

SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

uzavřená dle §1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů
(dále jen „občanský zákoník“) mezi:

Maxima pojišťovna, a.s.

se sídlem: Italská 1583/24 120 00 Praha 2 - Vinohrady

IČO: 61328464, DIČ: CZ 61328464

zastoupena: [REDACTED]

zapsaná v Obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze v oddíle B, vložka 3314

dále jen „**pojišťovna**“

a

Rokycanská nemocnice, a.s.

IČO: 26360900

se sídlem: Voldušská 750, Nové Město, 337 01 Rokycany

zastoupena: [REDACTED]

[REDACTED]
zapsaná v Obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Plzni v oddíle B, vložka 1071

[REDACTED]
dále jen „**zdravotnické zařízení**“

se dohodly na následujícím znění smlouvy:

I. Předmět smlouvy

Předmětem této smlouvy je stanovení podmínek pro zajištění výkonu zdravotní péče poskytované ze strany zdravotnického zařízení v souvislosti s pojistnými událostmi cizinců pojištěných u pojišťovny (dále jen „**pojištění**“) při jejich pobytu na území České republiky.

II. Rozsah poskytované péče

1. Rozsah hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením pojištěnému je omezen:
 - rozsahem oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování této péče, vydaným příslušným orgánem státní správy, a
 - rozsahem pojištění sjednaným mezi pojišťovnou a pojištěným a to:
 - a) Komplexním zdravotním pojištěním cizinců podle Všeobecných pojistných podmínek pro komplexní zdravotní pojištění cizinců (Příloha č. 1); nebo
 - b) Pojištěním nutné a neodkladné péče podle Všeobecných pojistných podmínek pro zdravotní pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče (příloha č. 2).
2. Rozsah zdravotní péče hrazené pojišťovnou se u jednotlivých výše uvedených pojištění liší. Zatímco zdravotní pojištění nutné a neodkladné péče kryje pouze případy léčení úrazu nebo akutního onemocnění pojištěného během pobytu v ČR (s různým rozsahem výluk dle VPP platných ke dni uzavření smlouvy s pojištěným), kryje komplexní pojištění i další zdravotní péči specifikovanou ve všeobecných pojistných podmínkách pojistitele, v pojistných smlouvách a v dalších smluvních dokumentech.
3. Smluvní strany se dohodly, že při změně Všeobecných pojistných podmínek je pojišťovna povinna odeslat plný text aktuálního znění VPP zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu na email: [REDACTED]. Změna VPP není považována za změnu této smlouvy a pojišťovna ji může činit jednostranně.
4. V případě plánované zdravotní péče je zdravotnické zařízení povinno informovat pojišťovnu o záměru poskytnout zdravotní péči na e-mail: [REDACTED]. V případě víkendů a svátků informovat asistenční službu pojišťovny Eurocross na přímé lince do ČR tel.: [REDACTED] (nebo tel. č. uvedeném na kartě klienta)

III. Práva a povinnosti smluvních stran

Smluvní strany se zavazují:

1. 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 uvedených v člancích V. a VI. této smlouvy;
2. při poskytování a úhradě zdravotní péče dodržovat znění příslušných obecně závazných právních předpisů a smluvní ujednání obsažená v této smlouvě a jejích přílohách;
3. 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;

4. ve vztahu k ochraně osobních údajů 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.

IV. Identifikace klientů objednatele

1. Pojištěný se prokazuje předložením platné identifikační kartičky klienta - Průkazu pojištěného, jejíž vzory jsou přílohou č. 3 této smlouvy, a dokladem totožnosti (zejména občanský průkaz, cestovní pas). Zdravotnické zařízení se zavazuje v případě, že se pojištěný prokáže platnou kartičkou - Průkazem pojištěného, neodmítat přijetí pojištěného do své péče a nezvýhodňovat pojištěné jiných pojistitelů v neprospěch pojištěných pojišťovny. V případě, že zdravotnické zařízení nemá možnost pojištěnému zdravotní péči poskytnout, sdělí tento fakt odpovídající způsobem bez zbytečného odkladu pojišťovně prostřednictvím elektronické pošty na adresu: [REDACTED]
2. Platnost pojištění si zdravotnické zařízení ověřuje následujícími způsoby:
 - a) telefonicky u asistenční služby pojišťovny Eurocross na přímé lince do ČR tel.: [REDACTED] nebo na tel. č. uvedeném na kartě klienta, nebo
 - b) online na adrese: [REDACTED] pod přihlašovacím jménem (login): „zdrav_zar“ a po zadání hesla, které bude sděleno při podpisu této smlouvy.
3. V případě pochybností nebo jiných nejasností je kontaktní osobou v těchto věcech za pojišťovnu paní Eva Smetíková [REDACTED] případně jiná osoba určená pojišťovnou.
4. Zdravotnické zařízení informuje pojišťovnu na e-mail [REDACTED] nebo [REDACTED] v případě víkendů a svátků asistenční službu pojišťovny Eurocross na přímé lince do ČR tel.: [REDACTED] nebo tel. č. uvedeném na kartě klienta) 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, i kdyby pojištěný vyslovil nesouhlas s tímto informováním. Informační povinnost zdravotnického zařízení podle věty první 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.

V. Ceny

1. Standardní zdravotní výkony se hradí dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a to ve výši uvedené Cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví, který stanovuje hodnotu bodu pro daný kalendářní rok dle data poskytnuté zdravotní péče.
2. Zvláště účtovatelné veškeré materiální potřeby spotřebované v souvislosti s lékařským zákrokem (zejména léčiva, lékařské nástroje a další účtovaný materiál) uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení za ceny nákupní, tzn. za ceny, za které byly tyto potřeby pořízeny od dodavatele.

VI. Platební podmínky

1. Zdravotnické zařízení účtuje na základě podkladů z klinik a oddělení poskytnutou zdravotní péčí formou faktury (daňového dokladu) se splatností do 30 dní od data jejího vystavení. Přílohou faktury je přehled všech poskytnutých zdravotních výkonů a lékařské zprávy. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu, které jsou dány obecně závazným právním předpisem.
2. Fakturu, jejíž součástí nebude příloha s přehledem všech poskytnutých zdravotních výkonů a všechny lékařské zprávy nebo bude postrádat některou náležitost podle obecně závazného právního předpisu, je pojišťovna 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.
3. Zdravotnické zařízení předkládá pojišťovně faktury průběžně, a to nejpozději do 30 dnů od provedení zdravotních výkonů, resp. po ukončení hospitalizace pojištěného.
4. 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.
3. Výpovědní lhůta činí jeden měsíc a počíná běžet prvním dnem měsíce následujícího po

doručení výpovědi druhé smluvní straně. 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. 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 smluvní stranu o této skutečnosti vyrozumět.

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 veškeré spory vzniklé v souvislosti s touto smlouvou budou řešit vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, které se uskuteční nejpozději do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran bez udání důvodů. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu.
2. Smluvní strany se zavazují, že údaje vyplývající z předmětu plnění této smlouvy neposkytnou třetí straně, s výjimkou kontrolních orgánů, auditorů nebo jiných osob vázaných mlčenlivostí.
3. 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.
4. Pojišťovna se zavazuje na své náklady seznámit v dostatečném předstihu zdravotnické zařízení se změnami či doplněním svých Všeobecných pojistných podmínek.
5. Dnem podpisu této smlouvy se ruší Smlouva o poskytování zdravotní péče ze dne 5. 5. 2014 v plném rozsahu.
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 podepíší 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 stejnopisech, obou s platností originálu, přičemž každá ze smluvních stran obdrží po jednom.

- Příloha č. 1: Všeobecné pojistné podmínky pro komplexní zdravotní pojištění cizinců (VPP 810-16)
- Příloha č. 2: Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců (VPP/860-13)
- Příloha č. 3: Vzor průkazky klienta pojišťovny

ze dne 1. září. 2023

OBSAH

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ (VPP/810-16)	1
VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI OBČANŮ ZA ÚJMU (VPP-C/650-11)	5
DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI OBČANŮ ZA ÚJMU (DPP-C/630-11)	7

**VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO
KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ
(VPP/810-16)**

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Práva a povinnosti účastníků tohoto pojištění se řídí právním řádem České republiky, zejména ustanoveními zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění, těmito pojistnými podmínkami a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě či smluvních ujednáních.
2. Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé pojistitel MAXIMA pojišťovna, a. s., se sídlem Italská 1583/24, Praha 2, 120 00, IČO: 61328464, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3314 (dále jen „pojistitel“).
3. Pojištění se sjednává jako škodové.
4. Pojištění se vztahuje na všechny druhy pobytů cizinců upravených zákonem, s výjimkou těch, kdy fyzická osoba je obligatorně účastná veřejného zdravotního pojištění v ČR podle zvláštního právního předpisu.
5. Toto pojištění splňuje podmínky stanovené zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, pro komplexní zdravotní pojištění cizinců dle § 180i) a následující.

Článek 2. Výklad pojmů

1. **Čekací doba** – doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba je uplatňována pouze u zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s těhotenstvím a porodem, není-li sjednána varianta pojištění Premium s Těhotenským balíčkem.
2. **Pojistník** – osoba, která uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
3. **Pojištěný** – fyzická osoba, která není občanem České republiky (dále jen „ČR“), na jejíž zdraví se pojištění vztahuje a který pobývá na území ČR na základě platného povolení vydaného v souladu s právními předpisy ČR.
4. **Oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění tím, že prokazatelně vynaložila náklady, jejichž úhrada je předmětem pojistného plnění.
5. **Škodná událost** – skutečnost, ze které vznikla škoda a která může být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
6. **Pojistná událost** – nahodilá skutečnost specifikovaná v článku 5., se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
7. **Pojistné nebezpečí** – možná příčina vzniku úrazu nebo nemoci s výjimkou příčin a případů, které jsou výslovně uvedeny ve výlučcích z pojištění nebo které nespádají do rozsahu pojištění podle smluvních ujednání.
8. **Komplexní zdravotní péče** – zdravotní péče poskytnutá pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Součástí komplexní zdravotní péče je rovněž odpovídající preventivní a dispenzární zdravotní péče a zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte blíže určená smluvními podmínkami.

9. **Nemoc** – porucha tělesného či duševního zdraví pojištěného, zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
10. **Nutná zdravotní péče** – lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) zdravotních stavů, kdy z lékařského hlediska je třeba zdravotní péči poskytnout ihned nebo ve velmi krátké době.
11. **Neodkladná zdravotní péče** – lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) stavů souvisejících s možností poškození základních životních funkcí a stavů s tím spojených, kdy z lékařského hlediska by prodloužením mohlo dojít k vážnému poškození zdraví nebo k ohrožení života.
12. **Úraz** – poškození zdraví nebo smrt pojištěného, které bylo způsobeno neočekávaným a náhlým působením zevních sil nebo vlastní tělesnou silou, nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění.
13. **Repatriace** – převoz pojištěného nebo převoz tělesných ostatků zemřelého pojištěného do ČR nebo do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, případně do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolený pobyt.
14. **Asistenční společnost** – třetí osoba uvedená v pojistné smlouvě, která na základě smlouvy s pojistitelem poskytuje pojištěným osobám asistenční služby, v rozsahu call centra a za podmínek blíže určených v pojistné smlouvě a těchto pojistných podmínkách. Spojení na asistenční společnost je uvedeno v pojistné smlouvě.
15. **Tranzit** – doprava pojištěného, která začíná (nebo končí) na území ČR a směřuje přímo do (nebo ze) státu, jehož je pojištěný státním příslušníkem nebo ve kterém má povolený pobyt, která netrvá déle než 24 hodin a je doložitelná relevantním cestovním dokladem nebo dokladem o nákupu pohonných hmot.
16. **Dispenzární péče** – péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.
17. **Schengenský prostor** – území států signatářů Schengenské dohody (Belgie, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Itálie, Island, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Maďarsko, Německo, Nizozemí, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Chorvatsko).
18. **Zaplacení pojistného** – datum připsání předepsaného pojistného v plné výši na bankovní účet pojistitele, případně jeho zástupce je-li oprávněn k inkasu pojistného.

Článek 3. Předmět pojištění

1. Předmětem pojištění jsou přiměřené a nezbytné náklady komplexní zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit ve zdravotnickém zařízení v důsledku zhoršení zdravotního stavu, ke kterému došlo na území krytém pojištěním nebo v souvislosti s těhotenstvím a s porodem dítěte pojištěného, vynaložených v době trvání pojištění, s výjimkou sjednaných výluk. Předmětem pojištění jsou pouze náklady zdravotní péče, která vede u pacienta k zachování jeho zdravotního stavu z doby před uzavřením pojistné smlouvy v souladu se zákonem o pobytu cizinců na území ČR.

2. Předmětem pojištění jsou rovněž, je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, náklady nutné a neodkladné zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit v důsledku zhoršení zdravotního stavu během pobytu na území států Schengenského prostoru mimo území ČR. Pojistné krytí se vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného (bez provozování jakékoliv i krátkodobé výdělečné činnosti), přičemž délka každého jednotlivého pobytu nesmí přesáhnout 30 dní.
3. Předmětem pojištění jsou i náklady na repatriaci. V případě pojistné události vzniklé v zemi tranzitu jsou předmětem pojištění pouze náklady nutné a neodkladné zdravotní péče.
4. Předmětem pojištění jsou rovněž, je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, náklady pojištěného na nadstandardní zdravotní a podpůrné programy MaxCare v rozsahu bodu 4 článku 5 a Těhotenský balíček v rozsahu bodu 5 článku 5.
5. Pokud to zdravotní stav pojištěného dovoluje, poskytnutí zdravotní péče zajistí primárně smluvní zdravotnické zařízení pojistitele uvedené na internetové adrese: www.maximapojistovna.cz. V ostatních případech zajistí zdravotní péči pojištěnému vybrané zdravotnické zařízení nebo lékař s příslušnou odborností.

Článek 4. Územní rozsah

1. Pojištění se sjednává pro pojistné události vzniklé na území ČR a v zemích tranzitu.
2. Je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, pojištění se sjednává i pro pojistné události vzniklé na území států Schengenského prostoru mimo území ČR.

Článek 5. Pojistná událost, vznik škody, rozsah nároků z pojištění

1. Pojistnou událostí je:
 - a) poskytnutí komplexní zdravotní péče pojištěnému v důsledku úrazu nebo nemoci pojištěného nebo v souvislosti s těhotenstvím a s porodem dítěte pojištěné v rozsahu seznamu zdravotních výkonů hrazených pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění České republiky,
 - b) repatriace pojištěného,
 - c) poskytnutí služeb preventivní péče v rozsahu bodu 3 tohoto článku a dispenzární péče,
 - d) poskytnutí služeb nadstandardních zdravotních a podpůrných programů pojištěnému v rozsahu bodu 4 tohoto článku;
 - e) poskytnutí zdravotní péče spojené s těhotenstvím pojištěné v rozsahu bodu 5 tohoto článku.
2. Komplexní zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - b) nezbytné ošetření,
 - c) nezbytnou hospitalizaci pojištěného v pokoji se standardním vybavením,
 - d) těhotenské prohlídky pojištěné v průběhu těhotenství,
 - e) porod,
 - f) nutné operační výkony včetně souvisejících nezbytných výloh,
 - g) účelně použitý zdravotnický materiál a léčiva,
 - h) ze zdravotního hlediska nutnou přepravu pojištěného prostředky zdravotnické přepravy z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zdravotnického zařízení nebo přepravu pojištěného do nejbližšího zdravotnického zařízení, které může poskytnout potřebnou zdravotní péči, a to v závažných případech specifikovaných zákonem 374/2011 Sb.,
 - i) stomatologickou péči za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu do limitu uvedeného v pojistné smlouvě,
 - j) standardní pौरazovou rehabilitační péči, kterou předepsal ošetřující lékař.
3. Preventivní péče zahrnutá do komplexní zdravotní péče zahrnuje:
 - a) preventivní pediatrickou péči o dítě, je-li ve smlouvě označeno jako „pojištěný“, v rozsahu vyhlášky č. 70/2012 Sb.,
 - b) jednou ročně preventivní prohlídku u praktického lékaře,
 - c) jednou ročně prohlídku pojištěné ženy u gynekologa,
 - d) jednou ročně preventivní prohlídku u stomatologa,
 - e) jednou za čtyři roky (nepřetržitěho zdravotního pojištění u pojistitele) preventivní prohlídku u očního lékaře pro pojištěného ve věku od 45 do 61 let,
 - f) povinné očkování.

4. Služby nadstandardních zdravotních a podpůrných programů MaxCare, zahrnují:
 - a) nad rámec zdravotní péče dle odst. 2 písm. a) tohoto článku, vyšetření a konzultace ke zjištění konkrétního onemocnění (např. laboratorní vyšetření krve, moče, hormonální vyšetření, kožní vyšetření) nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně vydání výpisu ze zdravotní dokumentace;
 - b) volně prodejné léky a zdravotnické pomůcky zakoupené v prodejnách zdravotnických potřeb a v lékárnách (bez receptu);
 - c) nepovinná očkování (očkovací látka včetně její aplikace), které není standardně hrazeno v rámci tohoto pojištění (např. proti meningokokovým nákazám);
 - d) plastové fixace;
 - e) hormonální antikoncepce;
 - f) zdravotní pomůcky pro invalidy (např. chodítka, invalidní vozíky včetně elektrických);
 - g) prohlídky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění k potvrzení řidičského průkazu, zdravotního průkazu nebo pro sportovní aktivity.
5. Těhotenský balíček zahrnuje:
 - a) těhotenský test v ordinaci gynekologa;
 - b) rozšířené laboratorní vyšetření, v těhotenské poradně, dle konkrétní potřeby (štítná žláza, toxoplazmóza, trombofilní mutace, močový sediment);
 - c) provedení kombinovaného I. trimestrálního screeningu;
 - d) podrobné ultrazvukové vyšetření morfologie plodu;
 - e) 2D fotografie plodu;
 - f) určení pohlaví plodu.

Článek 6. Pojistné plnění

1. Horní hranici pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je příslušný limit pojistného plnění uvedený v pojistné smlouvě. V pojistné smlouvě může být ujednáno i celkový limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění u dílčích typů ošetření nebo variant pojištění.
2. Pojistná událost se oznamuje pojistiteli prostřednictvím asistenční společnosti. V případech, kdy tento způsob oznámení není možný, oznamuje se pojistná událost přímo pojistiteli písemně nebo elektronickou poštou. Oznámení musí být učiněno bez zbytečného odkladu během 24 hodin poté, co pojistná událost nastala, umožňuje-li to zdravotní stav pojištěného.
3. Pojistitel poskytuje oprávněným osobám pojistné plnění za ošetření pojištěného v ČR v tuzemské měně. V případě plnění v cizí měně se použije směnný kurz podle středního kurzu příslušné měny vyhlášené ČNB ke dni, kdy nastala pojistná událost.
4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněným osobě.
5. Pojistitel hradí pojistné plnění zdravotnickému zařízení, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
6. Pojistné plnění za pojistné události vzniklé na území ČR se poskytuje v rozsahu a výši odpovídající nákladům veřejného zdravotního pojištění v ČR, pokud není se zdravotnickým zařízením ujednáno jinak.
7. Pojistné plnění za pojistné události vzniklé ze služeb nadstandardních zdravotních a podpůrných programů MaxCare a Těhotenského balíčku dle čl. 5, bod 4 a 5 se poskytuje maximálně do výše celkového limitu uvedeného pro tuto variantu v pojistné smlouvě. Náklady hradí pojistitel pojištěnému po předložení dokladů o jejich úhradě.
8. Pojistné plnění za pojistné události nastalé v zemích tranzitu nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území států Schengenského prostoru mimo ČR, se poskytuje v rozsahu a výši nutné a neodkladné zdravotní péče, odpovídající nákladům veřejného zdravotního pojištění v ČR, pokud není se zdravotnickým zařízením ujednáno jinak.
9. Pokud pojištěný provedl přímou úhradu nákladů ve zdravotnickém zařízení v ČR, které mají být předmětem pojistného plnění, musí pojištěný předložit originály dokladů prokazujících vznik pojistné události, rozsah újmy a výši provedené úhrady. V případě, že náklady za poskytnutou zdravotní péči přesahují náklady odpovídající veřejnému zdravotnímu pojištění v ČR, může pojistitel v tomto rozsahu pojistné plnění krátit.

Článek 7. Výluky z pojištění

- Pojištění se nevztahuje na újmu vzniklou:
 - záměrným vycestováním do ČR za účelem čerpáním zdravotní péče včetně tranzitu (tzv. zdravotní turistika),
 - v době, kdy je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění ČR.
- Pojištitel neposkytuje náhradu újmy v případě:
 - nemoci nebo úrazu, jejichž příčina nebo příznaky nastaly před uzavřením pojištění, i když se projeví v době trvání pojištění
 - výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením nebo zdravotnickým pracovníkem na základě právním řádem ČR uznané lékařské praxe, ani v případě výkonů, které nejsou medicínskou vědou uznávané,
 - kdy újma vznikla prokazatelně a výlučně porušením léčebných postupů nebo léčebného režimu předepsaného lékařem,
 - kdy škodní událost byla úmyslně způsobena pojištěným, s výjimkou úrazů,
 - kdy škodní událost byla způsobena zaviněním nebo spoluzaviněním pojištěného, s výjimkou úrazů,
 - kdy škodní událost byla způsobena pojištěným v důsledku požití alkoholu či léků nebo pod vlivem omamných či psychotropních látek, s výjimkou úrazů,
 - čerpání dlouhodobé fyzioterapeutické péče, pokud není nutná k odstranění bezprostředních zdravotních komplikací,
 - kosmetických nebo estetických výkonů, které nesledují léčebné účely.
- Výluky uvedené v bodu 2 tohoto článku nejsou aplikovány v případě sjednání pojištění ve variantě Exclusive.

Článek 8. Pojistná smlouva

- Pojistná smlouva se uzavírá zaplacením prvního pojistného ve výši uvedené v návrhu pojistné smlouvy. Pojistná smlouva je účinná dnem uvedeném v návrhu, pokud bylo první pojistné uhrazeno do doby uvedené v návrhu pojistné smlouvy. Pokud nebylo první pojistné do této doby uhrazeno, smlouva uzavřená není, pojištění nevznikne a návrh pojistitele zaniká.
- Uzavřením pojistné smlouvy souhlasí pojistník s tím, aby pojistitel umožnil Službě cizinecké policie dálkový přístup k údajům o pojistné smlouvě v souvislosti s povinnostmi Služby cizinecké policie, vyplývajícími ze zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR, v platném znění. Tím není dotčena povinnost pojistitele předat údaje o pojištění do Registru zdravotního pojištění cizinců.

Článek 9. Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

- Pojištění se sjednává na dobu určitou, která je uvedena v pojistné smlouvě.
- Pojištění je účinné ode dne uvedeného v návrhu pojistné smlouvy jako počátek pojištění.
- Podmínkou vzniku a trvání pojištění je pobyt pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území států Schengenského prostoru mimo ČR za splnění všech podmínek stanovených právními předpisy.
- Pojištění nelze přerušit.
- Pojištění zaniká kteroukoli z následujících skutečností:
 - uplynutím pojistné doby vymezené v pojistné smlouvě, a to ve 24,00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění,
 - smrtí pojištěného,
 - ukončením pobytu pojištěného na území ČR nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění,
 - dnem, kdy se pojištěný stal účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (na základě zaměstnaneckého poměru na území ČR nebo získáním trvalého pobytu na území ČR), ne však dříve, než se o tom pojistitel prokazatelně dozvěděl,
 - odstoupením od pojistné smlouvy,
 - dohodou pojistníka a pojistitele ke stanovenému okamžiku,
 - neplacením pojistného po splnění zákonných podmínek.
- Pro úhradu zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem se uplatňuje čekací doba v délce 8 měsíců ode dne počátku pojištění, po kterou se pojištění nevztahuje na těhotenství a porod. Čekací doba se neuplatňuje, pokud je sjednáno pojištění ve variantě Premium s Těhotenským balíčkem.

Článek 10. Pojistné

- Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě.
- Pojistné se sjednává jako jednorázové, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojistné náleží pojistiteli za dobu trvání pojištění. V případě zániku pojištění v důsledku pojistné události náleží pojistiteli celé jednorázové pojistné.
- Pojistné se považuje za uhrazené dnem, kdy bylo v plné výši připsáno na účet pojistitele. Pojistná smlouva může stanovit odlišné podmínky úhrady pojistného.
- Pojistné může být po dohodě smluvních stran placeno i ve splátkách.

Článek 11. Povinnosti pojistníka a pojištěného

- Kromě dalších povinností stanovených platnými právními předpisy jsou pojistník a pojištěný povinni:
 - odpovědět pravdivě a úplně na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění,
 - oznámít bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které se pojistitel tázal, zejména skutečností, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě,
 - sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách účinných v době vzniku pojistné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojistného nebezpečí,
 - učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu způsobené újmy,
 - dbát pokynů a doporučení zdravotního personálu,
 - dodržovat předpisy o ochraně veřejného zdraví,
 - podrobit se podle pokynu lékaře potřebnému vyšetření nebo zákroku,
 - podrobit se na žádost pojistitele vyšetření lékařem, kterého stanoví pojistitel, lze-li to v dané situaci rozumně po pojištění požadovat,
 - na žádost pojistitele zprostit třetí osobu (zejména zdravotnické zařízení) mlčenlivosti o skutečnostech souvisejících se škodnou událostí.
- Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen zejména:
 - informovat asistenční službu o všech důležitých skutečnostech pro uplatnění nároku z tohoto pojištění a řídit se jejími pokyny,
 - učinit vše, co lze v dané situaci rozumně požadovat, aby zamezil dalšímu zhoršení zdravotního stavu a zmínil následky škodné události,
 - podrobit se zdravotnímu ošetření ve smluvním zdravotnickém zařízení pojistitele, je-li to možné. Při tom je pojištěný vždy povinen předložit ošetřujícímu lékaři potvrzení o uzavření pojistné smlouvy,
 - oznámít bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním nebo přestupkovém řízení vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku,
 - postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody způsobené pojistnou událostí, jakož i právo na postih a vypořádání, a v této souvislosti pojistiteli poskytnout součinnost,
 - podstoupit repatriaci, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje a pojištěný s ní souhlasí.
- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy včetně všech jejích příloh (zejm. pojistnými podmínkami).

Článek 12. Zjišťování zdravotního stavu

- Při uzavírání pojistné smlouvy jsou pojistník i pojištěný povinni pojistiteli odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného. Totéž platí i v případě, jedná-li se o změnu pojištění nebo skutečností, na které byli pojistník nebo pojištěný tázáni při sjednávání pojištění.
- Pojistitel je oprávněn pro účely pojištění přezkoumat informace o zdravotním stavu pojištěného, a to u zdravotnických zařízení, ve kterých se pojištěný léčil nebo lékařem, kterého pojistitel sám určí. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný uzavřením pojistné smlouvy, resp. udělením dodatečného souhlasu s jejím uzavřením. Tento souhlas se týká i šetření zdravotního stavu v souvislosti se změnou pojištění a s uplatněním nároku na pojistné plnění.

- Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem nebo pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným poskytovatelem zdravotních služeb, kterého pověřil pojistitel. Pojištěný svým souhlasem zprošťuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, poskytovatele zdravotních služeb, zdravotnické pracovníky, jiné odborné pracovníky a další osoby poskytující zdravotní služby, které pojistitel požádá o uvedené informace a kteří mají informace o zdravotním stavu pojištěného.
- Informace, které pojistitel získal o zdravotním stavu pojištěného, jsou důvěrné a mohou být využívány pouze pro potřeby tohoto pojištění.

Článek 13. Povinnosti pojistitele

- Kromě dalších povinností, které jsou stanoveny právními předpisy, je pojistitel povinen:
 - odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistníka nebo pojištěného týkající se sjednávání pojištění nebo projednávání změny pojištění,
 - poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události, pokud jsou splněny všechny podmínky pro její výplatu,
 - po oznámení škodní události bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit,
 - sdělit oprávněné osobě výsledky šetření nutného ke zjištění nároku na poskytnutí pojistného plnění a stanovení jeho výše,
 - zajistit prostřednictvím asistenční společnosti potřebné informační služby pojištěným i zdravotnickým zařízením, zejména ověřování platnosti a účinnosti pojistné smlouvy, vyhledávání zdravotnických zařízení případně poskytování informací o pojištění. Prostřednictvím asistenční společnosti poskytnout v případě potřeby garanci na úhradu nákladů vynaložených zdravotní péče.

Článek 14. Přejedání práv na pojistitele

- Pokud bylo oprávněné osobě poskytnuto pojistné plnění za škodu, na jejíž náhradu má pojištěný nárok vůči třetí osobě, přechází tento nárok na pojistitele až do výše pojistného plnění, které pojistitel poskytl.
- Jestliže pojistiteli v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, má pojistitel právo tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Článek 15. Právní jednání a doručování písemností

- Pojistná smlouva se uzavírá v písemné formě (elektronicky nebo v listinné podobě).
- Písemná forma je splněna, pokud je právní jednání:
 - zachyceno na listině a vlastnoručně podepsáno;
 - učiněno elektronicky a podpis je nahrazen mechanickými prostředky;
 - učiněno elektronicky a elektronicky podepsáno v souladu s obecně závaznými právními předpisy;
 - učiněno elektronicky a potvrzeno zaplacením prvního pojistného.
- Písemnosti týkající se pojištění jsou doručovány:
 - prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na korespondenční adresu adresáta. Pokud není korespondenční adresa uvedena, tak na poslední známou adresu účastníka pojištění,
 - osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele,
 - elektronickou poštou formou prostých e-mailových zpráv, na emailovou adresu sdělenou předem adresátem.
- Písemnost pojistitele se považuje za doručenu dnem prokazatelného převzetí zásilky, odmítnutím přijetí zásilky nebo vrácení zásilky jako nedoručitelné, jinak 3. pracovní den po jejím odeslání. Nebyl-li adresát zastížen a písemnost pojistitele byla uložena u doručovatele, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
- Změnil-li pojistník nebo pojištěný korespondenční adresu, tuto změnu písemně pojistitelé neoznámil a písemnost pojistitele bude vrácena jako nedoručitelná, považuje se písemnost za doručenu dnem vrácení pojistiteli, i když se pojistník nebo pojištěný o zaslání nedozvěděl.

- Právní jednání či oznámení, která jsou učiněna elektronickou formou, se považují za doručena dnem následujícím po odeslání do e-mailové schránky adresáta, s výjimkou situace, kdy prokazatelně nedojde k jejímu doručení, například z důvodu technických problémů. V takovém případě se považuje dokument za doručeny 10. dnem po jeho odeslání.

Článek 16. Rozhodné právo a řešení sporů

- Pojistná smlouva a právní následky z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
- Pro spory plynoucí z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.
- Pojistitel dává přednost mimosoudnímu řešení případných sporů. Stížnost lze podat pomocí formuláře dostupného na internetových stránkách https://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/formular_pro_podani_stiznosti_1.pdf emailem na adresu info@maxima-as.cz nebo písemně na adresu pojistitele. Odpověď se sdělením a odůvodněním vyřízení stížnosti je zasílána stěžovateli ve lhůtě 30 dnů v písemné formě.
- Stížnost lze podat rovněž České národní bance, Na Příkopě 28, Praha 1, která je orgánem dohledu nad činností pojišťoven. ČNB však nemá kompetence rozhodnout spor mezi stěžovatelem a pojistitelem.
- Ve věcech práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací vykonává působnost i Veřejný ochránce práv. Podnět lze dát písemně nebo ústně do protokolu a nepodléhá poplatku.
- Spory mezi spotřebitelem (pojištěným nebo opravnou osobou) a pojistitelem při poskytování neživotního pojištění, které patří do pravomoci soudů a nepodařilo se je vyřešit přímo s pojistitelem, je oprávněna řešit Česká obchodní inspekce, Ústřední inspektořát – oddělení ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2. Více informací lze nalézt na www.adr.coi.cz. Postup České obchodní inspekce upravuje zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele, a pravidla pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů vydaná na základě tohoto zákona.
- Pro řešení spotřebitelských sporů ze smluv uzavřených on-line (tj. prostřednictvím prostředků komunikace na dálku), lze využít platformu pro řešení sporů prostřednictvím elektronického formuláře. Více informací lze nalézt na www.ec.europa.eu/consumers/odr/.
- Pro řešení spotřebitelských sporů může spotřebitel využít i mimosoudního řešení sporu z pojištění zahájením řízení u Ombudsmana České asociace pojišťoven. Návrh se podává elektronicky na formuláři prostřednictvím platformy <https://www.ombudsmancap.cz>.

Článek 17. Závěrečná ustanovení

- Komunikačním jazykem je čeština. Součástí pojistné smlouvy jsou pojistné podmínky. Jsou-li pojistné podmínky, pojistná smlouva nebo další dokumenty, které jsou součástí závazné smluvní dokumentace, vyhotoveny ve více jazykových verzích, rozhodující je české znění.
- Obvyklé náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 30 % z předepsaného pojistného (stornopoplatek). V případě předčasného zániku pojištění z důvodu na straně pojistníka pojistitel uplatní stornopoplatek a vypořádá ho ke dni zániku pojištění. Je-li pojistné po dohodě smluvních stran placeno ve splátkách, rovná se výše stornopoplatku zaplacenému pojistnému do konce aktuálního splátkovaného období.
- Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 9. 2023.

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI OBČANŮ ZA ÚJMU (VPP-C/650-11)

ze dne 1. září 2023

Článek 1. Úvodní ustanovení

Obecné zásady pro pojištění odpovědnosti občanů za újmu jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro komplexní zdravotní pojištění.

Článek 2. Rozsah pojištění

Pojištění se sjednává, je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, pro případ povinnosti pojištěného nahradit újmu vzniklou následkem porušení povinnosti stanovené zákonem a porušení povinnosti ze smlouvy, pokud tato smluvní povinnost nepřesahuje rozsah povinnosti stanovené zákonem. Pojištění se sjednává pro případ:

- újmou na zdraví a životě;
- majetkové újmy na věci (jejím zničením, poškozením nebo pohřešování) nebo na zvířeti (jeho poraněním nebo usmrcením), včetně účelně vynaložených nákladů na léčbu při poranění zvířete, a to do výše nákladů na léčení, které by vynaložil rozumný chovatel;
- následné majetkové újmy (následná finanční škoda), které přímo předchází újma definovaná v písm. a) a b) tohoto článku.

Článek 3. Časový rozsah pojištění

- Pojištění se vztahuje na povinnost nahradit újmu, která vznikne v době trvání pojištění, pokud bylo současně právo na náhradu újmy poprvé písemně uplatněno vůči pojištěnému v době trvání pojištění.
- Nastane-li újma v době trvání pojištění, avšak příčina vzniku újmy nastala v době před uzavřením pojistné smlouvy, je pojištěním kryta pouze tehdy, pokud pojištěnému tato příčina v době uzavření pojistné smlouvy nebyla nebo nemohla být známa.
- Dojde-li v době trvání pojištění ke změně jeho rozsahu, je rozhodný rozsah pojištění sjednaný v okamžiku, kdy došlo ke vzniku škody nebo jiné újmy.

Článek 4. Pojistná událost

- Pojistnou událostí je vznik povinnosti pojištěného nahradit újmu podle článku 2 těchto VPP, jestliže má pojištěný povinnost k náhradě újmy v důsledku svého jednání v běžném občanském životě nebo vztahu z doby trvání pojištění.
- Pokud rozhoduje o náhradě újmy oprávněný orgán, platí, že pojištěný je povinen plnit teprve dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí tohoto orgánu o výši újmy a o povinnosti pojištěného újmu hradit.

Článek 5. Výluky

- Pojištění se nevztahuje na náhradu újmy:
 - nemajetkové;
 - způsobenou úmyslně, hrubou nedbalostí, ze svévole nebo škodolibosti;
 - převzatou nebo uznanou pojištěným nad rámec stanovený právními předpisy, a dále způsobenou v souvislosti s činností, kterou pojištěný vykonává neoprávněně;
 - způsobenou v souvislosti s uložením majetkových sankcí (včetně smluvních pokut, penále a jiných plateb majících sankční povahu) v důsledku jednání pojištěného;
 - způsobenou v souvislosti s výkonem podnikatelské nebo jiné výdělečné činnosti (vč. činnosti družstev) a dále vyplývající z pracovněprávních a služebních vztahů, včetně povinnosti nahradit škodu při pracovních úrazech a nemocích z povolání, včetně regresních nároků z toho vyplývajících;
 - vzniklou v souvislosti s vlastnictvím, držením, provozem, užíváním nebo opravami a údržbou všech dopravních prostředků, vč. letadel, a to i bezpilotních, s výjimkou příležitostného používání plachetnic a jiných nemotorových plavidel ve smyslu části I., čl. 1, odst. 2, písm. g) DPP-C/630-11 a s výjimkou dopravních prostředků poháněných lidskou silou;
 - vzniklou v důsledku sesedání a sesouvání půdy, eroze nebo poddolování;

- způsobenou zavlečením nebo rozšířením jakékoliv choroby lidí, zvířat nebo rostlin;
 - vzniklou pohřešováním, ztrátou, krádeží nebo loupeží věci;
 - způsobenou v souvislosti s poskytováním jakýchkoliv internetových služeb a hromadného zpracování dat, správou datové schránky, nefunkčností nebo chybou softwaru, programováním, viry a hackerstvím, a dále způsobenou zničením, poškozením nebo pohřešováním záznamů na zvukových, obrazových a datových nosičích;
 - pokud pojištěný bez zbytečného odkladu neoznámil pojistiteli, že poškozený trvá na náhradě újmy uvedením do předešlého stavu;
 - na věci, kterou pojištěný používá neoprávněně;
 - způsobenou na věcech, které jsou předmětem přepravních, zasilatelských a obdobných smluv nebo jakoukoliv újmu z těchto smluv vyplývající;
 - způsobenou v souvislosti s neoprávněným zásahem do práv na ochranu osobnosti, urážkou na cti, pomluvou, neoprávněným poskytnutím či porušením patentových práv, nebo práv vyplývajících z ochrany autorských práv, vzorů, ochranných známek, obchodní firmy nebo názvu právnické osoby;
 - způsobenou zanedbáním předepsané obsluhy a údržby nebo nedodržením technologického postupu;
 - způsobenou prodlením se splněním zákonné nebo smluvní povinnosti spočívajícím v tom, že pojištěný nesplnil svou zákonnou nebo smluvní povinnost včas nebo ji nesplnil vůbec;
 - způsobenou na věcech nehmotných;
 - vzniklou v důsledku pozvolného vnikání vlhka a kapalin všeho druhu, nebo působením plynů, par a vlhkosti nebo srážek; vzniklou odkapáváním nebo únikem olejů, nafty nebo jiných kapalin z nádob nebo nádrží, a dále způsobenou pozvolným působením exhalací, emisí, imisí, popílku, kouře nebo vibrací;
 - vzniklou působením záření všeho druhu, a dále působením formaldehydu a azbestu, nebo materiálů, které azbest obsahují; vzniklou nakládáním s plyny, trhavinami, jedovatými látkami, toxickými plísněmi, odpadními vodami a odpady všeho druhu nebo jejich skladováním;
 - způsobenou informací nebo radou;
 - způsobenou při jakékoliv sportovní činnosti vyjma rekreační sportovní činnosti, a dále při výkonu práva myslivosti;
 - vzniklou v souvislosti s činností, s níž je spojena povinnost péče řádného hospodáře;
 - způsobené na lukách, stromech, zahradních, polních i lesních kulturách, kterou způsobila zvířata při pastvě;
- Pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, pojištění se dále nevztahuje na odpovědnost za újmu:
 - na věcech, které pojištěný převzal za účelem provedení objednané činnosti (zpracování, oprava, úschova, prodej, uskladnění atd.);
 - na věcech, které nejsou ve vlastnictví pojištěného, které však oprávněně užíval na základě právního důvodu (pronájem, zápůjčka atd.) s výjimkou škod způsobených na pronajaté nemovité věci požárem, výbuchem a kapalinou unikající z vodovodního zařízení;
 - způsobenou v souvislosti s činností, při které právní předpis ukládá povinnost uzavřít pojištění za újmu nebo stanoví, že pojištění vzniká bez uzavření pojistné smlouvy na základě jiných skutečností.
 - Pojistitel nehradí újmy, za které pojištěný či spolupojištěný odpovídá:
 - osobám blízkým a osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti;
 - svým společníkům a osobám jim blízkým;
 - podnikatelskému subjektu, ve kterém má pojištěný, jeho společníci nebo osoby blízké majetkovou účast, a to do výše podílu odpovídajícímu této majetkové účasti.
 - Je-li v těchto VPP, v DPP-C/630-11 nebo v pojistné smlouvě vyloučena škoda na věci, jsou vyloučeny i všechny případné škody z ní vyplývající.
 - V pojistné smlouvě lze ujednat další případy, na které se pojištění odpovědnosti občanů za újmu nevztahuje.

Článek 6. Územní rozsah pojištění

- Pojištění se vztahuje na pojistné události, k jejichž příčině, vzniku a k prvnímu písemnému uplatnění práva na náhradu újmy poškozeného vůči pojištěnému došlo na území České republiky bez omezení.

2. Pojištění odpovědnosti občanů dle DPP-C/630-11, část I. se mimo území ČR vztahuje i na přechodný zahraniční pobyt pojištěného ve státech Schengenského prostoru, pokud doba tohoto pobytu nepřesahuje tři měsíce od okamžiku opuštění území ČR.

Článek 7. Plnění pojistitele a spoluúčast

1. Plnění pojistitele je omezeno výší náhrady újmy stanovenou smlouvou a příslušným právním předpisem, podle něhož pojištěný za újmu odpovídá nebo rozhodnutím orgánu veřejné moci nebo rozhodčího řízení o výši náhrady újmy, nejvýše však limitem pojistného plnění sjednaným v pojistné smlouvě. To platí i pro hromadnou škodní událost.
3. Není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak, pojistná plnění vyplacená z pojistných událostí nastalých v průběhu každých 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců od počátku pojištění (výročního dne počátku pojištění) nesmí přesáhnout dvojnásobek limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě.
4. Pojištění odpovědnosti se sjednává se spoluúčastí ve výši 5 000 Kč.
5. Pokud součet náhrad za újmu při hromadné škodní události převyšuje pojistnou částku, snižuje pojišťovna vyplacené náhrady všem poškozeným ve stejném poměru.
6. Pojistitel je povinen nahradit také přiměřené náklady:
 - a) které odpovídají mimosmluvní odměně advokáta za obhajobu pojištěného v přípravném řízení a před soudem prvního stupně v trestním řízení vedeném proti němu v souvislosti s újmou, za kterou pojištěný odpovídá, pokud byly splněny povinnosti uložené čl. 8, bodem 1, písmeno a), d);
 - b) občanského soudního řízení o náhradě újmy, jestliže toto řízení bylo nutné ke zjištění povinnosti pojištěného nebo výše újmy, pokud je pojištěný povinen tyto náklady nahradit a byly splněny povinnosti uložené čl. 8, bod 1, písmeno a), b), c), e);
 - c) obhajoby pojištěného před odvolacím soudem v řízení o náhradu újmy, odpovídající nejvýše mimosmluvní odměně advokáta, jakož i náklady mimosoudního projednávání nároku poškozeného, vzniklé poškozenému, jeho zástupci, případně pojištěnému, jestliže byly splněny povinnosti uložené podle článku 8, bod 1, písmeno e), g) a stanoví-li tak smlouva.
7. Pojistitel není povinen plnit v případě, kdy pojištěný:
 - a) bez předchozího souhlasu pojistitele celkově nebo z části uznal nebo uspokojil návrh poškozeného z titulu odpovědnosti, který převyší částku dohodnuté spoluúčasti;
 - b) nevznesl námitku promlčení, zavázal se bez souhlasu pojistitele uhradit promlčenou pohledávku nebo uzavřel soudní smír bez souhlasu pojistitele.
8. Jestliže pojištěný nesouhlasí s odškodněním navrženým pojistitelem, které je ve shodě s poškozeným, a rozhodne se vést nebo pokračovat v řízení o náhradě újmy, poskytne pojistitel plnění nejvýše do částky, za kterou mohlo být provedeno odškodnění podle návrhu pojistitele.

Článek 8. Povinnosti pojištěného

1. Kromě povinností stanovených právními předpisy je pojištěný povinen zejména:
 - a) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit (s uvedením všech podrobností ohledně dotčených údajů a osob), že nastala událost, která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění;
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit, že poškozený uplatnil nárok na náhradu újmy, vyjádřit se k požadované náhradě a její výši a zmocnit pojistitele, aby za něho škodní událost projednal;
 - c) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit, že poškozený uplatnil soudně nebo mimosoudně právo na náhradu újmy;
 - d) bez zbytečného odkladu písemně oznámit, že v souvislosti se vzniklou újmou bylo proti němu zahájeno řízení u orgánu veřejné moci nebo u rozhodčího orgánu, a pojistitele informovat o jménu obhájce, průběhu a výsledcích tohoto řízení;
 - e) v řízení o náhradu újmy postupovat v souladu s pokyny pojistitele, zejména se dohodnout s pojistitelem na tom, kdo bude pojištěného zastupovat;
 - f) zabezpečit vůči jinému právo na náhradu újmy způsobené pojistnou událostí;
 - g) na pokyn pojistitele podat v řízení o náhradu újmy opravný prostředek;

- h) varovat poškozeného před nebezpečím vzniku pojistné události, o kterém ví nebo by měl vědět, a to před vznikem újmy;
- i) zakročit na ochranu poškozeného, pokud pojištěný vytvořil nebezpečnou situaci nebo pokud má nad ní kontrolu;
- j) splnit vůči poškozenému zákonnou oznamovací povinnost o porušení povinnosti, která může vést ke vzniku pojistné události;
- k) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli, že poškozený trvá na náhradě újmy uvedením do předešlého stavu.

2. Poruší-li pojištěný povinnosti uvedené v bodě 1) tohoto článku, má pojistitel právo odmítnout nebo krátiť pojistné plnění podle míry porušení povinností ve vztahu k výši pojistného plnění.

Článek 9. Platnost

Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dnem 1. září 2023.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI OBČANŮ ZA ÚJMU (DPP-C/630-11)

ze dne 1. září 2023

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Tyto doplňkové pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti doplňují ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění odpovědnosti občanů za újmu VPP-C/650-11 (dále jen „VPP“).

Článek 1. Předmět pojištění

- Pojištění se sjednává, je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, pro případ povinnosti pojištěného nahradit újmu vzniklou následkem porušení povinnosti stanovené zákonem a porušení povinnosti ze smlouvy, pokud tato smluvní povinnost nepřesahuje rozsah povinnosti stanovené zákonem v souvislosti s činností nebo s vztahem v běžném občanském životě.
- Pojištění odpovědnosti občanů se vztahuje na odpovědnost pojištěného za újmy vzniklé zejména:
 - z činnosti pojištěného v běžném občanském životě;
 - z vedení domácnosti pojištěného v místě hlášeného pobytu v ČR a provozu jejího zařízení;
 - při rekreaci a zábavě;
 - provozováním sportovní rekreační činnosti pojištěným s výjimkou závodů a přípravy na ně;
 - v důsledku jednání pojištěného jako vlastníka nebo opatrovatele domácích a hospodářských zvířat;
 - v důsledku jednání pojištěného jako vlastníka, provozovatele nebo uživatele nemotorového plavidla (včetně windsurfingu), které nepodléhá evidenci Státní plavební správy;
 - při bezplatném výkonu praxe, stáže nebo rekvalifikačního kurzu na území ČR.

Článek 2. Pojištěné osoby

Pojištění se dále vztahuje na občanskoprávní odpovědnost:

- pomocných osob, které vykonávají pomocné práce v domácnosti pojištěného na základě smlouvy nezakládající pracovněprávní vztah, dohody o vykonání práce nebo dohody o pracovní činnosti, za újmy způsobené třetím osobám při výkonu této činnosti, mimo újmy způsobené pojištěnému nebo osobám spolupojištěným;
- osob, jimž pojištěný svěřil opatrování nebo běžnou údržbu domácnosti či opatrování zvířete (na které se vztahuje pojištění podle bodu 1 a 2 článku 1, část I. těchto doplňkových pojistných podmínek), za újmy způsobené třetím osobám při této činnosti, s výjimkou újem způsobených pojištěnému nebo spolupojištěným osobám;
- fyzických osob, které spolu s pojištěným trvale žijí ve společné domácnosti a společně uhrazují náklady na své potřeby.

Článek 3. Speciální výluky z pojištění

Vedle obecných výluk uvedených v čl. 5, VPP-C/650-11 se pojištění dále nevztahuje na odpovědnost pojištěného za újmu vyplývající z vlastnictví, držby, nájmu nebo správy hmotné nemovité věci nebo hmotné součásti práva stavby, a dále vzniklou v prostoru jakéhokoliv objektu ve stavbě, rekonstrukci či v demolici, výjma svépomocné rekonstrukce domácnosti, pokud není ve smlouvě uvedeno jinak.

Článek 4. Platnost

Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dnem 1. září 2023.

VÝKLAD POJMŮ

- Domácím a hospodářským zvířetem** se pro účely tohoto pojištění rozumí psi, kočky, okrasné a zpěvné ptactvo, prasata, ovce, kozy, skot, koně, divoká zvířata (šelmy, plazi, opice, krokodýli apod.), jiná jízdní a tažná zvířata, terarijní zvířata, králíci, kozeštinová a laboratorní zvířata chovaná v omezeném množství pro zálibu, hrabavá a vodní drůbež, zvíře sloužící jako pomocník pro osobu se zdravotním postižením.
- 1.1.** Za domácí a hospodářská zvířata se v žádném případě nepovažují zvířata sloužící k výdělečné nebo podnikatelské činnosti.
- Domácností** se rozumí domácnost, ve které má pojištěný hlášený pobyt v ČR a uhrazuje náklady na své potřeby. Pojištěnou domácností se ve smyslu tohoto pojištění nerozumí domácnost užívaná výlučně za rekreačním účelem.
- Držitelem** (oprávněným) se rozumí osoba, která v dobré víře, že jí věc patří, nakládá s ní jako s vlastní nebo která vykonává právo pro sebe.
- Elektrokolem** se rozumí jízdní kolo vybavené pedály nebo elektrokoloběžka s pomocným elektromotorem (jízdní kolo EPAC) podle ČSN EN 15194, které však nemůže být poháněno výlučně tímto pomocným elektromotorem, vyjma pomocného režimu při spouštění. Pomocný elektrický pohon může mít maximální trvalý jmenovitý výkon 0,25 kW, a jeho výkon se postupně snižuje, a nakonec se přerušuje, jakmile jízdní kolo EPAC dosáhne rychlosti 25 km/h nebo dříve, jestliže cyklista přestane šlapat.
- Finanční škodou** se rozumí jiná majetková újma, která vznikla jinak než úrazem, jiným poškozením zdraví, poškozením, zničením nebo pohřešování věci.
- Hrubou nedbalostí** je:
 - a) jednání nebo opomenutí, při kterém musel být vznik újmy předpokládán nebo očekáván a účastník věděl či mohl a měl vědět, že při takovém jednání nebo opomenutí újma nastane, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že nenastane, případně byl s jejím vznikem srozuměn;
 - b) lhotejnost k výsledku jednání nebo k výsledku činnosti;
 - c) vědomé porušení právní povinnosti.
- Jízdním kolem** se rozumí vozidlo, které má nejméně dvě kola a je poháněno výhradně nebo převážně svalovou energií osoby jedoucí na tomto vozidle, a to zejména prostřednictvím pedálů. Jízdním kolem se rozumí i tříkolky a vícekolky, stejně jako víceosadlová jízdní kola – tandemy a jim podobná vozidla poháněná lidskou silou.
- Krádeží vloupáním** se rozumí přivlastnění si pojištěné věci nebo její součásti způsobem, při kterém pachatel podle následujících bodů vnikl do uzavřeného pojištěného prostoru listí, nedovoleným překonáním uzamčení nebo překonáním jiné jistící překážky s použitím síly.
- Letadlem** se rozumí zařízení schopné vyvozovat síly nesoucí jej v atmosféře z reakcí vzduchu, které nejsou reakcemi vůči zemskému povrchu. Pro účely tohoto pojištění se nepovažuje za letadlo model letadla, jehož maximální vzletová hmotnost nepřesahuje 25 kg. Dron je chápán jako bezpilotní letadlo.
- Loupež** je přivlastnění si pojištěné věci pachatelem za užití násilí nebo pohrůžky bezprostředního násilí proti pojištěné osobě, osobě žijící s pojištěným ve společné domácnosti nebo zástupci pojištěného, v úmyslu zmocnit se jeho věci v místě pojištění. Za zástupce pojištěné osoby se považují osoby, které pojištěný pověřil péčí o své pojištěné věci.
- Malá plavidla** jsou pro potřeby tohoto pojištění např. windsurfingy, kánoe, kajaky a jiné čluny, které nepodléhají evidenci Státní plavební správy.
- Mimosmluvní odměna advokáta** je odměna advokáta určená ustanoveními advokátního tarifu o mimosmluvní odměně.
- Následnou finanční škodou** se rozumí finanční škoda, které přímo předchází vznik škody na věci a podmínkou jejího vzniku je, že škoda na věci vznikla. Jedná se například o ušlý zisk, nebo náklady na likvidaci zničené věci.
- Následnou finanční škodou vyplývající z újmy na životě a zdraví** se rozumí náhrada újmy, která vznikla jako přímý důsledek újmy na zdraví nebo životě (zejména ušlý zisk, regresy zdravotních pojištěných, náhrada za ztrátu na výděleku nebo důchodu).
- Nemotorovým plavidlem** se rozumí nemotorová plavidla, která podléhají evidenci Státní plavební správy (např. plachetnice), ale současně i nemotorová plavidla, která této evidenci nepodléhají (např. kánoe, pramička).
- Nemovitostí** se rozumí pozemky a stavby na pozemku a jiná zařízení.
- Opatrovatelem domácího a hospodářského zvířete** se pro účely tohoto pojištění rozumí fyzická osoba, které vlastník domácího a hospodářského zvířete trvale nebo dočasně svěřil toto zvíře k opatrování.
- Pokles půdy** je klesání zemského povrchu směrem do centra Země.
- Pomocnou osobou zaměstnanou v domácnosti** se rozumí třetí osoba, která na prokazatelně smluvním základě, který nezakládá pracovněprávní vztah, na základě dohody o vykonání práce nebo dohody o pracovní činnosti, dočasně nebo dlouhodobě, vykonává v domácnosti pojištěného sjednané činnosti.
- Poškozením věci** se rozumí změna stavu věci, kterou je objektivně možno odstranit opravou nebo taková změna stavu věci, kterou objektivně není možno odstranit opravou, přesto však je použitelná k původnímu účelu.
- Požár** je oheň, který vznikl nebo se rozšířil mimo určené ohniště. V rámci tohoto pojistného nebezpečí mohou být hrazeny i škody vzniklé poškozením nebo zničením pojištěné věci zplodinami požáru nebo hašením nebo stržením při zdořování požáru či při odstraňování jeho následků. Požárem však není žhnutí a doutnání s omezeným přístupem kyslíku ani působení užitkového ohně a jeho tepla. Požárem dále není působení tepla při zkratu v elektrickém vedení nebo zařízení, pokud se plamen vzniklý zkratem dále nerozšíří.
- Profesionální sportovní činností** se rozumí sportovní činnost vykonávaná pojištěným za úplatu, bez ohledu na typ právního vztahu, jenž je titulem vzniku nároku pojištěného na úplatu (pracovněprávní vztah, obchodněprávní vztah atd.).
- Prostou krádeží (ztrátou)** se rozumí stav, k němuž došlo bez prokazatelného násilného překonání ochranného zabezpečení zabraňujícímu odcizení nebo bez jiného násilného jednání a kdy pojištěný nezávisle na své vůli pozbyl možnost s věcí nakládat.
- Přechodně užívanou domácností** se pro účely pojištění odpovědnosti občanů za újmu rozumí domácnost, kterou pojištěný užívá pouze přechodně na základě vlastnického, nájemního nebo jiného smluvního vztahu včetně domácnosti užívané za rekreačním účelem. Přechodně užívanou domácností nejsou zaměstnanecké, studentské či jiné ubytovny všeho druhu, bez ohledu na to, jaký je časový rozsah jejich užívání pojištěným.
- Přepravní smlouvou** se rozumí i zasilatelská smlouva.
- Sesuv půdy, zřícení skal nebo zemin** je jev, při kterém došlo k pohybu značného množství půdy, skal nebo jiné zeminy vzniklý působením gravitace a vyvolaný náhlým porušením dlouhodobé rovnováhy, ke které svahy zemského povrchu dospěly vývojem.
- Sesuv nebo zřícení lavin** je jev, při kterém se masa sněhu nebo ledu náhle uvede do pohybu a řítí se do údolí.
- Společnou domácnost** tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby (splněny musí být současně obě podmínky). Spolužití je trvalé, jestliže objektivně zjištělné okolnosti svědčí o úmyslu osob založit a vést takové spolužití, nikoliv pouze na přechodnou dobu. Společné hrazení nákladů znamená, že jednotliví členové přispívají na potřeby života rodiny a potřeby společné domácnosti podle svých osobních a majetkových poměrů, schopností a možností tak, aby životní úroveň všech členů rodiny byla zásadně srovnatelná. Poskytování majetkových plnění má stejný význam jako osobní péče o rodinu a její členy.
- Stavbou** se rozumí veškerá stavební díla, která vznikají stavební nebo montážní technologií, bez zřetele na jejich stavebně technické provedení, použité stavební výrobky, materiály a konstrukce, na účel využití a dobu trvání. (např. rozhrady, chodníky, zpevněné plochy). Za stavbu se považuje i jakýkoliv venkovní bazén, který je pevně zapuštěný do terénu, včetně jeho součástí a příslušenství (např. zastřešení, filtrační jednotky, schůdky, protiproudý, topné systémy na ohřev vody, reflektory).
- Škodnou událostí** je událost, ze které vznikla škoda nebo újma a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.

31. Únik kapaliny z vodovodního zařízení

Pravo na plnění vzniká tehdy, byla-li věc poškozená nebo zničena vodou, kapalinou či párou, která unikla v důsledku náhlé a nečekané poruchy, prasknutí nebo jiného náhlého porušení integrity, mimo místo určení z:

- a) nádrží pro zachycení vody, bazénů a vířivek, pokud se nacházejí na místě pojištění, na kterém se nachází pojištěná stavba nebo na pozemku, na kterém se nachází pojištěná domácnost;
 - b) akvária, přičemž škody způsobené živočichům v akváriu žijícím, rostlinám a ostatním věcem v akváriu a škody na akváriu pojištěné nejsou;
 - c) pevně a řádně instalovaných vodovodních potrubí, armatur a pevně a řádně připojených sanitárních zařízení nebo zařízení pro ohřev vody a odváděcích potrubí uvnitř budovy;
 - d) potrubí nebo zařízení teplovodního, horkovodního nebo parního vytápění uvnitř budovy;
 - e) vodovodních, teplovodních, horkovodních, parovodních nebo kanalizačních řádů nebo přípojek na ně;
 - f) řádně připojených automatických praček, myček, zařízení na ohřev vody a podobných zařízení;
 - g) klimatizačních nebo solárních zařízení;
 - h) sprinklerů anebo jiných bezpečnostních hasicích zařízení.
- 31.1. Pojištění se nevztahuje na škody způsobené:
- a) pronikáním spodní vody, vodou při mytí nebo sprchování;
 - b) vodou z otevřených kohoutů;
 - c) působením vlhkosti, rzi, hub nebo plísní;
 - d) vodou z povodní;
 - e) atmosférickými srážkami;
 - f) vodou ze sprinklerů nebo jiných bezpečnostních hasicích zařízení během hašení;
 - g) vodou z kropicích hadic;
 - h) vodou uniklou při tlakových zkouškách nebo v souvislosti s opravami zařízení napojených k vodovodnímu nebo kanalizačnímu systému;
 - i) zemětřesením nebo sesuvem půdy;
 - j) ztrátou vody, tj. zejména finanční ztrátou hodnoty vody, která unikla z vodovodního systému;
 - k) škody způsobené vylitím, vycákáním, přelitím, pozvolným unikáním.
- 31.2. Pojištěný je povinen zejména:
- a) udržovat vodovodní zařízení v řádném stavu;
 - b) u stavby nebo části staveb, které nejsou trvale užívány, uzavřít, vyprázdnit a udržovat vodovodní zařízení v nich umístěná prázdná;
 - c) v topném období vyprázdnit jednotlivá zařízení napojená na systém vytápění, pokud je tento mimo provoz.
32. **Újma způsobená úmyslně** je újma, která byla způsobena úmyslným jednáním nebo úmyslným opomenutím. Při dodávkách věcí nebo při dodávkách prací a služeb je újma způsobená úmyslně také znalostí vadnosti nebo škodlivosti vyrobeného nebo dodaného zboží nebo provedené práce nebo vykonávané činnosti nebo jednání.
33. **Újmou na zdraví a životě** se rozumí náhrada za účelně vynaložené léčebné výlohy, náhrada za vytrpěné bolesti, náhrada za ztížení společenského uplatnění, náhrada duševních útrap, náhrada nákladů na výživu pozůstalým, náhrada přiměřených nákladů spojených s pohřbem.
34. **Újma na věci** je poškození, zničení nebo pohřešování věci.
35. **Výbuch** je náhlý projev roztažnosti plynů nebo par navenek. Výbuchem však není aerodynamický třesk způsobený provozem letadla. Výbuchem rovněž není reakce ve spalovacím prostoru motorů, v hlavních střelných zbraních a jiných zařízeních, ve kterých se energie výbuchu cílevědomě využívá nebo při činnostech, při kterých se energie výbuchu cílevědomě využívá.
36. **Výdělečnou činností** se rozumí taková činnost, z níž má občan příjem, který podléhá dani z příjmu. Pro účely tohoto pojištění se za výdělečnou činnost nepovažuje příležitostná výdělečná činnost, která není provozována podnikatelem.
37. **Výroční den počátku pojištění** je den, který se číslem dne v měsíci a pojmenováním měsíce shoduje se dnem počátku pojištění.
38. **Zničením věci** se rozumí změna stavu věci, kterou objektivně není možno odstranit opravou, jejíž cena nepřesáhla pojistnou částku nebo věc už není možno dále používat k jejímu původnímu účelu.

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ NUTNÉ A NEODKLADNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮ (VPP/860-13)

Článek I.

Úvodní ustanovení

1. Práva a povinnosti účastníků tohoto pojištění se řídí právním řádem České republiky, zejména ustanoveními zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění, těmito pojistnými podmínkami a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě.
2. Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé pojistitel:

MAXIMA pojišťovna, a.s., se sídlem Italská 1583/24, Praha 2, 120 00, IČO: 61328464, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3314 (dále jen „pojistitel“).
3. Pojištění se sjednává jako škodové.
4. Pojištění se vztahuje na všechny druhy pobytů upravených zákonem, s výjimkou těch, kdy fyzická osoba je obligatorně účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.

Článek II.

Výklad pojmů

1. **Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
2. **Pojištěný** je fyzická osoba, která není občanem České republiky (dále jen „ČR“) na jehož zdraví se pojištění vztahuje a který pobývá na území ČR na základě platného a účinného povolení vydaného v souladu s právními předpisy ČR.
3. **Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění tím, že prokazatelně vynaložila náklady, jejichž úhrada je předmětem pojistného plnění.
4. **Pojistná událost** je nahodilá skutečnost specifikovaná v čl.IV. těchto VPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
5. **Jedna pojistná událost** je pojistná událost z pojištění jedné osoby vzniklá z jedné příčiny a zahrnuje všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná, časová nebo jiná souvislost.
6. **Pojistným nebezpečím** se rozumí jakákoliv příčina vzniku úrazu, náhlého onemocnění nebo smrti pojištěného, s výjimkou příčin a případů, které jsou výslovně uvedeny ve výlukách z pojištění.
7. **Náhlým onemocněním** se rozumí náhlé a nepředvídatelné zhoršení zdravotního stavu pojištěného, které nastalo v době platnosti pojištění nezávisle na vůli pojištěného a které vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče včetně případného zajištění její dostupnosti.
8. **Nutnou zdravotní péčí** se rozumí lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) zdravotních stavů, kdy z lékařského hlediska je třeba zdravotní péči poskytnout ihned nebo ve velmi krátké době.
9. **Neodkladnou zdravotní péčí** se rozumí lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) stavů souvisejících s možností postižení základních životních funkcí a stavů s tím spojených, kdy z lékařského hlediska by prodloužením mohlo dojít k vážnému poškození zdraví nebo k ohrožení života.
10. **Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí neúmyslné, náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.

11. **Repatriací** se rozumí převoz do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, případně do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolený pobyt. Jedná se o:
 - a) repatriaci nemocného pojištěného, pokud je ze zdravotního hlediska možná, organizovanou asistenční společností po schválení pojistitelem. V případech, kdy to zdravotní stav pojištěného vyžaduje, může pojistitel rozhodnout i o úhradě nákladů nezbytného zdravotnického personálu,
 - b) převoz tělesných ostatků zemřelého pojištěného, organizovanou asistenční společností, po schválení pojistitelem.
12. **Doklad o zdravotním pojištění** je doklad vydaný pojištěnému při sjednání pojistné smlouvy, kterým prokazuje existenci a rozsah pojištění.
13. **Asistenční společnost** je třetí osoba uvedená v pojistné smlouvě, která na základě smlouvy s pojistitelem poskytuje pojištěným osobám asistenční služby v rozsahu call centra, za podmínek blíže určených v pojistné smlouvě a těchto pojistných podmínkách. Spojení na asistenční společnost je uvedeno v pojistné smlouvě a v dokladu o zdravotním pojištění.
14. **Tranzitem** je doprava pojištěného, pokud současně splňuje všechny tyto podmínky:
 - a) začíná (nebo končí) na území ČR a směřuje do (nebo ze) státu, jehož je pojištěný státním příslušníkem nebo ve kterém má povolený pobyt,
 - b) v případě pozemní dopravy zahrnuje přímý průjezd územím dalších států do nebo ze státu dle bodu a) (země tranzitu), který netrvá déle než 24 hodin,
 - c) je doložitelná relevantním cestovním dokladem nebo dokladem o nákupu pohonných hmot.
12. **Schengenským prostorem** je území států - signatářů Schengenské smlouvy: Belgie, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Itálie, Island, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Maďarsko, Německo, Nizozemí, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko.
13. **Profesionálním sportem** se rozumí sportovní činnost vykonávaná na základě smlouvy se sportovní nebo jinou organizací, nebo sportovní činnost, která je převážným zdrojem příjmů osoby.

Článek III.

Předmět pojištění

1. Předmětem pojištění je úhrada nákladů nutné a neodkladné zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit ve zdravotnickém zařízení v ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, v zemích Schengenského prostoru nebo v zemích tranzitu v důsledku úrazu nebo náhlého onemocnění, ke kterým došlo během trvání pojištění při pobytu pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, v zemích Schengenského prostoru nebo v zemích tranzitu. Předmětem pojištění je dále úhrada nákladů repatriace nemocného, zraněného nebo zemřelého pojištěného za podmínek stanovených v článku II.
2. V případě pojistné události je pojištěný povinen kontaktovat asistenční společnost pojistitele a postupovat podle jejích pokynů a podle pokynů pojistitele.

Článek IV.

Pojistná událost a vznik újmy

1. Pojistnou událostí je ošetření pojištěného ve zdravotnickém zařízení v době trvání pojištění a na území krytém tímto pojištěním, pokud se jedná o zdravotní péči nutnou a neodkladnou, repatriace pojištěného za podmínek stanovených v čl. II bodě 11.
2. Náklady nutné a neodkladné zdravotní péče musí být přiměřené a nezbytné, prokazatelné a účelně vynaložené při jejím poskytnutí pojištěnému ve zdravotnickém zařízení v ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, v tranzitní zemi nebo ve státu Schengenského prostoru v době trvání pojištění v důsledku pojistné události, a dále náklady na nutnou repatriaci z ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno ze Schengenského prostoru nebo ze země tranzitu.
3. Pojistitel tyto náklady zpravidla hradí přímo zdravotnickému zařízení v ČR, které zdravotní péči poskytlo, a to na základě faktury vystavené v souladu s platnými právními předpisy. Ambulantní péči uhrazenou pojištěným zdravotnickému zařízení hotově v částkách do Kč 1000,- hradí pojistitel oprávněné osobě dle čl. II bodu 3 proti předložení zprávy lékaře a účtu za pojištěním krytou nutnou a neodkladnou zdravotní péčí.

4. Nutná a neodkladná zdravotní péče zahrnuje:
- nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - nezbytné ošetření,
 - nezbytnou hospitalizaci pojištěného ve vícelůžkovém pokoji se standardním vybavením,
 - nutné operační výkony včetně souvisejících nezbytných výloh;
 - účelně použitý zdravotnický materiál a léčiva,
 - ze zdravotního hlediska nutnou přepravu pojištěného prostředky zdravotnické přepravy z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zdravotnického zařízení nebo přepravu pojištěného do nejbližšího zdravotnického zařízení, které může poskytnout potřebnou zdravotní péči;
 - první neodkladné jednoduché ošetření chrupu pojištěného (včetně případné extrakce) za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu, horní hranice pojistného plnění na jednu pojistnou událost tohoto typu je 5 000,- Kč.

Článek V. Pojistné plnění

- Horní hranice pojistného plnění, je určena limitem pojistného plnění uvedeným v pojistné smlouvě.
- V pojistné smlouvě je uveden i dílčí limit nákladu repatriace pojištěného dle čl. II bod 11.
- V pojistné smlouvě je rovněž uveden limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
- Pojistitel hradí pojistné plnění způsobem uvedeným v čl. IV bod 3.
- Pojistitel poskytuje oprávněným osobám pojistné plnění za ošetření v ČR v tuzemské měně, není-li ujednáno jinak.
- V případě pojistné události během tranzitu nebo během pobytu na území státu Schengenského prostoru je pojistník povinen (kromě život ohrožujících onemocnění nebo úrazů) úraz nebo onemocnění ihned oznámit asistenční společnosti pojistitele, která zajistí potřebnou zdravotní péči a tuto péči zpravidla poskytovatelé přímo uhradí.
- Pokud pojištěný bez vážného důvodu v případě pojistné události během tranzitu nebo během pobytu na území státu Schengenského prostoru nepostupuje podle předchozího odstavce a poskytnutou zdravotní péči sám zaplatí poskytovatelé, uhradí pojistitel náklady takové nutné a neodkladné péči ve výši průměrných nákladů této zdravotní péče v ČR. Pojistnou náhradu uhradí v takovém případě pojistitel v tuzemské měně, pro přepočít zahraniční měny se použije směnný kurz podle středního kurzu příslušné měny vyhlášené ČNB ke dni úrazu nebo nemoci.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění existence a rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.
- Pojistitel hradí náklady nutné a neodkladné zdravotní péče zdravotnickému zařízení, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady v ČR prokazatelně vynaložila, a to v rozsahu a výši odpovídající úhradě této péče z veřejného zdravotního pojištění.
- Pokud pojištěný provedl přímou úhradu nákladů zdravotní péče v ČR, které mají být předmětem pojistného plnění, pojistitel může následně proplatit přiměřené náklady na poskytnutou léčebnou péči v rozsahu a výši odpovídající veřejnému zdravotnímu pojištění na základě předložení originálů dokladů prokazujících vznik pojistné události, rozsah poskytnuté zdravotní péče a výši provedené úhrady.
- Povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění je vázána na splnění všech podmínek, závazků a povinností vyplývajících z těchto pojistných podmínek, pojistné smlouvy a souvisejících právních předpisů.

Článek VI. Výluky z pojištění

- Pojištění se nevztahuje na újmu vzniklou:
 - v důsledku právní skutečnosti, o které pojištěný v době uzavření pojistné smlouvy věděl nebo mohl vědět,
 - záměrným čerpáním zdravotní péče (tzv. zdravotní turistika),
 - v souvislosti s činností, kterou pojištěný vykonává neoprávněně,

- d) v době, kdy pojištěný je účastníkem veřejného zdravotního pojištění ČR,
 - e) v případě, že pojištěný započal tranzit ve zdravotním stavu, který mohl předpokládat onemocnění a s ním spojenou nutnou a neodkladnou péčí během tranzitu a tato péče mu během tranzitu byla poskytnuta,
 - f) v přímé souvislosti s úrazem, který vznikl při provozování profesionální sportovní činnosti i přípravě na ni,
 - g) v přímé souvislosti s úrazem, který vznikl při provozování extrémních sportů, jako jsou např. horolezectví, hloubkové potápění, speleologie, skok do hloubky na gumovém laně, sjíždění divokých vod, adrenalinové sporty apod.
- Pojistitel neposkytuje plnění za újmy v případě:
 - výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem, ani v případě výkonů, které nejsou lékařsky uznávané,
 - porušení léčebných postupů předepsaných lékařem,
 - čerpání zdravotní péče na léčení takových nemocí a zdravotních stavů, kdy je zdravotní péče vhodná, účelná a potřebná, ale je odkladná a lze ji poskytnout až po návratu do mateřské země,
 - kdy příčina nebo příznaky pojistné události nastaly před uzavřením pojistné smlouvy,
 - kdy léčebná péče souvisí s onemocněním či úrazem nebo jejich následky, kterými pojištěný trpěl nebo o nich věděl během 6 měsíců před počátkem pojištění, bez ohledu na to, zda byly či nebyly léčeny,
 - kdy příčina události souvisí nebo může souviset s těhotenstvím pojištěné,
 - kdy pojištěný odmítne repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření, která měl provést lékař určený pojistitelem nebo asistenční společností,
 - kdy příčinou pojistné události jsou válečné události, vzpoura, povstání nebo jiné hromadné násilné nepokoje, stávky, výluky, teroristické akty včetně chemické nebo biologické kontaminace,
 - onemocnění v důsledku užívání léků či jiných prostředků bez lékařského předpisu,
 - vyšetření a léčení psychických poruch, psychologických vyšetření a psychoterapie, léčení závislosti včetně vyšetření a komplikací,
 - pohlavních nemocí (včetně jejich komplikací),
 - AIDS (včetně jejich komplikací) a vyšetření na HIV pozitivitu,
 - virové hepatitidy typu C (včetně jejich komplikací).

Článek VII. Pojistná smlouva

- Pojistná smlouva se uzavírá podpisem písemné smlouvy oběma smluvními stranami. Pojistná smlouva může být uzavřena i zaplacením pojistného ve výši uvedené na formuláři pojistné smlouvy ve lhůtě 30 dnů od vyhotovení formuláře, jinak návrh na uzavření pojistné smlouvy zaniká.
- Všechna ostatní právní jednání týkající se pojištění musí mít písemnou formu.
- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou tyto pojistné podmínky, dále smluvně dohodnuté přílohy nebo další písemná ujednání a doklady.
- Pojistitel vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření smlouvy.
- Případné změny v pojistné smlouvě se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
- Uzavřením pojistné smlouvy souhlasí pojistník s tím, aby pojistitel umožnil Službě cizinecké policie dálkový přístup k údajům o pojistné smlouvě v souvislosti s povinnostmi Služby cizinecké policie, vyplývajících ze zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR, v platném znění.

Článek VIII. Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

- Pojištění se sjednává na dobu určitou, která je uvedena v pojistné smlouvě.
- Pojištění vzniká dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy, pokud není ve smlouvě ujednáno, že vzniká již uzavřením pojistné smlouvy nebo později.

3. Podmínkou vzniku a trvání pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území Schengenského prostoru za splnění všech podmínek stanovených právními předpisy.
4. Pojištění se nepřerušuje.
5. Pojištění zaniká kteroukoli z následujících skutečností
 - a) uplynutím pojistné doby, a to ve 00,00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) ukončením pobytu pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území Schengenského prostoru nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění,
 - d) odstoupením pojistníka od pojistné smlouvy,
 - e) dnem, kdy se pojištěný stal účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (na základě zaměstnaneckého poměru na území ČR nebo získáním trvalého pobytu na území ČR), ne však dříve, než se o tom pojistitel prokazatelně dozvěděl.
6. Pojistnou smlouvu lze ukončit dohodou smluvních stran za dohodnutých podmínek.

Článek IX. Pojistné

1. Pojistné je ve smyslu zákona jednorázovým, pokud není stanoveno jinak. V pojistné smlouvě může být sjednána obchodní sleva.
2. Pojistné náleží pojistiteli za dobu trvání pojištění. V případě zániku pojištění v důsledku pojistné události náleží pojistiteli celé jednorázové pojistné.

Článek X. Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Kromě dalších povinností stanovených právními předpisy jsou pojistník a pojištěný povinni:
 - a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění, to platí i v případě vyřizování pojistné události,
 - b) oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které se pojistitel tázal nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě,
 - c) sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách účinných v době vzniku pojistné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojistného nebo nebezpečí,
 - d) učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu újmy,
 - e) dbát pokynů a doporučení zdravotního personálu,
 - f) podrobit se podle pokynu lékaře potřebnému vyšetření nebo zákroku,
 - g) podrobit se na žádost pojistitele vyšetření lékařem stanoveným pojistitelem.
2. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen zejména:
 - a) oznámit pojistnou událost pojistiteli, a to přímo nebo prostřednictvím asistenční společnosti, která současně provádí potvrzení pojistného krytí v zastoupení pojistitele pro zdravotní zařízení. V případech, kdy tento způsob není technicky možný pro závažnost zdravotního stavu pojištěného, je možné oznámit pojistnou událost pojistiteli písemně, případně faxem nebo elektronickou poštou. Oznámení musí být učiněno bez zbytečného odkladu, nejpozději však do pěti dnů po vzniku pojistné události,
 - b) dbát pokynů pojistitele nebo asistenční společnosti a podrobit se zdravotnímu vyšetření či ošetření v jimi určeném zdravotnickém zařízení na území ČR,
 - c) v případě onemocnění nebo úrazu v tranzitní zemi nebo v zemi Schengenského prostoru, je-li tak dohodnuto v pojistné smlouvě, informovat neprodleně asistenční společnost a řídit se jejími pokyny,
 - d) oznámit bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním nebo přestupkovém řízení vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku,

e) postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu újmy způsobené pojistnou událostí, jakož i právo na postih a vypořádání, a v této souvislosti pojistiteli poskytnout součinnost.

3. Za osoby s omezenou svéprávností jedná jejich zákonný zástupce nebo, není-li přítomen, osoba zákonným zástupcem pověřená.
4. Dojde-li k porušení zákonné či smluvní povinnosti, má pojistitel právo snížit pojistné plnění v závislosti na tom, jak porušení povinnosti přispělo ke vzniku nebo výši újmy, pokud nedojde ke snížení pojistného krytí podle zvláštního právního předpisu. V opačném případě je pojistitel oprávněn vyplacené pojistné plnění následně vymáhat regresem po pojištěném.
5. Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a pojistními podmínkami.

Článek XI. Povinnosti pojistitele

Kromě dalších povinností, které jsou stanoveny právními předpisy, je pojistitel povinen:

1. Poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události, pokud byly splněny všechny podmínky a závazky, které z pojistné smlouvy vyplývají.
2. Po oznámení pojistné události bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit.
3. Sdělit oprávněné osobě výsledky šetření nutného ke zjištění nároku na poskytnutí pojistného plnění a stanovení jeho výše.
4. Zajistit prostřednictvím asistenční společnosti potřebné informační služby pojištěným i zdravotnickým zařízením, zejména ověřování platnosti a účinnosti pojistné smlouvy, vyhledávání zdravotnických zařízení případně poskytování informací o pojištění. Prostřednictvím asistenční společnosti poskytnout v případě potřeby garanci na úhradu nákladů vynaložených zdravotní péče.

Článek XII. Přechod práv na pojistitele

Pokud bylo oprávněné osobě poskytnuto pojistné plnění za újmu, na jejíž náhradu má pojištěný nárok vůči třetí osobě, přechází tento nárok na pojistitele až do výše pojistného plnění, které pojistitel poskytl.

Článek XIII. Závěrečná ustanovení

1. Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním rádem ČR.
2. Pro spory plynoucí z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy ČR.
3. Komunikačním jazykem je čeština.
4. Obvyklé náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 30 % z předepsaného pojistného (stornopoplatek). V případě předčasného zániku pojištění z důvodu na straně pojistníka pojistitel uplatní stornopoplatek a vypořádá ho ke dni zániku pojištění.
5. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému se doručují zpravidla poštou nebo mohou být doručeny i pověřeným zaměstnancem pojistitele nebo zprostředkovatelem, a to na poslední známou korespondenční adresu pojistníka nebo na jeho emailovou adresu.
6. Písemnost pojistitele se považuje za doručenu dnem prokazatelného převzetí zásilky, odepření přijetí zásilky nebo vrácení zásilky jako nedoručitelné, jinak třetí pracovní den po jejím odeslání. Nebyl-li pojistník nebo pojištěný zastížen a písemnost pojistitele byla uložena u doručovatele, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se pojistník nebo pojištěný o uložení nedozvěděl.
7. Změnil-li pojistník nebo pojištěný korespondenční adresu, tuto změnu písemně pojistiteli neoznámil a písemnost pojistitele bude vrácena jako nedoručitelná, považuje se písemnost za doručenu dnem vrácení pojistiteli, i když se pojistník nebo pojištěný o zaslání nedozvěděl.
8. Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dne 5. 5. 2021.