opisů z jeho zdravotnické dokumentace nebo z jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, popř. tyto výpisy a opisy pořizovat či zapůjčit a to vše i v době po smrti pojištěného.
2. Poskytování informací o skutečnostech týkajících se pojištění pojištěného může pojistitel žádat i od jiných pojistitelů.
3. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu a ostatních skutečností týkajících se pojištění dává pojištěný nebo pojistník uzavřením pojistné smlouvy.
4. Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro potřebu svou nebo zajistitele, jinak pouze se souhlasem pojištěného nebo v souladu s platnými zákony.
5. Kromě povinností, které jsou stanoveny zákonem a VPPŠ je povinností pojistitele zajistit informační servis zdravotnickým zařízením a pojištěným. Informační servis zajišťuje asistenční služba, která ověřuje platnost a účinnost pojistné smlouvy, a vyhledává zdravotnické zařízení pro pojištěného.

ČLÁNEK 14
LIMIT POJISTNÉHO PLNĚNÍ

1. Limit pojistného plnění je horní hranice pojistného plnění určená v pojistné smlouvě, pokud není uvedeno jinak.
2. V pojistné smlouvě je uveden limit pojistného plnění komplexního pojištění pro každou pojistnou událost, ke které dojde během trvání pojištění, limit pro ošetření zubů pojištěného a limit na léky a zdravotnické prostředky, které ambulantně předepsal lékař pojištěnému.
3. Pokud je ve smlouvě sjednáno pojištění léčebných výloh v Schengenském prostoru, je v ní uveden také limit pojistného plnění tohoto pojištění pro každou pojistnou událost, ke které dojde během trvání pojištění, limit pro ošetření zubů pojištěného a limit na léky a zdravotnické prostředky, které ambulantně předepsal lékař pojištěnému.

ČLÁNEK 15
POJISTNÉ PLNĚNÍ A JEHO VÝŠE

1. Pojistitel je povinen plnit za pojistné události, ke kterým došlo v době od počátku pojištění do okamžiku jeho zániku, a to maximálně do výše sjednaného limitu pojistného plnění.
2. Pojistné plnění se poskytuje za pojistné události, které vznikly na území ČR, v rozsahu a výši odpovídající nákladům veřejného zdravotního pojištění v ČR nejvýše však do limitu pojistného plnění, který je uveden v pojistné smlouvě.
   Pojistné plnění za pojistné události, které vznikly v tranzitní zemi nebo ve státu Schengenského prostoru, pokud byl v pojistné smlouvě sjednán tento rozsah pojištění, je hrazeno ve výši nákladů na nutnou a neodkladnou zdravotní péči a dále jsou také hrazeny náklady na nutnou repatriaci ze země tranzitu, příp. Schengenského prostoru, do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolený pobyt.
3. Náklady dle čl. 2 pojistitel hradí přímo nebo prostřednictvím asistenční služby poskytovateli zdravotních služeb, pojištěnému nebo osobě, která náklady prokazatelně vynaložila. Při přímé úhradě nákladů pojištěným nebo jinou osobou pojistitel za zdravotní péči proplatí přiměřené prokazatelně vynaložené náklady pojištěnému nebo osobě, která náklady vynaložila.
4. Pojistitel poskytne pojistné plnění za recept na lékařem ambulantně předepsané léky nebo poukaz na zdravotnické prostředky. Maximální výše pojistného plnění je výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění v ČR, která je uvedena v aktuálně platném Seznamu léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, který je zveřejněn na www.sukl.cz.
5. V případě pojistné události, kdy nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhne dobu pojištění, pojistitel rozhodne takto:
   a. Pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje repatriaci, lze po souhlasu ošetřujícího lékaře repatriaci uskutečnit.
   b. Pokud zdravotní stav pojištěného neumožňuje repatriaci, pojištěný se léčí v pojistitelem určeném zdravotnickém zařízení do doby než je možné repatriaci uskutečnit.
6. Pojistné plnění je poskytováno v Kč. Pro přepočet zahraniční měny se použije směnný kurz podle středního kurzu příslušné měny vyhlášenému ČNB ke dni úrazu nebo ošetření příznaků nemoci.

ČLÁNEK 16
OMEZENÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

1. Vedle důvodů stanovených právními předpisy a VPPŠ je pojistitel oprávněn snížit až na jednu polovinu pojistné plnění,

pokud pojistník nebo pojištěný vědomě porušili VPPŠ nebo tyto DPPKZP a porušení mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků pojistné události (např. včasné nevyhledání lékaře, nepravdivé ohlášení pojistné události).

ČLÁNEK 17
ASISTENČNÍ SLUŽBY

1. Asistenční služba je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele.
2. Asistenční služba má právo jednat jménem pojistitele v případě veškerých škodných či pojistných událostí a doporučit příp. vyhledat vhodné zdravotnické zařízení.
3. Asistenční služby jsou poskytovány 24 hodin denně, 7 dní v týdnu v tomto rozsahu:
   a. vyhledání poskytovatele zdravotních služeb,
   b. doporučení postupu,
   c. sledování zdravotního stavu v průběhu hospitalizace,
   d. garance platby poskytovateli zdravotních služeb,
   e. v nezbytných případech zajištění repatriace klienta,
   f. zajištění převozu tělesných ostatků pojištěného v případě smrti.

ČLÁNEK 18
VÝKLAD POJMŮ

1. V pojistné smlouvě a v těchto DPPKZP budou následující slova a výrazy mít význam, který je jim v tomto článku přiřazen, ledaže by z kontextu vyplynulo něco jiného:
   a. **Asistenční služba** je smluvní partner pojistitele, který poskytuje pojištěným a zdravotnickým zařízením pomoc při řešení pojistné události. Kontakt na asistenční službu je uveden v Průkazu pojištěného.
   b. **Dispenzární péče** je péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého je podle vývoje nemoci možné předpokládat změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.
   c. **Komplexní zdravotní péče** je péče, která je poskytnutá pojištěnému ve zdravotnických zařízeních bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným. Cílem je zachování zdravotního stavu pojištěného z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Součástí péče je také preventivní a dispenzární péče, zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem dítěte za podmínek a v rozsahu dle pojistné smlouvy a těchto DPPKZP.
   d. **Náhlé onemocnění** je náhlá a nepředvídaná porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy a uvedená v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů, která nastala v průběhu pojistné doby a vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
   e. **Nutná a neodkladná zdravotní péče** je zdravotní péče, která je poskytnuta pojištěnému, pokud dojde k úrazu nebo náhlému onemocnění. Pokud by nebyla poskytnuta, mohlo by dojít ke zhoršení zdravotního stavu pojištěného, poškození jeho zdraví nebo ohrožení života.
   f. **Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
   g. **Poporodní péče** je zdravotní péče poskytnutá novorozenci, která bezprostředně navazuje na porod. Hospitalizace novorozence není přerušena. Poskytuje se maximálně do konce 1. měsíce věku dítěte.
   h. **Průkaz pojištěného** je doklad vydaný pojištěnému pojistitelem při sjednání pojistné smlouvy.
   i. **Profesionální sportovec** je ten, jehož převážná část z celkových příjmů v kalendářním roce plyne z provozování sportovní činnosti a zároveň provozování sportovní činnosti je časově významnou aktivitou. Provozování sportovní činnosti je činnost vykonávaná pojištěným v pracovněprávním vztahu (závislá práce) nebo jako samostatná výdělečná činnost či jiná obdobná činnost za účelem obživy, resp. získání finančních prostředků, a to formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně.
   j. **Repatriace** je převoz pojištěného nebo jeho tělesných ostatků do státu, jehož cestovní doklad vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolený pobyt.
   k. **Schengenský prostor** je území států, které jsou signatáři Schengenské smlouvy (mimo ČR).
   l. **Tranzitní země** je země, na jejímž území pojištěný pobývá pouze po dobu, která je nezbytně nutná k nejrychlejší a nejkratší přepravě pojištěného ze země, ve které má pojištěný povolený pobyt, do ČR a zpět.
   m. **Úraz** je neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly, nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
   n. **Zdravotnické zařízení** je poskytovatel zdravotních služeb, tedy fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (resp. má oprávnění k poskytování zdravotních služeb v členském státě Schengenského prostoru).

ČLÁNEK 19
ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

1. Smluvní strany si mohou vzájemná práva a povinnosti upravit písemnou dohodou odchylně.
2. Odchylně od čl. 20 VPPŠ se ujednává, že pojistitel nebude pojistníkovi účtovat poplatky za mimořádné úkony, které se provádí na žádost pojistníka. Pro pojištění sjednané dle těchto DPPKZP neplatí Sazebník poplatků pojistitele.
3. Výklad ustanovení pojistné smlouvy, jakož i všechny právní poměry z pojistné smlouvy, VPPŠ a z těchto DPPKZP vyplývající, se řídí právem České republiky.
4. Tyto DPPKZP nabývají účinnosti dnem 1. 11. 2025 a jsou součástí těch pojistných smluv, které se na ně výslovně odvolávají a ke kterým jsou připojeny.