



SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

uzavřená dle § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, a v souladu s příslušnými obecně závaznými právními předpisy upravujícími poskytování a úhradu zdravotní péče a provozování pojišťovací činnosti

Smluvní strany

1. Objednatel:

ERGO pojišťovna, a.s.,

se sídlem: Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

IČO: 618 58 714 DIČ: CZ61858714

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2740

číslo účtu: [REDACTED]

zastoupená: Ing. Janou Jenšovou, předsedkyní představenstva a Ing. Pavlem Šuranským, MBA, členem představenstva

dále jen „pojišťovna“

a

2. Poskytovatel zdravotní péče:

Krajská zdravotní, a.s.

se sídlem: Sociální péče 3316/12a, 401 13 Ústí nad Labem

IČO: 25488627 DIČ: CZ25488627

zastoupená: Ing. Petrem Fialou, generálním ředitelem

Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (registraci): Krajský úřad

Ústeckého kraje, sp. zn. 326/SZ/2012-3 ze dne 15.3.2012 v platném znění

číslo účtu: [REDACTED]

dále jen „zdravotnické zařízení“

se dohodly na následujícím znění smlouvy:

I. Předmět smlouvy

1. Předmětem této smlouvy je stanovení podmínek pro zajištění výkonu zdravotní péče poskytované ze strany zdravotnického zařízení v souvislosti s pojistnými událostmi cizinců během jejich pobytu na území České republiky na základě jejich pojištění u pojišťovny (dále jen „pojištění“). Dále je předmětem smlouvy stanovení způsobu určení ceny za takto poskytnutou zdravotní péči a platební podmínky, jakož i úprava právních vztahů vznikajících mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením při této činnosti.

2. Zdravotnické zařízení se zavazuje poskytovat na základě této smlouvy pojištěným zdravotní péči v rozsahu, kvalitě a za podmínek stanovených touto smlouvou a pojišťovna se zavazuje za takto poskytnutou a řádně odvedenou zdravotní péči uhradit zdravotnickému zařízení částku vypočtenou dle pravidel ustanovených články V. a VI. této smlouvy.

II. Rozsah poskytované péče

1. Rozsah zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením pojištěným je vymezen
 - 1.1. rozsahem oprávnění a odbornými předpoklady zdravotnického zařízení pro poskytování péče, vydaným mu příslušným orgánem veřejné moci,
 - 1.2. rozsahem pojistného krytí poskytnutého pojišťovnou pojištěnému, tedy
 - a) **komplexním zdravotním pojištěním cizinců** podle Všeobecných pojistných podmínek pro zdravotní pojištění cizinců - WELCOME 170901, které tvoří přílohu 1 této smlouvy (**tarify Welcome Komplex, Welcome Baby a Welcome Dítě+**);
 - b) **pojištěním nutné a neodkladné péče** cizinců podle Všeobecných pojistných podmínek pro zdravotní pojištění cizinců - WELCOME 170901, které tvoří přílohu 1 této smlouvy (**tarify Welcome Standard a Welcome Plus**).
2. Rozsah pojištění může být dále rozšířen smluvním ujednáním. Pokud pojištěný uvede, že má nárok na další úhrady z titulu smluvního ujednání, zjistí zdravotnické zařízení platnost a rozsah tohoto dodatečného ujednání prostřednictvím asistenční služby. Pokud zdravotnické zařízení dostane prokazatelně potvrzení o nadstandardním rozsahu, může vykonat a následně požadovat zaplacení takové zdravotní péče ze strany pojišťovny.
3. Rozsah zdravotní péče hrazené pojišťovnou se u jednotlivých výše uvedených rozsahů pojištění liší. Zatímco pojištění nutné a neodkladné péče kryje pouze případy léčení úrazu nebo akutního onemocnění pojištěného (s různým rozsahem výluk dle článku 15 Všeobecných pojistných podmínek pro zdravotní pojištění cizinců - WELCOME 170901 a omezeních ve Smluvních ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Standard nebo Plus) kryje pojištění komplexní zdravotní péče cizinců i další zdravotní péči specifikovanou ve všeobecných pojistných podmínkách pojistitele, v pojistných smlouvách a v dalších smluvních dokumentech.
4. V případě, že má být pojištěnému poskytnuta zdravotnickým zařízením zdravotní péče přesahující rozsah léčení úrazu nebo akutního onemocnění pojištěného a pojištěný se prokázal Průkazem pojištěného komplexního zdravotního pojištění cizinců, informuje objednatel o tomto požadavku telefonicky asistenční službu pojišťovny, firmu GLOBAL ASSISTANCE a.s., telefon XXXXXXXXXX (dále jen „asistenční služba“). Asistenční služba ověří platnost pojištění a poskytne zdravotnickému zařízení základní informace o rozsahu pojištění konkrétního klienta pojišťovny.
5. V případě pochybností o rozsahu hrazené péče zdravotnické zařízení zjišťuje pojistné krytí v daném případě prostřednictvím asistenční služby.

III. Práva a povinnosti smluvních stran

Smluvní strany se zavazují:

1. při poskytování a následném placení zdravotní péče důsledně dodržovat platná znění příslušných obecně závazných právních předpisů a smluvní ujednání obsažená v této smlouvě a jejich přílohách,
2. zachovávat v zákonem stanoveném rozsahu a s ohledem na ochranu práv pojištěných a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotnické péče podle této smlouvy anebo při spravování údajů z informačního systému, popř. v souvislosti s nimi; povinnost mlčenlivosti se v plném rozsahu vztahuje i na zaměstnance a další osoby, jimž je za zákonných podmínek umožněn přístup k informacím o pojištěném,
3. ve vztahu k ochraně osobních údajů a v souladu s nařízením EU 2016/679 GDPR (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), dále jen „nařízení GDPR“, přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému zpřístupnění osobních údajů třetím osobám, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů, zabezpečit objekty a místnosti, ve kterých dochází ke zpracování údajů a dále se zavazují zabezpečit média, ve kterých jsou údaje zpracovávány prostřednictvím přístupových práv, antivirové ochrany a bezpečnostní zálohy. Smluvní strany shodně prohlašují, že jak pojišťovna, tak zdravotnické zařízení, se nachází v roli samostatného správce, přičemž samostatně určují účely a právní základy zpracování osobních údajů. Smluvní strany se zavazují spolupracovat při plnění právních předpisů v oblasti ochrany osobních údajů, mimo jiné při uplatňování práv subjektů údajů.
4. Pojišťovna prohlašuje, že GLOBAL ASSISTANCE a.s., IČO 27181898 má s pojišťovnou po celou dobu účinnosti této smlouvy uzavřenu smlouvu mezi správcem osobních údajů (pojišťovna) a zpracovatelem osobních údajů (asistenční služba) ve smyslu čl. 28 nařízení GDPR. Vzhledem k tomu může zdravotní zařízení poskytovat osobní údaje pojištěných asistenční službě jakožto příjemci osobních údajů.
5. Zdravotnické zařízení se zavazuje vynaložit veškerou potřebnou součinnost v případě, že vznikne potřeba přezkoumat zdravotní dokumentaci pojistníka pojišťovny, který pojišťovně na základě pojistné smlouvy udělil souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace.
6. Zdravotnické zařízení informuje asistenční službu pojišťovny o hospitalizaci pojištěného včetně uvedení diagnózy a bude pojišťovně na její vyžádání podávat o průběhu dlouhodobé hospitalizace (dlouhodobého léčení) v oboustranně dohodnutých termínech dílčí zprávy. Informační povinnost zdravotnického zařízení podle věty první tohoto ustanovení je třeba posuzovat vždy s ohledem na aktuální zdravotní stav pojištěného. V případě, že zdravotnické zařízení nebude i s vynaložením veškerého úsilí, které lze požadovat, schopno zajistit, resp. ověřit identifikační údaje podle čl. IV. této smlouvy, informuje asistenční službu pojišťovny bez zbytečného odkladu poté, co identifikační údaje mohly být ze strany zdravotnického zařízení zjištěny, resp. ověřeny poprvé.

IV. Identifikace klientů objednatele

1. Pojištěný se prokazuje předložením platné identifikační kartičky klienta vydané pojišťovnou – dále také jen „průkaz pojištěného“, jehož vzory jsou přílohou č. 2 této smlouvy, a dokladem totožnosti (zejména občanský průkaz, cestovní pas, řidičský průkaz). Identifikace prostřednictvím

identifikační kartičky může být nahrazena předložením platně uzavřené pojistné smlouvy spolu s dokladem totožnosti. Zdravotnické zařízení považuje za platnou každou identifikační kartičku/ resp. pojistnou smlouvu, jejíž doba platnosti odpovídá době, kdy má být pojištěnému zdravotní péče poskytnuta a pojišťovna neupozornila písemně zdravotnické zařízení na její neplatnost. Zdravotnické zařízení se zavazuje v případě, že se pojištěný prokáže platnou identifikační kartičkou - průkazem pojištěného spolu s dokladem totožnosti, neodmítat přijetí pojištěného do své péče a nezvýchodňovat pojištěné jiných pojišťovny.

2. **Platnost pojištění** si zdravotnické zařízení ověřuje následujícími způsoby, a to vždy v případech dle čl. II odst. 4, nebo dle potřeby zejména při pochybnostech ohledně identifikace klienta pojišťovny:
 - 2.1. **telefonicky u asistenční služby** pojišťovny **GLOBAL ASSISTANCE a.s.** na telefonním čísle [REDAKCE] nebo [REDAKCE]
 - 2.2. **na emailové adrese asistenční služby** GLOBAL ASSISTANCE a.s. [REDAKCE]
 - 2.3. V případě pochybností nebo jiných nejasností se zdravotnické zařízení obrátí **na pojišťovnu** prostřednictvím telefonního čísla: [REDAKCE] popř. na e-mail: [REDAKCE]
3. Zdravotnické zařízení se zavazuje si s asistenční službou domluvit vhodný způsob zabezpečení vzájemné komunikace, například zavedení hesel pro komunikaci.

V. Ceny

1. Cena za zdravotní péči se odvozuje od standardizovaných zdravotní výkonů ohodnocené dle platné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam“), vynásobené dohodnutou cenou (hodnotou) bodu.
2. **Cena (hodnota) bodu za poskytnutou zdravotní péči** v příslušné odbornosti se sjednává dohodou smluvních stran a ke dni podpisu této smlouvy činí **1,20 Kč**.
3. Zvláště účtované léčivé přípravky (ZULP) a zvláště účtované materiály (ZUM) uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení za ceny maximální úhrady VZP. Zdravotnické výkony nakupované u jiných zdravotnických zařízení za ceny jejich nákupu.
4. Hrazena jsou v případě poskytování péče klientům s pojištěním Komplexního zdravotního pojištění cizinců všechna klinická ošetření, která jsou v seznamu uvedena jako hrazená zdravotní pojišťovnou v rámci veřejného zdravotního pojištění. V případě poskytování péče klientům s pojištěním Pojištění nutné a neodkladné péče jsou hrazeny veškeré zákroky, které jsou nezbytné ke stabilizaci zdravotního stavu klienta a zachování jeho příznivého stavu, jak vyžaduje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky.
5. Pokud zdravotnické zařízení poskytuje služby v oblasti stomatologické péče, pak se pojištění vztahuje zejména na zajištění ošetření při akutních bolestivých stavech pojištěného, dále na základní stomatologickou péči o pojištěného a poskytnutí základního materiálového provedení stomatologických zákroků. Zdravotnické zařízení se zavazuje poskytnout pojištěnému úplnou a pravdivou informaci o nutnosti spoluúčasti na jakékoliv nadstandardní péči.

VI. Platební podmínky

1. Zdravotnické zařízení účtuje na základě podkladů z jednotlivých pracovišť a oddělení poskytnutou zdravotní péči formou faktury (daňového dokladu) se splatností do 30 dní od data jejího vystavení. Přílohou faktury je přehled všech poskytnutých zdravotních výkonů. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu, které jsou dány obecně závazným právním předpisem.
2. Zdravotnické zařízení zašle **fakturu na adresu asistenční služby pojišťovny, GLOBAL ASSISTANCE a.s., Praha 8, Dopraváků 749/3, PSČ 184 00**, která následně na základě smlouvy s pojišťovnou provede její úhradu.
3. Fakturu, jejíž součástí nebude příloha s přehledem všech poskytnutých zdravotních výkonů nebo bude postrádat některou náležitost podle obecně závazného právního předpisu, je pojišťovna, resp. asistenční služba pojišťovny, oprávněna vrátit k doplnění ve lhůtě splatnosti zdravotnickému zařízení s tím, že nová lhůta splatnosti faktury počne běžet dnem doručení opravené faktury pojišťovně. Pojišťovna je povinna sdělit zdravotnickému zařízení v námitce, které konkrétní nedostatky faktura má a doložit případné nesrovnalosti se zdravotnickým zařízením tvrzenými skutečnostmi, jinak se lhůta splatnosti původní faktury neprodlužuje.
4. Zdravotnické zařízení předkládá pojišťovně faktury průběžně, a to nejpozději do 30 dnů od provedení zdravotních výkonů, resp. po ukončení hospitalizace pojištěného. Tuto lhůtu lze po oboustranné písemné dohodě smluvních stran z podstatných důvodů prodloužit.
5. Zaplacením se rozumí připsání účtované částky na účet zdravotnického zařízení, specifikovaný v této smlouvě. V případě prodlení povinné smluvní strany s placením má oprávněná smluvní strana právo požadovat zaplacení úroků z prodlení ve výši 0,01 % z dlužné částky za každý den prodlení.

VII. Doba trvání smlouvy

1. Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.
2. Každá smluvní strana je oprávněna ukončit bez udání důvodů trvání smlouvy písemnou výpovědí, a to s šestiměsíční výpovědní lhůtou, která počíná běžet prvním dnem měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla výpověď ze smlouvy doručena druhé smluvní straně.
3. Výpověď se zasílá doporučeně s doručenkou na adresu sídla smluvní strany uvedené v záhlaví této smlouvy. Výpověď je doručena jejím převzetím nebo v případě, že druhá smluvní strana výpověď nepřevzme či doručení výpovědi jinak zmaří, má se za to, že bylo doručeno třetí den po odevzdání výpovědi k doručení provozovateli poštovních služeb.
4. Po skončení účinnosti smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 6 měsíců od ukončení účinnosti smlouvy.
5. Smluvní strany se zavazují před ukončením účinnosti této smlouvy individuálně domluvit dořešení všech případů, u nichž by doba poskytování léčebné péče, resp. hospitalizace překročila dobu výpovědní lhůty, resp. překročila dobu účinnosti této smlouvy.

VIII. Závěrečná ustanovení

1. Smluvní strany se zavazují, že údaje vyplývající z předmětu plnění této smlouvy neposkytnou třetí straně, s výjimkou kontrolních orgánů, auditorů, asistenční služby specifikované výše nebo jiných osob vázaných mlčenlivostí.
2. V případě, že dojde ke změně údajů uvedených u označení smluvních stran v záhlaví této smlouvy, zavazují se smluvní strany bez zbytečného odkladu odpovídajícím způsobem druhou stranu o této skutečnosti vyrozumět.
3. Pojišťovna se zavazuje na své náklady seznámit v dostatečném předstihu odpovídajícím způsobem zdravotnické zařízení se změnami či doplněním svých Všeobecných pojistných podmínek. Za odpovídající způsob dle věty první tohoto ustanovení se považuje zaslání pojistných podmínek v písemném vyhotovení na adresu zdravotnického zařízení uvedenou v záhlaví této smlouvy. Pojišťovna se dále zavazuje bez zbytečného odkladu po změně nebo doplnění pojistných podmínek umístit jejich aktuální znění na své internetové stránky www.ergo.cz.
4. Právní vztahy výslovně neupravené touto smlouvou se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a souvisejícími obecně závaznými právními předpisy.
5. Dnem podpisu této smlouvy se ruší veškerá předchozí ujednání a dohody týkající se předmětu této smlouvy mezi smluvními stranami, pokud byly uzavřeny.
6. Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem, kdy byla smluvními stranami podepsána.
7. Tuto smlouvu lze změnit nebo doplnit jen výslovným písemným ujednáním, jež podepíše oprávnění zástupci obou smluvních stran, přičemž taková změna nebo doplnění musí mít formu očíslovaného dodatku.
8. Smluvní strany prohlašují, že si tuto smlouvu před jejím podpisem přečetly, že byla ujednána podle jejich pravé a svobodné vůle, určitě, vážně a srozumitelně. Autentičnost této smlouvy potvrzují smluvní strany svým podpisem.
9. Tato smlouva byla vyhotovena ve dvou výtiscích, obou s platností originálu, přičemž každá ze smluvních stran obdrží po jednom výtisku.

Ústí nad Labem

27. 09. 2019

Přílohy:

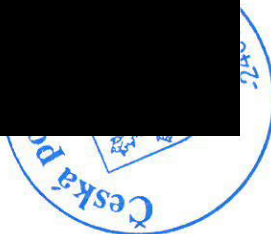
- Příloha č. 1: Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců - WELCOME 170901
Příloha č. 2: Vzor průkazu pojištěného

Ověřovací doložka pro vidimaci
Podle ověřovací knihy pošty: Praha 46

Poř.č: 14006-0168-1061

Tato úplná kopie, obsahující 6 stran souhlasí doslovně
s předloženou listinou, z níž byla pořízena a tato listina je
prvopis, obsahující 6 stran.

Listina, z níž je vidimovaná listina pořízena, neobsahuje
viditelný zajišťovací prvek, jenž je součástí obsahu právního



ERGO pojišťovna, a.s.

Vyskočilova 1481/4, Praha 4

Zápis v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze,
oddíl B, vložka 2740, IČO: 61858714, DIČ: CZ61858714

Welcome Zdravotní pojištění cizinců

(Welcome 170901)



ERGO

Platnost od 01.09.2017

Zdravotní pojištění cizinců Informace pro zájemce o sjednání pojistné smlouvy (před uzavřením pojistné smlouvy)

1. Informace o pojistiteli

A) Obchodní firma a právní forma pojistitele

ERGO pojišťovna, a.s., IČO: 618 58 714, provozující pojišťovací činnost a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností ve smyslu zákona č. 277/2009 Sb., o pojištní činnosti, ve znění pozdějších předpisů.

B) Adresa sídla pojistitele

Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4, Česká republika

C) Registrace v obchodním rejstříku

obchodní rejstřík vedený Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2740

D) Název a sídlo orgánu odpovědného za výkon dohledu nad činností pojistitele

Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

E) Kontaktní údaje a způsob vyřizování stížností

Dopisem: na adrese sídla pojistitele

Osobně: na adrese sídla pojistitele, pobočky

Se stížností se lze též obrátit na Českou asociaci pojišťoven či na Českou národní banku. Pro případné mimosoudní řešení spotřebitelských sporů je v případě životního pojištění příslušným orgánem Finanční arbitř, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, a v oblasti ostatních pojistných odvětví Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

F) Jazyk pro komunikaci mezi smluvními stranami

Český jazyk

G) Informace o solventnosti a finanční situaci pojistitele

je dostupná na www.ergo.cz v sekci o společnosti a dále ve Sbírce listin obchodního rejstříku vedeného Městským soudem v Praze.

2. Informace o závazku

A) Definice zdravotního pojištění cizinců

Předmětem pojištění jsou prokazatelné náklady související s pobytem pojištěného na území České republiky (dále jen „ČR“) nebo jeho cestováním do ostatních států Schengenského prostoru, které vznikly v rámci léčebných výloh pojištěného v důsledku jeho onemocnění či úrazu a náklady spojené s jeho repatriací.

Pro toto pojištění, které sjednává ERGO pojišťovna, a.s., platí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OZ“), a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců – WELCOME 170901 (dále jen „VPP“), pojistná smlouva a případná další smluvní ujednání. Pojištění mohou jako pojistníci uzavírat pouze fyzické osoby s bydlištěm v České republice, případně právnické osoby, které mají v České republice sídlo či odštěpný závod, ke kterému se pojištění vztahuje.

B) Nepojistitelné osoby

Pojištění nemohou uzavřít:

- osoby s těžkými nervovými poruchami – k těm patří zejména poškození, která s sebou přinášejí silné tělesné omezení, resp. omezení denních životních a pracovních činností. Za tyto poruchy se považují mimo jiné stádia roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy (ALS), Morbus Parkinson, stav po mrtvici s omezením pohybové schopnosti, epilepsie, nová tvorba tkání (tumory) centrálního nervového systému, polyneuropatie s omezením pohybové schopnosti, těžká poranění mozku nebo míchy s omezením pohybové schopnosti, deprese, záchvaty bezvědomí a závratí;
- osoby s duševními nemocemi – k těm patří zejména maniodepresivní psychózy,

schizofrenní a paranoidní poruchy, Morbus Alzheimer a jiné formy demence, psychoorganický syndrom, Downův syndrom, vodnatost mozku (hydrocefalus), autismus;

- osoby s následujícími onemocněními a omezeními: hluchota (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogová, alkoholová závislost a závislost na lécích, cirhóza jater, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), TBC, dialýza ledvin, infekce HIV, AIDS.

C) Rozsah pojistného krytí

Pojištění lze sjednat v rozsahu „komplexní zdravotní péče“, která je poskytována v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění, avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění. Pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a není totožné s pojištěním pro případ nemoci podle § 2847 a násl. OZ, ve znění pozdějších předpisů. Pojištění je také možné sjednat v rozsahu „nutné a neodkladné“ zdravotní péče. Rozsah pojištění je dán zvoleným tarifem pojištění.

D) Výluky z pojištění

V rámci pojištění není poskytováno pojistné plnění za: ošetření onemocnění, úrazů a jiných skupin diagnóz, které existovaly před počátkem pojištění; zdravotní péči, která není hrazena občanům ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu obecně závazných právních předpisů; zdravotní péči, která je pojištěné osobě poskytnuta ve zdravotnickém zařízení, které tuto péči standardně neposkytuje občanům ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu obecně závazných právních předpisů s výjimkou akutního ohrožení života (např. některé soukromé kliniky); náklady na léky, které pojištěný pořídil bez lékařského předpisu; náklady na kosmetické ošetření a jeho následky, chiropraktické výkony nebo terapie; zhotovení a úpravy prortéz, ortéz, brýlí, kontaktních čoček, naslouchacích přístrojů a obdobných pomůcek; přerušení těhotenství, nejde-li o ohrožení života nebo zdraví ženy nebo geneticky vadný vývoj plodu, tzn., že se jedná o případy, kdy je přerušení těhotenství z lékařského hlediska odůvodnitelné; léčení neplodnosti či sterility a umělé oplodnění; lékařský zákrok a jeho případné důsledky, pokud pojištěný podnikl cestu do ČR nebo zahraničí za účelem podstoupení tohoto lékařského zákroku; náklady za ošetření, které bylo provedeno příbuzným pojištěného (např. manželem, manželkou, rodiči); lázeňské a sanatorní ošetření a rehabilitační opatření; náklady na ošetření vzniklé jako důsledek aplikace léčení, které není odbornou lékařskou veřejností považováno za postup lege artis; ošetření onemocnění, úrazů a jejich následků, které jsou způsobeny válečnými událostmi nebo účastí na hromadných protestech, akcích občanské neposlušnosti, či jiných nepokojích; ošetření úrazů vzniklých při řízení motorových vozidel bez příslušného oprávnění (řidičský průkaz), pokud nastanou mimo území ČR; převoz, přeložení nebo přepravu s použitím letecké ambulance, není-li přeprava předem schválena asistenční službou; regulační poplatky a doplňky; ošetření v souvislosti se spácháním trestného činu a výtržností charakteru přestupku, pokud nastanou mimo území ČR; ošetření v důsledku sebevraždy či pokusu o ni, pokud nastanou mimo území ČR; na záměrně způsobená onemocnění a úrazy, pokud nastanou mimo území ČR; na úrazy, ke kterým došlo pod vlivem alkoholu, drog či jiných psychotropních látek, pokud nastanou mimo území ČR. Pojistné plnění není poskytováno v případě, že pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele.

Pojistné plnění není poskytováno při úrazech, které nastanou při parašutizmu a paraglidingu, seskocích s padákem z výšin, při používání bezmotorových letadel, motorových rogal, ultralehkých letadel, raketoplánu, bungee-jumpingu, létání v balónech, vznášedlech; dále se pojištění nevztahuje na úrazy, které nastanou při výkonu služby pilotů, ostatních členů posádky a osob, které služební činnost vykonávají pomocí letadel; pojištění se nevztahuje rovněž na potápění včetně dekomprese, horolezectví, skálolezectví, slézání ledových a vodních vodopádů, rafting, kanoistiku na divoké řece, canoeing, skialpinismus, lyžování mimo vyznačené trasy, motokros a motozávody, karate, taekwondo, aikido, kung-fu, judo, box, kick-box apod.

Pojištění se nevztahuje na sportovní činnost profesionálních sportovců.

V tarifu Welcome Komplex se na zdravotní péči související s těhotenstvím vztahuje čekací doba v délce tří měsíců od počátku pojištění a na porod a následnou zdravotní péči v délce osm měsíců od počátku pojištění, tzn., že pojistnou událostí není těhotenství pojištěné osoby a péče s ním spojená, které nesporně vzniklo před uplynutím třetího měsíce pojištění.

né doby, a porod, ke kterému došlo před uplynutím osmého měsíce pojistné doby a ani následná poporodní péče, která souvisí s předmětným porodem.

E) Doba platnosti pojistné smlouvy, pojistné období

Pojištění vzniká dnem a časem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění a pro pojistné smlouvy sjednané distančním způsobem se sjednává, že toto platí pouze za předpokladu, že došlo k úhradě prvního pojistného před sjednaným počátkem pojištění a pojistná smlouva (nabídka) tak byla zaplacením prvního pojistného akceptována ze strany pojistníka v navrhovaném rozsahu. V opačném případě nedojde k uzavření pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se považuje též za pojistku. Pojištění se sjednává na dobu určitou a končí dnem a časem uvedeným v pojistné smlouvě jako konec pojištění. Pojistné období je shodné s pojistnou dobou, na kterou se pojištění sjednává. Pojištění nelze uzavřít se zpětnou platností.

Minimální délka trvání pojištění v tarifu Welcome Standard a Welcome Plus je 1 měsíc, v tarifu Welcome Komplex je 4 měsíce a v tarifu Welcome Baby a Welcome Děť+ je 12 měsíců.

F) Způsoby zániku pojištění, odstoupení od pojistné smlouvy

Pojištění zaniká dohodou mezi pojistníkem a pojistitelem; uplynutím pojistné doby; zánikem pojistného zájmu; zánikem pojistného nebezpečí; dnem smrti pojištěné osoby nebo dnem zániku právnické osoby bez právního nástupce, a/nebo smrtí či zánikem pojistníka dle čl. 7, odst. 4 VPP; uplynutím tří měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, nebyl-li prokázán souhlas pojištěné osoby, je-li tento souhlas dle obecně závazných právních předpisů vyžadován; dnem odmítnutí pojistného plnění pojistitelem dle čl. 5, odst. 5 VPP. Pojištění může dále zaniknout výpovědí ze strany pojistitele nebo pojistníka. Pojistník nebo pojistitel může pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo s měsíční výpovědní dobou do tří měsíců ode dne oznámení pojistné události. Pojistník může dále pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou, porušil-li pojistitel pro určení výše pojistného či pro výpočet výše pojistného plnění princip rovného zacházení; do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele; nebo do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti. Ze strany pojistitele může být pojištění vypovězeno s osmidenní výpovědní dobou, při zvýšení pojistného rizika v rozsahu a za podmínek uvedených v čl. 5, odst. 8, písm. a) a b) VPP.

Pojištění zaniká také odstoupením od pojistné smlouvy s účinky ke dni uzavření pojistné smlouvy. Pojistník může odstoupit od pojistné smlouvy:

- bez udání důvodu do čtrnácti dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, byla-li pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku nebo mimo obchodní prostory pojistitele;
- zodpoví-li pojistitel nebo jím zmocněný zástupce při sjednávání, případně změně, pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistníka týkající se pojištění. Toto právo může pojistník uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil;
- musel-li si pojistitel být při uzavírání pojistné smlouvy vědom nesrovnalostí mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky a neupozornil na ně pojistníka. Toto právo může pojistník uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil. Pojistitel může odstoupit od pojistné smlouvy, zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání, případně změně, pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil. Odstoupení pojistníka musí být učiněno písemně a zasláno na adresu sídla pojistitele. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do jednoho měsíce ode dne doručení odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil, a pojistník, pojištěný, případně obmýšlený, je povinen ve stejné lhůtě vrátit pojistiteli částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. Právo na odstoupení od pojistné smlouvy zaniká, nebylo-li využito v příslušné lhůtě pro jednotlivé důvody odstoupení tak, jak je výše popsáno. Formulář pro odstoupení od pojistné smlouvy je dostupný na www.ergo.cz v sekci Klientský servis, případně v sídle či na pobočce pojistitele.

G) Informace o výši pojistného

Pojistné je úplata za pojistitelem poskytnuté pojištění v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě. Výši pojistného stanoví pojistitel dle rozsahu pojištění zvoleného zájemcem

o sjednání pojistné smlouvy a je mu sdělena vždy před uzavřením pojistné smlouvy. Výše pojistného je závislá na zvoleném tarifu, na věku pojištěného a rozsahu pojištění.

V pojistném za zdravotní pojištění cizinců jsou nákladové přírázky počítány jako 45 % pojistného.

H) Způsoby placení a splatnost pojistného

Pojistné lze sjednat pouze jako jednorázové pojistné. Jednorázové pojistné je splatné dnem počátku pojištění. Pojistné je pojistník povinen uhradit za celou pojistnou dobu jednou při uzavření pojistné smlouvy. Je-li pojistné hrazeno prostřednictvím peněžního ústavu, banky nebo provozovatele poštovních služeb, je pojistné uhrazeno dnem odeslání celé částky na příslušný účet pojistitele vedený u peněžního ústavu nebo zaplacením celé částky v hotovosti pojistiteli nebo osobě oprávněné pojistitelem k převzetí pojistného.

První pojistné je možné uhradit i v hotovosti. Pojistné musí být placeno v tuzemské měně, pokud není dohodnuto jinak.

Pojistné zaplacené bez nebo se špatným variabilním symbolem je považováno za neuhrazené.

I) Poplatky

Pojistitel si neúčtuje zvláštní poplatky za použití prostředku komunikace na dálku. Nad rámec pojistného se vybírají následující poplatky:

Zpracování výpovědi pojistné smlouvy do 2 měsíců od uzavření pojištění	40 % nespotřebovaného pojistného
Vydání duplikátu pojistky / aktuální stav smlouvy ze systému	50 Kč
Vydání fotokopie návrhu / smlouvy z externího archivu	100 Kč
Vystavení potvrzení o zaplacení pojistného (na žádost)	50 Kč
Ukončení pojištění v případě zániku pojistného zájmu	40 % nespotřebovaného pojistného

J) Právo platné pro pojistnou smlouvu, řešení sporů

Veškeré pojistné smlouvy sjednané se společností ERGO pojišťovna, a.s. se řídí právním řádem České republiky. K projednání sporů jsou příslušné soudy v České republice.

Zájemce o uzavření pojistné smlouvy může na vyžádání obdržet další informace týkající se zdravotního pojištění cizinců. Jedná-li se o pojistnou smlouvu uzavřenou formou obchodu na dálku, má pojistník právo obdržet kdykoli během trvání pojistné smlouvy pojistné podmínky v tištěné podobě.

3. Prohlášení pojistníka

- Byl jsem jasným a přesným způsobem, písemně a v českém jazyce informován o podmínkách uzavření pojistné smlouvy, jakož i s rozsahem pojistného krytí, pojistné ochrany a pojistného plnění. Seznámil jsem se s výše uvedenými písemnými informacemi pro zájemce o sjednání pojistné smlouvy a současně mi byly předloženy k seznámení a prostudování Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců – WELCOME 170901. Prohlašuji, že jsem porozuměl veškerým podmínkám uzavření pojistné smlouvy, včetně příslušného výkladu pojmů.
- Jsem srozuměn s tím, že všechny otázky týkající se pojistného rizika při sjednávání pojistné smlouvy jsou pro pojistitele podstatné pro stanovení výše pojistného a pro rozhodnutí, zda tuto pojistnou smlouvu uzavře (zaváže se k pojistné ochraně). Prohlašuji, že jsem byl před uzavřením pojistné smlouvy seznámen s výší pojistného.
- Jsem srozuměn se skutečností, že nepravdivé zodpovězení jakékoliv otázky týkající se pojistného rizika při sjednávání pojistné smlouvy může způsobit následky uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách či v příslušných ustanoveních občanského zákoníku.
- Jsem srozuměn se skutečností, že jsem povinen nahlásit jakoukoliv změnu týkající se pojistného rizika v době trvání pojištění, tzn. jakoukoliv změnu zodpovězených otázek týkajících se pojistného rizika v pojistné smlouvě (není rozhodující, zdali je považuji v tomto ohledu za otázky relevantní), a že porušení této povinnosti může způsobit následky uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách či v příslušných ustanoveních občanského zákoníku.
- Jsem informován o tom, že pojistnou smlouvu je možno do dvou měsíců od jejího uzavření vypovědět. Výpovědní doba je 8 dní. Pojistitel má v tomto případě právo na úhradu nákladů spojených se vznikem a správou pojištění ve výši 50 % z předepsaného pojistného, maximálně však 1.000 Kč na každou pojištěnou osobu.

Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců - WELCOME 170901

Část I. Úvodní ustanovení	4
Článek 1 Předmět pojištění	4
Článek 2 Pojistná událost	4
Článek 3 Územní platnost pojištění	4
Článek 4 Vznik a trvání pojištění	4
Článek 5 Zánik pojištění	4
Článek 6 Pojistný zájem	5
Článek 7 Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby	5
Článek 8 Změna pojistného rizika	5
Článek 9 Pojistné	5
Článek 10 Rozsah pojištění	5
Článek 11 Asistenční služby	6
Článek 12 Čekací doba	6
Článek 13 Výplata a splatnost pojistného plnění	6
Článek 14 Odmítnutí a snížení pojistného plnění	7
Článek 15 Výluky z pojištění	7
Článek 16 Nepojistitelné osoby	7
Článek 17 Povinnosti pojistníka a pojištěného	7
Článek 18 Důsledky porušení povinností	8
Článek 19 Oprávnění pojistitele zjišťovat a přezkoumávat údaje pojistníka a pojištěného	8
Část II. Závěrečná ustanovení	8
Článek 20 Poplatky	8
Článek 21 Právní jednání, doručování	8
Článek 22 Závěrečná ustanovení	9
Část III. Výklad pojmů	9
Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Standard	10
Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Plus	10
Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Baby	10
Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Dítě+	10
Informativní přehled rozsahu pojištění	11

Část I. Úvodní ustanovení

Pro zdravotní pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a.s. (dále jen „pojistitel“), platí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OZ“), příslušná ustanovení zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, tyto Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců – WELCOME 170901 (dále jen „VPP“), které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy, a případná další smluvní ujednání, která jsou rovněž nedílnou součástí pojistné smlouvy. Pojištění splňuje podmínky zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, v platném znění.

Pojištění mohou jako pojistníci uzavírat pouze fyzické osoby s bydlištěm v České republice, případně právnické osoby, které mají v České republice sídlo či odštěpný závod, ke kterému se pojištění vztahuje.

Článek 1 Předmět pojištění

1. Předmětem pojištění jsou léčebné výlohy pojištěného vzniklé v důsledku jeho onemocnění či úrazu při pobytu na území České republiky, není-li stanoveno jinak.
2. Předmětem pojištění jsou též náklady spojené s repatriací pojištěného.
3. Pojištění dle těchto VPP se sjednává jako pojištění škodové.

Článek 2 Pojistná událost

1. Za pojistnou událost se v rámci zdravotního pojištění cizinců považují prokazatelně vynaložené náklady na léčebné výlohy pojištěného během trvání pojištění.

Článek 3 Územní platnost pojištění

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým došlo na území ČR a též při výjezdech z ČR do ostatních států Schengenského prostoru. Je-li sjednáno pojištění v tarifu Welcome Komplex, Welcome Baby nebo Welcome Dítě+, je při výjezdech z ČR na území ostatních států Schengenského prostoru poskytována pojistná ochrana pouze v rozsahu „nutné a neodkladné zdravotní péče“ dle tarifu Welcome Plus.
2. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, pojištění se nevztahuje na pojistné události vzniklé:
 - a) ve státech, v nichž je pojištěný státním příslušníkem;
 - b) ve státech, ve kterých je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění nebo kde má nárok na bezplatnou zdravotní péči.
 - c) při výjezdu z ČR do ostatních států Schengenského prostoru v souvislosti s výkonem pracovní činnosti nebo jiné činnosti konané za úplatu.

Článek 4 Vznik a trvání pojištění

1. Pojištění vzniká dnem a časem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění a pro pojistné smlouvy sjednané distančním způsobem se sjednává, že toto platí pouze za předpokladu, že došlo k úhradě prvního pojistného před sjednaným počátkem pojištění a pojistná smlouva (nabídka) tak byla zaplacením prvního pojistného akceptována ze strany pojistníka v navrhovaném rozsahu. V opačném případě nedojde k uzavření pojistné smlouvy. Pojistná ochrana je poskytována při současném splnění těchto podmínek:
 - a) nastal den a čas počátku pojištění uvedený v pojistné smlouvě a
 - b) bylo zaplaceno pojistné v plné výši.
2. Pojištění se sjednává na dobu určitou, doba trvání pojištění je omezena na počet dní uvedený v pojistné smlouvě. Pojištění končí dnem a časem uvedeným v pojistné smlouvě jako konec pojištění. Pokud léčebná péče pokračuje i po skončení pojištění a pojištěný není způsobilý k repatriaci, poskytuje pojistitel pojistnou ochranu do té doby, než se pojištěný stane způsobilým k převozu, maximálně však po dobu 4 týdnů (tj. 28 dnů) od konce pojištění.

Článek 5 Zánik pojištění

1. Pojištění může zaniknout dohodou pojistitele a pojistníka.
2. Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
3. Pojištění zaniká zánikem pojistného zájmu. Pojistitel má právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.

4. Pojištění zanikne uplynutím tří měsíců lhůty ode dne uzavření pojistné smlouvy, nebyl-li prokázán souhlas pojištěné osoby, je-li tento souhlas dle obecně závazných právních předpisů vyžadován.
5. Pojištění zaniká dnem odmítnutí pojistného plnění pojistitelem, pokud příčinou odmítnutí byla skutečnost:
 - a) o které se pojistitel dozvěděl až po vzniku pojistné události,
 - b) kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl pojistitel zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti pojistníka k pravdivým sdělením a
 - c) při jejíž znalosti při uzavírání pojistné smlouvy by pojistitel tuto pojistnou smlouvu neuzavřel, nebo by ji uzavřel za jiných podmínek.
6. Pojištění mohou obě smluvní strany vypovědět:
 - a) do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidená výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zaniká;
 - b) do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní doba jeden měsíc, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
7. Pojištění může pojistník vypovědět s osmidená výpovědní dobou:
 - a) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel porušil pro určení výše pojistného či pro výpočet výše pojistného plnění princip rovného zacházení stanovený v OZ;
 - b) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele;
 - c) do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.
8. Pojištění může pojistitel vypovědět:
 - a) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu byla oznámena změna rozsahu pojistného rizika dle čl. 8, odst. 5 VPP, pokud by při existenci takového pojistného rizika v době uzavření pojistné smlouvy pojistnou smlouvu neuzavřel. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidená výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zaniká;
 - b) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl o zvýšení pojistného rizika, v případě, že mu tato změna nebyla pojistníkem či pojištěným oznámena. Dnem doručení výpovědi pojištění zaniká.
9. Pojistník může odstoupit od pojistné smlouvy:
 - a) bez udání důvodu do čtrnácti dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, byla-li pojistná smlouva uzavřena formou ochodu na dálku nebo mimo obchodní prostory pojistitele;
 - b) zodpoví-li pojistitel nebo jím zmocněný zástupce při sjednávání, případně změně, pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistníka týkající se pojištění. Toto právo může pojistník uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil;
 - c) musel-li si pojistitel být při uzavírání pojistné smlouvy vědom nesrovnalostí mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky a neupozornil na ně pojistníka. Toto právo může pojistník uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil.
10. Pojistitel může odstoupit od pojistné smlouvy, zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání, případně změně, pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil.
11. Odstoupení pojistníka musí být učiněno písemně a zasláno na adresu sídla pojistitele. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do jednoho měsíce od dne doručení odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil, a pojistník, pojištěný, případně obmyslený, je povinen ve stejné lhůtě vrátit pojistiteli částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
12. Právo na odstoupení od pojistné smlouvy zaniká, nebylo-li využito ve stanovené lhůtě.
13. Pojištění zaniká též zánikem pojistného nebezpečí, smrtí pojištěné osoby nebo dnem zániku právnické osoby bez právního nástupce, nebo smrtí či zánikem

pojistníka ve smyslu čl. 7, odst. 4 VPP.

14. V případě zániku či výpovědi pojištění náleží pojistiteli pojistné do konce trvání pojištění.

Článek 6 Pojistný zájem

1. Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události a je základní podmínkou vzniku a trvání pojištění.
2. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Má se za to, že pojistník má pojistný zájem i na životě a zdraví třetí osoby, osvědčí-li zájem podmíněný vztahem k této osobě (tj. příbuzenství, podmíněný prospěch či výhoda z pokračování života této osoby apod.).
3. Pojistník má pojistný zájem na vlastním majetku. Má se za to, že pojistník má pojistný zájem i na majetku třetí osoby v případě, že prokáže, že by mu bez jeho existence a uchování hrozila přímá majetková ztráta.
4. Má se za to, že pojistný zájem pojistníka byl prokázán v případě, že pojištěný dal souhlas k pojištění.
5. Neměl-li pojistník pojistný zájem a pojistitel o tom při uzavření pojistné smlouvy věděl nebo musel vědět, je pojistná smlouva neplatná.
6. Pojistil-li pojistník vědomě neexistující pojistný zájem, ale pojistitel o tom nevěděl ani nemohl vědět, je pojistná smlouva neplatná. Pojistiteli náleží v takovém případě odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl.
7. Zanikne-li pojistný zájem za trvání pojištění, zanikne i pojištění. V takovém případě má pojistitel právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.

Článek 7 Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby

1. Uzavře-li pojistník ve vlastní prospěch pojistnou smlouvu vztahující se na pojistné nebezpečí jako možnou příčinu vzniku pojistné události u třetí osoby, může uplatnit právo na pojistné plnění, pokud prokáže, že třetí osobu s obsahem pojistné smlouvy seznámil a že ta, vědoma si, že právo na pojistné plnění nenabude, souhlasí, aby pojistník pojistné plnění přijal. Má-li být pojištěným potomek pojistníka, který není plně svéprávný, vyžaduje se zvláštní souhlas, pokud je pojistník sám zákonným zástupcem pojištěného a nejedná se o pojištění majetku.
2. Vyžaduje-li se souhlas pojištěného, popřípadě jeho zákonného zástupce, a neprokáže-li pojistník souhlas do tří měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, zaniká pojištění uplynutím této doby. Nastane-li v této době pojistná událost, aniž byl souhlas pojištěného udělen, nabývá právo na pojistné plnění pojištěný.
3. Postoupí-li pojistník pojistnou smlouvu bez souhlasu pojištěného, popřípadě jeho zákonného zástupce, nepřihlízí se k postoupení pojistné smlouvy. To neplatí, je-li postupníkem osoba, u níž se souhlas k pojištění pojistného nebezpečí pojištěného nevyžaduje.
4. Dnem pojistníkovy smrti, nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce vstupuje do pojištění pojištěný; oznámí-li však pojistiteli v písemné formě do třiceti dnů ode dne pojistníkovy smrti, nebo ode dne jeho zániku, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka. Účinky prodlení vůči pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím patnácti dnů ode dne, kdy se pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl.
5. Je-li pojistná smlouva uzavřena ve prospěch třetí osoby, může s ní tato osoba projevit souhlas i dodatečně při uplatnění práva na pojistné plnění. Třetí osoba má na pojistné plnění právo, dal-li pojištěný, popřípadě jeho zákonný zástupce třetí osobě souhlas k přijetí pojistného plnění poté, co byl seznámen s obsahem pojistné smlouvy.
6. Je-li ve prospěch třetí osoby pojištěno cizí pojistné nebezpečí, použijí se ustanovení odstavců 1 až 4 tohoto článku obdobně.

Článek 8 Změna pojistného rizika

1. Změní-li se okolnosti, které byly uvedeny v pojistné smlouvě nebo na které se pojistitel tázal při sjednávání či změně pojistné smlouvy, tak podstatně, že zvyšují pravděpodobnost vzniku pojistné události z výslovně ujednaného pojistného nebezpečí, zvýší se pojistné riziko.
2. Pojistník nesmí bez pojistitelova souhlasu učinit nic, co zvyšuje pojistné nebezpečí, ani to třetí osobě dovolit; zjistí-li až dodatečně, že bez pojistitelova souhlasu dopustil, že se pojistné nebezpečí zvýšilo, pojistiteli to bez zbytečného

odkladu oznámí. Zvýší-li se pojistné nebezpečí nezávisle na pojistníkově vůli, oznámí to pojistník pojistiteli bez zbytečného odkladu poté, co se o tom dozvěděl. Je-li pojištěno cizí pojistné riziko, má tuto povinnost pojištěný.

3. V případě, že by pojistitel uzavřel pojistnou smlouvu za jiných podmínek, pokud by pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu existovalo již při uzavírání pojistné smlouvy, má právo navrhnout novou výši pojistného. Neučiní-li tak do jednoho měsíce ode dne, kdy mu změna byla oznámena, jeho právo zaniká.
4. Není-li návrh na zvýšení pojistného dle odst. 3 tohoto článku přijat do jednoho měsíce ode dne doručení návrhu na zvýšení pojistného nebo není-li nově určené pojistné zapláceno do jednoho měsíce ode dne doručení návrhu na zvýšení pojistného, má pojistitel právo pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou. Toto právo pojistitele zaniká, nevyhoví-li pojistitel pojištění do dvou měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas s návrhem na zvýšení pojistného, nebo kdy marně uplynula doba k jeho přijetí.
5. V případě, že by pojistitel vzhledem k podmínkám platným v době uzavření pojistné smlouvy neuzavřel pojistnou smlouvu, existovalo-li by pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu již při uzavírání pojistné smlouvy, má právo pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou. Nevyhoví-li pojistitel pojištění do jednoho měsíce ode dne, kdy mu změna pojistného rizika byla oznámena, zanikne jeho právo takto vypovědět pojištění.
6. Poruší-li pojistník nebo pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika, má pojistitel právo pojištění vypovědět bez výpovědní doby. Vypoví-li pojistitel pojištění, náleží mu pojistné až do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo; jednorázové pojistné náleží pojistiteli v tomto případě celé. Nevyhoví-li pojistitel pojištění do dvou měsíců ode dne, kdy se o zvýšení pojistného rizika dozvěděl, zanikne jeho právo takto vypovědět pojištění.
7. Poruší-li pojistník nebo pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které by měl obdržet, kdyby se byl o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděl.
8. Ustanovení o zvýšení pojistného rizika se nepoužijí, pokud ke zvýšení rizika došlo z důvodu odvracení nebo zmenšení škody vyšší, nebo v důsledku pojistné události, anebo v důsledku jednání z příkazu lidskosti.

Článek 9 Pojistné

1. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, není-li dohodnuto jinak.
2. Pojistník je povinen uhradit pojistné ve stanovené výši.
3. Pojistné se hradí v hotovosti nebo na účet určený pojistitelem s uvedením variabilního symbolu, kterým je číslo pojistné smlouvy. Pojistné zaplacené bez nebo se špatným variabilním symbolem je považováno za neuhrazené.
4. Pojistné je sjednáno jako jednorázové pojistné.
5. Pojistné je splatné dnem počátku pojištění.
6. Pojistné se považuje za uhrazené:
 - a) při placení převodem z účtu okamžikem připsání příslušné částky pojistného na účet pojistitele pod správným variabilním symbolem; pro platbu prvního pojistného se však pojistné považuje za uhrazené okamžikem odesání příslušné částky pojistného z účtu, ze kterého je pojistné hrazeno;
 - b) při placení prostřednictvím pošty dnem podání platby na poštu;
 - c) při placení v hotovosti dnem zaplacení zástupci pojistitele proti vydanému potvrzení o přijetí platby.
7. Výše pojistného se řídí vstupním věkem pojištěného, zvoleným tarifem a délkou pojištění.
8. Nastala-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojistiteli za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno, nebylo-li dohodnuto jinak.

Článek 10 Rozsah pojištění

1. Pojištění se sjednává v rozsahu „komplexní zdravotní péče“, která je poskytována v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění, avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění. Pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a není totožné s pojištěním pro případ nemoci podle § 2847 a násl. OZ, ve znění pozdějších předpisů.

2. Pojištění se vztahuje na ošetření onemocnění, úrazů a jiných skupin diagnóz, které vznikly po počátku pojištění.
3. Pojištění se vztahuje pouze na léčebnou péči poskytovanou oprávněným zdravotnickým personálem.
4. Pojištění se vztahuje na:
 - a) ambulantní lékařské ošetření;
 - b) léky na základě lékařského předpisu; za léky se nepovažují podpůrné preparáty, a to i pokud jsou předepsány lékařem a obsahují léčebné prvky, preventivní léky, kosmetické přípravky a drogy;
 - c) zdravotnické prostředky související s léčbou pojištěného (sádra, bandáž, berle apod.);
 - d) fyzikální terapie, pokud je předepsána lékařem, např. léčba ozařováním, teplem apod.;
 - e) diagnostická vyšetření (RTG, EEG, EKG apod.);
 - f) v případě stacionárního ošetření standardní umístění v nemocnici dle pravidel místního zákonného zaopatření, která je pod stálým lékařským dohledem, disponuje dostačujícími terapeutickými a diagnostickými možnostmi, pracuje podle všeobecně uznávaných vědeckých metod a vede kartotéky;
 - g) náklady na zdravotně indikovaný převoz do nejbližší vhodné nemocnice nebo k lékaři;
 - h) bezodkladné operace;
 - i) náklady na léky pořízené na základě lékařského předpisu;
 - j) kontrolní vyšetření, pokud první ošetření předmětné diagnózy bylo pojistitelem hrazeno;
 - k) stomatologické ošetření v důsledku úrazu.
5. Pojištění se dále vztahuje na:
 - a) dispenzární péči vztahující se k onemocněním a úrazům, jejichž příčina vznikla po počátku pojištění;
 - b) ošetření v souvislosti s alergií, jedná-li se u pojištěné osoby o první výskyt daného typu alergie včetně následných nezbytných alergologických či imunologických vyšetření; nevztahuje se však na léky a veškeré podpůrné přípravky související s danou diagnózou;
 - c) veškerou lékařskou péči, kterou pojištěná osoba podstoupí v souvislosti s těhotenstvím a porodem v ČR ve smluvním zařízení pojistitele nebo jiném zařízení předem schváleném pojistitelem. Touto péčí se rozumí veškeré lékařské prohlídky, které pojištěná osoba podstoupí v průběhu těhotenství, porod, následná kontinuální poporodní hospitalizace a první následné gynekologické vyšetření v šestinedělí po propuštění z porodnice;
 - d) stomatologické ošetření za účelem odstranění bolesti, zubní výplň v jednoduchém provedení a nezbytnou opravu zubní protéz, to vše do celkové výše 6.000 Kč za pojistný rok pro jednotlivou pojištěnou osobu v rámci všech jejich pojistných smluv.
6. Pojištění se vztahuje též na preventivní péči v následujícím rozsahu:
 - a) pro děti od 0 do 5 let věku veškeré preventivní prohlídky u praktického lékaře do maximálního limitu 3.000 Kč za pojistný rok (podmínkou je uzavření pojistné smlouvy na dobu minimálně 12 měsíců);
 - b) pro děti do 18 let věku jednou v průběhu pojistného roku preventivní prohlídka u praktického lékaře;
 - c) pro dospělého jednou za dva pojistné roky preventivní prohlídka u praktického lékaře;
 - d) pro ženy od 15 let věku jednou v průběhu pojistného roku preventivní prohlídka u gynekologa;
 - e) jednou v průběhu pojistného roku preventivní prohlídka u stomatologa;
 - f) povinná očkování do maximálního limitu 1.000 Kč za pojistný rok.
7. Pojistitel poskytne pojistné plnění za zdravotní péči poskytnutou maximálně v rozsahu nároku občanů ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu platných právních předpisů.
8. Dojde-li k úmrtí pojištěného následkem úrazu nebo nemoci jsou pojištěny přiměřeně a účelně vynaložené náklady na:
 - a) kremaci v místě úmrtí;
 - b) repatriaci, tj. výlohy na dočasnou rakev, balzamování a přepravu ostatků v souladu s příslušnými právními předpisy.
9. Celkové pojistné plnění na jednu pojistnou událost je omezeno částkou 80.000 EUR. Tato částka je limitní a nelze ji v součtu jednotlivých nákladů na léčebnou péči včetně případné repatriace překročit.

Článek 11 Asistenční služby

1. Asistenční služba je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele.
2. Asistenční služba nebo jiný pověřený zahraniční zástupce pojistitele mají právo jednat jménem pojistitele v případě veškerých škodných či pojistných událostí a doporučit příp. vyhledat vhodné zdravotnické zařízení.
3. Pomoc asistenční služby je poskytována v případě potřeby:
 - a) převozu, přeložení, přepravy v případě nemoci či úrazu pojištěného;
 - b) převozu tělesných ostatků pojištěného;
 - c) zaručení se za pojistnou ochranu a úhradu nákladů za ošetření ze strany pojistitele.

Článek 12 Čekací doba

1. Čekací doba se uplatňuje pouze na pojištění sjednané v rozsahu „komplexní zdravotní péče“. Její běh začíná dnem počátku pojištění.
2. Na zdravotní péči související s těhotenstvím dle čl. 10, odst. 5, písm. c) VPP se vztahuje čekací doba v délce 3 měsíců, tzn., že pojistnou událostí není těhotenství pojištěné osoby a péče s ním spojená, které nesporně vzniklo před uplynutím třetího měsíce pojistné doby.
3. Na porod a následnou zdravotní péči dle čl. 10, odst. 5, písm. c) VPP se vztahuje čekací doba v délce 8 měsíců, tzn., že pojistnou událostí není porod, ke kterému došlo před uplynutím osmého měsíce pojistné doby a ani následná poporodní péče, která souvisí s předmětným porodem.
4. Čekací doba dle odst. 2 a 3 tohoto článku se neuplatní v případě nutného ošetření při ohrožení života matky a dítěte v případě komplikací v těhotenství, kdy bude hrazeno pojistné plnění dle rozsahu „nutné a neodkladné zdravotní péče“.
5. Čekací doba odpadá v případě, že pojištěná osoba měla u pojistitele sjednáno zdravotní pojištění cizinců minimálně po dobu jednoho roku bezprostředně předcházejícího počátku pojištění.

Článek 13 Výplata a splatnost pojistného plnění

1. Dojde-li k pojistné události po počátku pojistné ochrany, poskytne pojistitel za podmínek stanovených v pojistné smlouvě pojistné plnění. Pojistné plnění je splatné v ČR v tuzemské měně a je poskytováno pojištěnému nebo tomu, kdo má právo na pojistné plnění. Pro přepočítání cizí měny se použije kurz oficiálně vyhlášený Českou národní bankou ke dni vzniku pojistné události.
2. Horní hranice pojistného plnění je stanovena pojistnou částkou a může být omezena limitem pojistného plnění.
3. Pojistitel ukončí šetření a sdělí jeho výsledky oprávněné osobě ve lhůtě 3 měsíců ode dne oznámení škodné události pojistiteli. Nemůže-li pojistitel ukončit šetření v této lhůtě, sdělí osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody pro které nelze šetření ukončit, a poskytne jí na její žádost přiměřenou zálohu, není-li rozumný důvod k jejímu odepření. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného. Pojistné plnění je splatné do 15 pracovních dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
4. Pojistitel je oprávněn výplatu pojistného plnění nebo zálohy na pojistné plnění odložit, jestliže:
 - a) existuje pochybnost o oprávněnosti výplaty pojistného plnění, a to až do dodání potřebných důkazů;
 - b) proti pojistníkovi nebo pojištěnému bylo zahájeno trestní, správní či jiné soudní řízení v souvislosti se škodnou událostí, a to až do skončení tohoto řízení.
5. Bylo-li pojistné plnění, popř. záloha na pojistné plnění vyplacena neoprávněně, je osoba, které bylo pojistné plnění vyplaceno, povinna toto bezodkladně vrátit, a to i po skončení pojištění.
6. Pokud byly náklady na šetření vynaložené pojistitelem vyvolány nebo zvýšeny porušením povinnosti pojistníkem, pojištěným nebo jinou osobou, která uplatňuje na pojistné plnění právo, má pojistitel právo požadovat na tom, kdo povinnost porušil, přiměřenou náhradu.
7. Jestliže pojištěnému vznikne v souvislosti s pojistnou událostí vůči třetí osobě nárok na finanční úhradu, která je předmětem tohoto pojištění, přechází jeho právo na pojistitele, a to do výše pojistného plnění vyplaceného na základě

- pojistné smlouvy. Pokud se pojištěný tohoto práva či nároku bez svolení pojistitele vzdá, nevzniká povinnost pojistitele plnit do výše nároku vůči třetí osobě. V případě, že pojistné plnění již bylo vyplaceno, je pojištěný povinný toto pojistné plnění pojistiteli vrátit co do výše nároku vůči třetí osobě.
8. Pokud pojištěný obdrží úhradu od třetí osoby, která je povinna tuto úhradu poskytnout, je pojistitel oprávněn odpovídajícím způsobem pojistné plnění snížit. Pojištěný je povinen o této skutečnosti pojistitele bezodkladně informovat.
 9. Pokud existuje nárok pojištěného na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění či podobného zákonného zabezpečení, je pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění jen nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění či jiného zákonného zabezpečení. Pojištěný není oprávněn se těchto svých nároků vzdát. Pokud tak učiní, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit o částku odpovídající výši tohoto nároku.
 10. Nároky na pojistné plnění mohou být postoupeny pouze s předchozím písemným souhlasem pojistitele.

Článek 14 Odmítnutí a snížení pojistného plnění

1. Pojistitel může odmítnout pojistné plnění z pojistné smlouvy, jestliže příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek.
2. Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění dle odst. 1 tohoto článku pojištění zanikne.
3. Porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností uvedených v pojistné smlouvě a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění přiměřeně snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet.
4. Pokud mělo porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. To platí i v případě, kdy porušení povinností znemožnilo předložení důkazů o tom, že nastala pojistná událost ve smyslu těchto VPP.
5. Pojistitel je oprávněn ke snížení pojistného plnění v případě poskytnutí nadstandardní lékařské péče a to na nutnou a přiměřenou míru podle posudku odborného lékaře určeného pojistitelem.

Článek 15 Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na:
 - a) ošetření onemocnění, úrazů a jiných skupin diagnóz, které existovaly před počátkem pojištění;
 - b) zdravotní péči, která není hrazena občanům ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu platných obecně závazných právních předpisů;
 - c) zdravotní péči, která je pojištěné osobě poskytnuta ve zdravotnickém zařízení, které tuto péči standardně neposkytuje občanům ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu platných obecně závazných právních předpisů (např. některé soukromé kliniky, či jiná zdravotnická zařízení, jež nemají poskytované služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění) s výjimkou akutního ohrožení života;
 - d) náklady na léky, které pojištěný pořídil bez lékařského předpisu;
 - e) náklady na kosmetické ošetření a jeho následky, chiropraktické výkony nebo terapie;
 - f) zhotovení a úpravy protéz, ortéz, brýlí, kontaktních čoček, naslouchacích přístrojů a obdobných pomůcek;
 - g) přerušení těhotenství, nejde-li o ohrožení života nebo zdraví ženy nebo geneticky vadný vývoj plodu, tzn., že se jedná o případy, kdy je přerušení těhotenství z lékařského hlediska odůvodnitelné;
 - h) léčení neplodnosti či sterility a umělé oplodnění;
 - i) lékařský zákrok a jeho případné následky, pokud pojištěný podnikl cestu do ČR nebo zahraničí za účelem podstoupení tohoto lékařského zákroku;

- j) náklady za ošetření, které bylo provedeno příbuzným pojištěného (např. manželem, manželkou, rodiči);
- k) lázeňské a sanatorní ošetření a rehabilitační opatření;
- l) náklady na ošetření vzniklé jako důsledek aplikace léčení, které není odbornou lékařskou veřejností považováno za postup lege artis;
- m) ošetření onemocnění, úrazů a jejich následků, které jsou způsobeny válečnými událostmi nebo účastí na hromadných protestech, akcích občanské neposlušnosti, či jiných nepokojích;
- n) ošetření úrazů vzniklých při řízení motorových vozidel bez příslušného oprávnění (řidičský průkaz), pokud nastanou mimo území ČR;
- o) převoz, přeložení nebo přepravu s použitím letecké ambulance, není-li přeprava předem schválena asistenční službou;
- p) regulační poplatky a doplátky;
- q) ošetření v souvislosti se spácháním trestného činu a výtržností charakteru přestupku, pokud nastanou mimo území ČR;
- r) ošetření v důsledku sebevraždy či pokusu o ni, pokud nastanou mimo území ČR;
- s) záměrně způsobená onemocnění a úrazy, pokud nastanou mimo území ČR;
- t) úrazy, ke kterým došlo pod vlivem alkoholu, drog či jiných psychotropních látek, pokud nastanou mimo území ČR.

2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, že pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele.
3. Pojištění se nevztahuje na úrazy, které nastanou při parašutizmu a paraglidingu, seskocích s padákem z výšin, při používání bezmotorových letadel, motorových rogal, ultralehkých letadel, raketoplánu, bungee-jumpingu, létání v balónech, vznášedlech; dále se pojištění nevztahuje na úrazy, které nastanou při výkonu služby pilotů, ostatních členů posádky a osob, které služební činnost vykonávají pomocí letadel; pojištění se nevztahuje rovněž na potápění včetně dekompresie, horolezectví, skálolezectví, slézání ledových a vodních vodopádů, rafting, kanoistiku na divoké řece, canoeing, skialpinismus, lyžování mimo vyznačené trasy, motokros a motozávodů, karate, taekwondo, aikido, kung-fu, judo, box, kick-box apod.
4. Pojištění se nevztahuje na sportovní činnost profesionálních sportovců. Za profesionálního sportovce se dle těchto VPP považuje ten, kdo vykonává sportovní činnost pod profesionální smlouvou; ten, kdo se účastní soutěží, závodů, turnajů nebo tréninků či soustředění na úrovni světového poháru, olympiády, mistrovství světa, kontinentu nebo jednotlivých států.
5. Provozování jednotlivých činností uvedených v odstavci 3 a 4 tohoto článku je možno do pojištění po písemné dohodě s pojistitelem zahrnout, popřípadě připojistit za vyšší pojistné a podmínek dle sazebníku pojistitele.

Článek 16 Nepojistitelné osoby

1. Nepojistitelné a tedy nepojištěné jsou:
 - a) osoby s těžkými nervovými poruchami – k těm patří zejména poškození, která s sebou přinášejí silné tělesné omezení resp. omezení denních životních a pracovních činností. Za tyto poruchy se považují mimo jiné stádia roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy (ALS), Morbus Parkinson, stav po mrtvici s omezením pohybové schopnosti, epilepsie, nová tvorba tkání (tumory) centrálního nervového systému, polyneuropatie s omezením pohybové schopnosti, těžká poranění mozku nebo míchy s omezením pohybové schopnosti, deprese, záchvaty bezvědomí a závratí;
 - b) osoby s duševními nemocemi. k těm patří zejména maniodepresivní psychózy, schizofrenie a paranoidní poruchy, Morbus Alzheimer a jiné formy demence, psychoorganický syndrom, Downův syndrom, vodnatost mozku (hydrocefalus), autismus;
 - c) osoby s následujícími onemocněními a omezeními: hluchota (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogová, alkoholová závislost a závislost na léčivech, cirhóza jater, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), TBC, dialýza ledvin, infekce HIV, AIDS.
2. U nepojistitelné osoby nedochází ke vzniku pojištění.

Článek 17 Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník i pojištěný jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo při jednání o změně

- pojistné smlouvy, jakož i skutečnosti, které mají význam pro pojistitelovu rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek a to včetně dotazů týkajících se zdravotního stavu pojištěného. Pojistník i pojištěný jsou dále povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změny, které během trvání pojištění nastanou ve skutečnostech, na něž byli tázáni při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo při jednání o změně pojistné smlouvy.
2. Pojistník i pojištěný jsou povinni bezodkladně písemně oznámit pojistiteli každou změnu týkající se pojištěného, pojištění a změny pojistného rizika, zejména pak:
 - a) změnu bydliště, resp. adresy pro doručování;
 - b) oznámit pojistiteli, že uzavřel další pojištění proti těmto pojistnému nebezpečí u jiného pojistitele; přitom je povinen sdělit jméno pojistitele a výši pojistné částky;
 - c) oznámit pojistiteli zánik pojistného zájmu a tento prokázat.
 3. Pojistník i pojištěný jsou povinni provést přiměřená opatření k odvrácení vzniku hrozící škody a dbát, aby pojistná událost nenastala, zejména neporušovat povinnosti směřující k odvrácení nebo zmenšení nebezpečí stanovené obecně závaznými právními předpisy nebo pojistnou smlouvou.
 4. V případě vzniku škodné události jsou pojištěný, pojistník, popř. oprávněná osoba povinni:
 - a) bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že nastala škodná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit všechny potřebné originály dokladů, případně i umožnit pojistiteli pořádit si z těchto dokladů kopie a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě a dle pokynů pojistitele;
 - b) poskytnout pojistiteli na jeho žádost písemně veškeré informace, které jsou potřebné ke stanovení rozsahu povinností pojistitele poskytnout pojistné plnění. Požadované informace mohou být předány také formou písemného sdělení zástupci pojistitele. Případné náklady na vyhotovení požadovaných dokladů nese pojištěný, příp. jiná oprávněná osoba. Doklady předané pojistiteli přecházejí do jeho vlastnictví a ten je oprávněn s nimi dále nakládat;
 - c) na žádost pojistitele zplnomocnit zástupce pojistitele k vyžádání všech údajů od třetí osoby (tj. zejména od lékařů, nemocnic, všech druhů zdravotních zařízení a pojišťoven) a k jednání týkajícího se škodné události;
 - d) usilovat o to, aby všechna hlášení a posudky, které pojistitel vyžaduje, byly vyhotoveny a zaslány pojistiteli bez zbytečného odkladu;
 - e) prokázat pojistiteli datum počátku cesty do zahraničí;
 - f) neprodleně oznámit orgánům činným v trestním řízení vznik škodné události, která nastala za okolností, nasvědčujících spáchání trestného činu, nebo pokusu o něj;
 - g) zabezpečit vůči jinému právo na náhradu vzniklé škody či újmy a jiná obdobná práva a uplatnit nárok na náhradu vzniklé újmy vůči tomu, kdo za ni odpovídá;
 - h) v případě cizojazyčných dokladů dodat pojistiteli úřední překlad do českého jazyka, který nechá vyhotovit na vlastní náklady;
 - i) dodat originály účtů a účetní doklady, které musí obsahovat jméno a příjmení ošetřovaného, označení diagnózy, údaje o jednotlivých lékařských úkonech včetně nákladů na ošetření a veškeré lékařské zprávy týkající se daného ošetření;
 - j) dodat recepty, na kterých musí být zřetelně uveden název předepsaného léku, cena, jméno a příjmení pojištěného a razítko ošetřujícího lékaře;
 - k) při ošetření chrupu předložit pojistiteli lékařskou zprávu, ve které je uvedeno označení jednotlivých zubů a popis provedeného ošetření.
 5. K objasnění povinností poskytnout pojistné plnění může pojistitel požadovat další potřebné doklady a sám provést nutná šetření.

Článek 18 Důsledky porušení povinností

1. Porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností uvedených v pojistné smlouvě či těchto VPP a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet.
2. Pokud mělo porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký

vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. To platí i v případě, kdy porušení povinností znemožnilo předložení důkazů o tom, že pojistná událost nastala ve smyslu těchto VPP.

3. Pojistitel může od pojistné smlouvy odstoupit dle čl. 5, odst. 10 VPP nebo pojistné plnění z pojistné smlouvy odmítnout dle čl. 14, odst. 1 VPP. Od pojistné smlouvy lze takto odstoupit i po vzniku pojistné události.
4. Obsahuje-li oznámení škodné události vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené škodné události, anebo zamlčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zmlčeny. Má se za to, že pojistitel vynaložil náklady v prokázané výši účelně.

Článek 19 Oprávnění pojistitele zjišťovat a přezkoumávat údaje pojistníka a pojištěného

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat všechny potřebné informace o pojistníkovi a pojištěném související s pojištěním. Pojistník i pojištěný jsou povinni odpovídat pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění, změny pojistné smlouvy či v případě škodné události.
2. Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
3. Pojistník i pojištěný svým podpisem pojistné smlouvy souhlasí se zjišťováním údajů o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného ze strany pojistitele, pokud je to pro sjednaný druh pojištění nezbytné a zprůjví lékaře a zaměstnance zdravotních zařízení, úřadů a pojišťoven, u kterých byli, jsou a budou ošetřeni, vedeni v evidenci nebo pojištěni, povinnosti mlčenlivosti a zmocňují je k poskytnutí všech potřebných informací pojistiteli.
4. Pojistitel je dále oprávněn zjišťovat a přezkoumávat pracovní i mimopracovní činnost pojištěného (rozumí se sportovní příp. jiná zájmová činnost). Pojistitel je dále oprávněn přezkoumávat všechny odpovědi pojistníka a pojištěného na písemné dotazy pojistitele.

Část II. Závěrečná ustanovení

Článek 20 Poplatky

Zpracování výpovědi pojistné smlouvy do 2 měsíců od uzavření pojištění	40 % nespotebovaného pojistného
Vydání duplikátu pojistky / aktuální stav smlouvy ze systému	50 Kč
Vydání fotokopie návrhu / smlouvy z externího archívu	100 Kč
Vystavení potvrzení o zaplacení pojistného (na žádost)	50 Kč
Ukončení pojištění v případě zániku pojistného zájmu	40 % nespotebovaného pojistného

Článek 21 Právní jednání, doručování

1. Všechna sdělení pojistníka či pojištěného je nutno zasílat na adresu pojistitele písemně. Zástupci pojistitele jsou oprávněni sdělení převzít, sdělení se však považují za doručená až okamžikem, kdy je pojistitel obdržel.
2. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému se doručují zpravidla držitelem poštovní licence. Mohou být rovněž doručeny i zástupcem pojistitele, a to na jejich poslední pojistiteli známou adresu.
3. Má se za to, že došla zásilka odeslaná s využitím provozovatele poštovních služeb došla třetí pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státu, pak patnáctý pracovní den po odeslání.
4. Odeprou-li pojistník nebo pojištěný písemnost bezdůvodně přijmout, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy její přijetí bylo pojistníkem nebo pojištěným odepřeno.
5. Nebyli-li pojistník či pojištěný zastížení a písemnost pojistitele byla uložena doručovatelem u držitele poštovní licence nebo u místně příslušného obecního úřadu, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem její úložné lhůty, i když se pojistník či pojištěný o jejím uložení nedozvěděli.
6. Pokud pojistník či pojištěný nesplní povinnost stanovenou v čl. 17, odst. 2,

písm. a) VPP a nesdělí pojistiteli svoji novou adresu, považuje se písemnost za doručenou dnem vrácení nedoručitelné písemnosti pojistiteli zpět.

Článek 22 Závěrečná ustanovení

1. Od těchto VPP se lze v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění.
2. Za autentický se považuje český text VPP a smluvních ujednání.
3. Tyto VPP nabývají platnosti a účinnosti dnem 1. září 2017.
4. Pokud by pojistná smlouva trpěla právními vadami v důsledku změny obecné právní úpravy nebo i jinak, nemohou takové právní vady způsobit neplatnost nebo neúčinnost celé pojistné smlouvy. Všechna ustanovení pojistné smlouvy jsou oddělitelná, a pokud se jakékoliv její ustanovení stane neplatným, protiprávním nebo bude v rozporu s veřejným zájmem, platnost ostatních ustanovení tím není dotčena a pojistná smlouva bude posuzována tak, jako by tato neplatná ustanovení nikdy neobsahovala. Namísto neplatného nebo neúčinného ujednání se strany zavazují nahradit tato ustanovení ustanoveními obsahu umožňujícího dosažení účelu této pojistné smlouvy.
5. Pro případné mimosoudní řešení spotřebitelských sporů je v případě životního pojištění příslušným orgánem Finanční arbitř, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, a v oblasti ostatních pojistných odvětví Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Část III. Výklad pojmů

Asistenční služba je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele.

Běžné pojistné je pojistné za sjednané pojistné období.

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

Dojíždění za prací je pravidelné dojíždění pojištěného za účelem výkonu práce mimo území ČR.

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

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

Obmyšlená osoba je osoba určená pojistníkem, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.

Oprávněná osoba je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.

Plátce pojistného je osoba, která plní na základě dohody s pojistníkem povinnost platit pojistné nebo jeho poměrnou část, tím není dotčena odpovědnost pojistníka platit pojistné.

Pojistitel je ERGO pojišťovna, a.s., IČO 618 58 714, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost dle zvláštního zákona.

Pojistka je písemný dokument vystavený pojistitelem sloužící jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy v uvedeném rozsahu.

Pojistná částka je částka sjednaná v pojistné smlouvě, představující maximální možnou částku pojistného plnění splatnou pojistitelem při splnění podmínek a okolností stanovených v pojistné smlouvě.

Pojistná doba je doba, na kterou je pojištění sjednáno.

Pojistná ochrana představuje celkový rozsah krytí ujednaný v pojistné smlouvě.

Pojistná událost je nahodilá skutečnost, s níž je podle ustanovení pojistné smlouvy spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojistné je úplata za sjednané pojištění.

Pojistné nebezpečí je možná příčina vzniku pojistné události.

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

Pojistné riziko je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím.

Pojistník je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a která je povinna platit pojistné.

Pojistný rok je doba od výročního dne počátku pojištění do následujícího výročního dne počátku pojištění.

Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.

Pojištěná osoba/pojištěný je osoba, na jejíž život, zdraví, majetek nebo odpovědnost nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje.

Pojištění je závazek pojistitele s pojistníkem potvrzený pojistnou smlouvou, kdy se pojistitel zavazuje poskytnout pojistníkovi nebo třetí osobě pojistné plnění nastane-li pojistná událost a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné za poskytnutou pojistnou ochranu.

Pojištění obnosové je pojištění, jehož účelem je v případě pojistné události poskytnutí jednorázového či opakovaného pojistného plnění v ujednaném rozsahu, kdy základem pro určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění je částka určená v pojistné smlouvě, kterou má pojistitel v případě vzniku pojistné události vyplatit, anebo výše a četnost vyplácení důchodu.

Pojištění škodové je pojištění, jehož účelem je v ujednaném rozsahu vyrovnání úbytku majetku vzniklého v důsledku pojistné události.

Repatriace je lékařský převoz pojištěného nebo jeho ostatků do domovského státu, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt.

Ostatní státy Schengenského prostoru jsou Belgie, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Island, Itálie, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemí, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko.

Škodná událost je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.

Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušované působení vysokých či nízkých teplot, plynů, par, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození zdraví nebo smrt.

Výročním dnem pojištění se rozumí den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění (tj. výroční den počátku pojištění). Není-li takový den v měsíci, připadne výroční den na poslední den v měsíci.

Zástupce pojistitele je osoba zmocněná k jednání za pojistitele.

Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Standard

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 170901 (dále jen „VPP“).

Odchylně od čl. 10, odst. 1 VPP se pojištění v tarifu Welcome Standard sjednává v rozsahu „nutné a neodkladné zdravotní péče“ a nikoliv v rozsahu „komplexní zdravotní péče“.

1. Odchylně od čl. 10, odst. 9 VPP se sjednává, že celkové pojistné plnění na jednu pojistnou událost je omezeno částkou 60.000 EUR. Tato částka je limitní a nelze ji v součtu jednotlivých nákladů na léčebnou péči včetně případné repatriace překročit.
2. Pojištění se nevztahuje na náklady za ošetření onemocnění, která jsou léčitelná volně prodejnými léky a pomůckami.
3. Pojištění se nevztahuje na úhradu nákladů na ambulantně předepsané léky.
4. Odchylně od čl. 10, odst. 4, písm. j) VPP se pojištění nevztahuje na následná kontrolní vyšetření.
5. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle čl. 10, odst. 5 a 6 VPP s výjimkou nutného ošetření v případě ohrožení života v důsledku alergické reakce, pokud se u pojištěné osoby jedná o první výskyt daného typu alergie.
6. Asistenční služby dle čl. 11 VPP jsou pojištěné osobě poskytnuty pouze v případě, že náklady na ošetření pojištěné osoby přesáhnou 5.000 Kč, případně ekvivalent v cizí měně. Jsou-li náklady na ošetření pojištěné osoby nižší než 5.000 Kč a pojištěná osoba se přesto rozhodne využít asistenčních služeb, je povinna uhradit náklady, které pojistiteli v souvislosti s poskytnutím asistenčních služeb vzniknou, nejméně však 1.500 Kč. Tyto náklady může pojistitel nebo asistenční služba odečíst od pojistného plnění.

Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Plus

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 170901 (dále jen „VPP“)

Odchylně od čl. 10, odst. 1 VPP se pojištění v tarifu Welcome Standard sjednává v rozsahu „nutné a neodkladné zdravotní péče“ a nikoliv v rozsahu „komplexní zdravotní péče“.

1. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle čl. 10, odst. 5, písm. a) VPP (dispenzární péče).
2. Pojištění se odchylně od čl. 10, odst. 5, písm. b) VPP nevztahuje na následná alergologická či imunologická vyšetření.
3. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle čl. 10, odst. 5, písm. c) VPP (těhotenství) s výjimkou nutného ošetření při ohrožení života matky a dítěte v případě komplikací v těhotenství.
4. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle čl. 10, odst. 5, písm. d) VPP (stomatologické ošetření, vyjma pórázového stomatologického ošetření) pokud není pojištění sjednáno na dobu alespoň jednoho roku.
5. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle čl. 10, odst. 6 VPP (preventivní péče).

Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Baby

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 170901 (dále jen „VPP“).

Pojištění se sjednává v rozsahu „komplexní zdravotní péče“ dle čl. 10 VPP.

1. Na pojištění sjednané v tomto tarifu se nevztahuje čekací doba na těhotenství dle čl. 12, odst. 2 VPP.
2. Na pojištění sjednané v tomto tarifu se nevztahuje čekací doba na porod a následnou poporodní péči dle čl. 12, odst. 3 VPP.
3. Rozsah pojištění u tohoto tarifu se rozšiřuje i na lékařskou péči o všechny nově narozené děti pojištěné osoby a to až do jednoho měsíce věku. Tato péče je poskytována v rozsahu „komplexní zdravotní péče“ a rozumí se jí nepřetržitá poporodní hospitalizace, jedna preventivní prohlídka u praktického lékaře po propuštění z porodnice a povinná očkování do maximálního limitu 1.000 Kč.

Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Dítě+

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 170901 (dále jen „VPP“).

Pojištění se sjednává v rozsahu „komplexní zdravotní péče“ dle čl. 10 VPP.

1. Odchylně od čl. 10, odst. 6 VPP se pojištění vztahuje na veškeré preventivní prohlídky včetně očkování u praktického lékaře a stomatologa v rozsahu shodném s veřejným zdravotním pojištěním občanů ČR.

Informativní přehled rozsahu pojištění

Tarif Welcome	Komplexní zdravotní pojištění			Nutná a neodkladná péče	
	Komplex	Baby	Dítě +	Standard	Plus
Celkový limit na pojistnou událost	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Lékařský převoz	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Repatriace tělesných ostatků	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Zubní ošetření - úraz	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč
Ostatní stomatologie	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	ne	6.000 Kč
Ambulantně předepsané léky	ano	ano	ano	ne	ano
Ošetření onemocnění léčitelných volně prodejnými léky	ano	ano	ano	ne	ano
Těhotenství, komplikace v těhotenství, porod	ano ¹⁾	ano	ne	ne	ne ²⁾
Péče o novorozence	ne	ano	ne	ne	ne
Asistenční služby	ano	ano	ano	ano ³⁾	ano
Preventivní péče, očkování	ano ⁴⁾	ano ⁴⁾	ano ³⁾	ne	ne
Dispenzární péče	ano	ano	ano	ne	ne

¹⁾ na těhotenství a porod se vztahují čekací doby v délce 3 a 8 měsíců,

²⁾ neplatí pro případ akutního ohrožení života,

³⁾ pouze v případě ošetření, jehož cena přesáhne 5.000 Kč,

⁴⁾ do limitu dle článku 10, odst. 6 VPP,

⁵⁾ v rozsahu shodném s veřejným zdravotním pojištěním v ČR

V případě pojistné události kontaktujte naši asistenční službu CORIS Praha, a.s. na telefonním čísle +420 261 222 444.



Dodatek č. 1 (dále jen „Dodatek“) ke Smlouvě o poskytování zdravotní péče uzavřené dne 27. 9. 2018 mezi ERGO pojišťovna, a.s., IČO: 61858714 a Krajská zdravotní, a.s., IČO: 25488627 (dále jen „Smlouva“)

I. Strany Dodatku

ERGO pojišťovna, a.s.

se sídlem: Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

IČO: 618 58 714

zastoupená: Ing. Janou Jenšovou, předsedkyní představenstva

Ing. Pavlem Šuranským, MBA, členem představenstva

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném MS v Praze, oddíl B, vložka 2740

(dále jen „**Pojišťovna**“)

a

Krajská zdravotní, a.s.

se sídlem: Sociální péče 3316/12a, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem, Doručovací číslo: 401 13

IČO: 254 88 627

zastoupená: Ing. Petrem Fialou, generálním ředitelem

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném KS v Ústí nad Labem, oddíl B, vložka 1550

(dále jen „**Zdravotnické zařízení**“)

(Pojišťovna a Zdravotnické zařízení společně také „**Smluvní strany**“ a/nebo jednotlivě dále jen jako „**Smluvní strana**“)

II. Preambule

Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti Smluvních stran v souvislosti s navýšením ceny za poskytnutou zdravotní péči v souladu s Cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví ČR 1/2019 DZP ze dne 13.11. 2018 tak, jak je uvedeno níže.

III. Předmět Dodatku

1) V čl. V. Smlouvy „Ceny“ se:

- i. odst. 2. ruší a nahrazuje se následujícím zněním odst. 2.:

*„Cena (hodnota) bodu za poskytnutou zdravotní péči dle Smlouvy se stanoví dle Cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR, který každoročně upravuje maximální cenu (hodnotu) bodu za poskytnutou zdravotní péči, a to ve výši maximální ceny stanovené pro kalendářní rok, v němž byla zdravotní péče poskytnuta. Aktuální cena (hodnota) bodu za poskytnutou zdravotní péči činí ode dne 1.1.2019 **max 1,22 Kč za bod poskytnuté zdravotní péče**“*

IV. Závěrečná ustanovení

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti podpisem Smluvních stran a účinnosti dnem 1.1.2019. Tento Dodatek se uzavírá na dobu shodnou s dobou trvání Smlouvy. Ukončením Dodatku nebo Smlouvy nejsou dotčena sankční ustanovení, ustanovení o mlčenlivosti a další ustanovení, které s přihlédnutím ke všem okolnostem mají přetrvat.

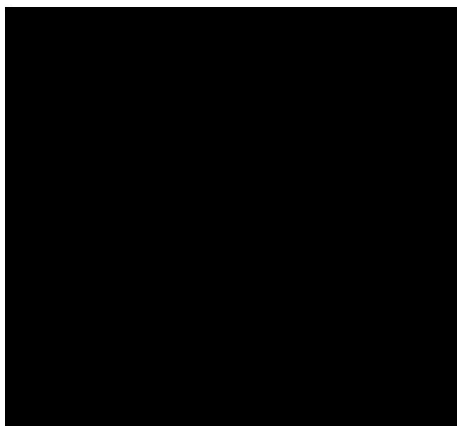
- 2) Smluvní strany berou na vědomí, že termíny označené uvozovkami, zavedené tímto Dodatkem se nemusí shodovat s termíny zavedenými ve Smlouvě a prohlašují, že tento fakt nijak nenarušuje určitost a srozumitelnost Smlouvy a/nebo Dodatku.
- 3) Stanou-li se některá ustanovení Dodatku neúčinnými, není tím účinnost/platnost ostatních ustanovení Dodatku dotčena.
- 4) Tento Dodatek byl vypracován ve 2 (dvou) vyhotoveních, z nichž každá ze zúčastněných Smluvních stran obdrží 1 (jedno) vyhotovení.
- 5) Ostatní ujednání, obsažená ve Smlouvě a nedotčená tímto Dodatkem se nemění a zůstávají v platnosti.
- 6) Na důkaz souhlasu s obsahem tohoto Dodatku, jakož i toho, že nebyl ujednáno v tísní ani za jinak nápadně nevýhodných podmínek, připojují zúčastněné Smluvní strany své vlastnoruční podpisy.

V Praze dne 1.1.2019

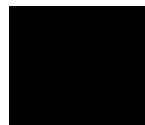
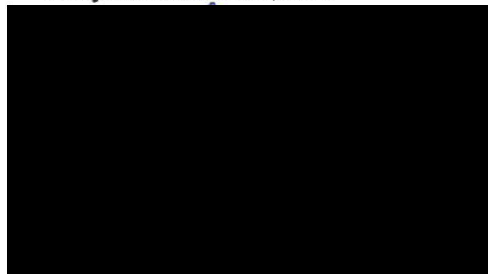
Ústí nad Labem

V dne 01-01-2019

ERGO pojišťovna a.s.



Krajská zdravotní, a.s.



Smlouva o vypořádání závazků

uzavřená dle § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, mezi těmito smluvními stranami (dále jen „**Smlouva o vypořádání závazků**“):

ERGO pojišťovna, a.s.

se sídlem: Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

IČO: 618 58 714

zastoupená: Ing. Janou Jenšovou, předsedkyní představenstva

Ing. Pavlem Šuranským, MBA, členem představenstva

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2740

(dále jen „**Pojišťovna**“)

a

Krajská zdravotní, a.s.

se sídlem: Sociální péče 3316/12a, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem, Doručovací číslo: 401 13

IČO: 254 88 627

zastoupená: Ing. Petrem Fialou, generálním ředitelem

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ústí nad Labem, oddíl B, vložka 1550

(dále jen „**Zdravotnické zařízení**“)

(Pojišťovna a Zdravotnické zařízení společně dále jen „**Smluvní strany**“ a/nebo jen „**Smluvní strana**“)

1. POPIS SKUTKOVÉHO STAVU

- 1.1. Smluvní strany uzavřely dne 27. 9. 2018 Smlouvu o poskytování zdravotní péče (dále jen „**Smlouva**“), jejímž předmětem bylo stanovení podmínek pro zajištění výkonu zdravotní péče poskytované ze strany zdravotnického zařízení v souvislosti s pojistnými událostmi cizinců během jejich pobytu na území České republiky na základě jejich pojištění u Pojišťovny, dále stanovení způsobu určení ceny za takto poskytnutou zdravotní péči a platební podmínky, jakož i úprava právních vztahů vznikajících mezi Pojišťovnou a Zdravotnickým zařízením při této činnosti a dodatek č. 1 ke Smlouvě o poskytování zdravotní péče ze dne 1. 1. 2019, upravujícím práva a povinnosti Smluvních stran v souvislosti s navýšením ceny za poskytnutou zdravotní péči v souladu s Cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví ČR 1/2019 DZP ze dne 13. 11. 2018 (dále jen „**Dodatek**“)
- 1.2. Zdravotnické zařízení je povinným subjektem pro zveřejňování v Registru smluv dle Smlouvy uvedené v ustanovení odst. 1.1., a má povinnost uzavřenou Smlouvu včetně případných dodatků zveřejnit postupem podle zákona č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „**Zákon o registru smluv**“).

- 1.3. Obě Smluvní strany shodně konstatují, že do okamžiku sjednání této Smlouvy nedošlo k uveřejnění Smlouvy ani Dodatku uvedených v odst. 1.1. v Registru smluv, a že jsou si vědomy právních následků s tím spojených.
- 1.4. V zájmu úpravy vzájemných práv a povinností vyplývajících z původně sjednané Smlouvy, s ohledem na skutečnost, že obě Smluvní strany jednaly s vědomím závaznosti uzavřené Smlouvy a v souladu s jejím obsahem plnily, co si vzájemně ujednaly, a ve snaze napravit stav vzniklý v důsledku neuveřejnění Smlouvy v Registru smluv, sjednávají Smluvní strany tuto novou Smlouvu ve znění, jak je dále uvedeno.

2. PRÁVA A ZÁVAZKY SMLUVNÍCH STRAN

- 2.1. Smluvní strany si tímto ujednáním vzájemně stvrzují, že obsah vzájemných práv a povinností, který touto Smlouvou nově sjednávají, je zcela a beze zbytku vyjádřen textem původně sjednané Smlouvy, která tvoří pro tyto účely Přílohu č. 1 této Smlouvy o vypořádání závazků. Lhůty se rovněž řídí původně sjednanou Smlouvou a počítají se od uplynutí 31 (třiceti jedna) dnů od data jejího uzavření.
- 2.2. Smluvní strany prohlašují, že veškerá vzájemně poskytnutá plnění na základě původně sjednané Smlouvy považují za plnění dle této Smlouvy a že v souvislosti se vzájemně poskytnutým plněním nebudou vzájemně vznášet vůči druhé Smluvní straně nároky z titulu bezdůvodného obohacení.
- 2.3. Smluvní strany prohlašují, že veškerá budoucí plnění z této Smlouvy, která mají být od okamžiku jejího uveřejnění v Registru smluv plněna v souladu s obsahem vzájemných závazků vyjádřeným v příloze této Smlouvy o vypořádání závazků, budou splněna podle sjednaných podmínek.
- 2.4. Smluvní strana, která je povinným subjektem pro zveřejňování v registru smluv dle Smlouvy uvedené v odst. 1.1. této Smlouvy o vypořádání závazků, se tímto zavazuje druhé Smluvní straně k neprodlenému zveřejnění této Smlouvy o vypořádání závazků a její kompletní přílohy v Registru smluv v souladu s ustanovením § 5 Zákona o registru smluv.

3. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- 3.1. Smluvní strany shodně souhlasí, že informace odpovídající obchodnímu tajemství souhlasně vyloučí ze zveřejnění v Registru smluv. Zdravotnické zařízení se dále zavazuje příslušná ustanovení znečitelnit před případným budoucím odesláním Smlouvy a jejích případných dodatků do Registru smluv.
- 3.2. Tato Smlouva o vypořádání závazků nabývá účinnosti dnem uveřejnění v Registru smluv.
- 3.3. Tato Smlouva o vypořádání závazků je vyhotovena ve 2 (dvou) stejnopisech, každý s hodnotou originálu, přičemž každá ze Smluvních stran obdrží 1 (jeden) stejnopis.
- 3.4. Na důkaz souhlasu s obsahem této Smlouvy o vypořádání závazků, jakož i toho, že nebyl ujednan v tísni ani za jinak nápadně nevýhodných podmínek, připojují zúčastněné Smluvní strany své vlastnoruční podpisy.

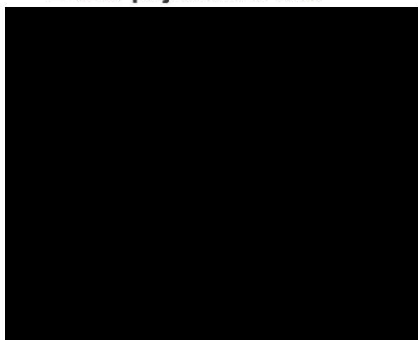
3.5. Nedílnou součástí této Smlouvy o vypořádání závazků jsou následující přílohy:

Příloha č. 1 - Smlouva o poskytování zdravotní péče ze dne 27. 9. 2018

Příloha č. 2 - Dodatek č. 1 ke Smlouvě o poskytování zdravotní péče ze dne 1. 1. 2019

V Praze dne _____

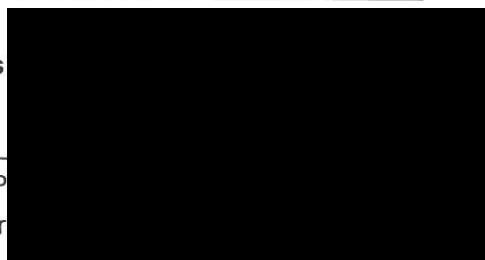
ERGO pojišťovna a.s.



člen představenstva

V Ústí nad Labem dne 12 -06-2019

Krajs



Ing. P
gener