

Pojistné podmínky pro pojištění pracovní neschopnosti sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s.

Všeobecné pojistné podmínky ČP ZDRAVÍ 04/2016 (VPP-ČPZ)

Pojištění sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. se řídí pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“), zvláštními pojistnými podmínkami (dále jen „ZPP“), které blíže upravují jednotlivé druhy pojištění, zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, v platném znění (dále jen „občanský zákoník“), zejména ust. § 2758 až § 2872 a ostatními obecně závaznými právními předpisy České republiky.

V ZPP je možno se odchýlit od ustanovení VPP, v pojistné smlouvě je možno se odchýlit od ustanovení příslušných ZPP i VPP.

Článek 1 – Slovníček

Ve VPP, příslušných ZPP a pojistné smlouvě používáme pojmy:

Pojišťovna – Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (pojistitel),

pojistník – fyzická nebo právnická osoba, která s Pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu,

účastníci pojištění – Pojišťovna a pojistník, jako smluvní strany, pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost,

pojistná událost – nahodilá skutečnost, v důsledku které Pojišťovna poskytne pojistné plnění, vymezená v příslušných ZPP a nastalá za trvání pojištění,

úraz – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození tělesného zdraví,

diagnóza – nemoc nebo úraz dle mezinárodní klasifikace nemocí ICD,

výroční den – den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje se dnem počátku pojištění,

pojistný rok – rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění a končící dnem předcházejícím výročnímu dni.

Článek 2 – Územní platnost

1. Pojistná ochrana se vztahuje na území České republiky (dále jen „ČR“).
2. V případě pojištění pro případ nemoci musí být:
 - a) pojištěný občanem ČR nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt občana Evropské unie v ČR nebo musí být pojištěncem veřejného zdravotního pojištění v ČR a
 - b) pojištěnému poskytnuta zdravotní péče tuzemským poskytovatelem zdravotních služeb.
3. V případě pojištění finančních ztrát musí být pojištěný občanem ČR nebo musí mít trvalý či přechodný pobyt v ČR.

Článek 3 – Výluky

1. Pojišťovna neposkytne pojistné plnění u nemoci, úrazu nebo finanční ztráty, které vznikly v souvislosti s:
 - a) válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - b) výtržností, kterou pojištěný vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal, a pro kterou byl soudem uznán vinným.
2. Pojišťovna neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ nemoci:
 - a) u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s požitím, požíváním nebo aplikací návykových látek (např. alkoholu), s hráčskou závislostí, včetně následků a komplikací vyplývajících z takovéto nemoci nebo úrazu,
 - b) u nemoci nebo úrazu vzniklých v souvislosti s profesionálním provozováním sportu nebo v souvislosti s provozováním sportů a volnočasových aktivit, které jsou extrémně rizikové nebo jsou provozovány v extrémních podmínkách, případně vyžadují speciální technické vybavení,
 - c) u úrazu, k němuž dojde do 7 dnů od sjednání pojištění,
 - d) pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo si vědomě poškodil zdraví.

Článek 4 – Čekací doba

1. Čekací doba je 3 měsíce.
2. Čekací doba počíná běžet ode dne:
 - a) počátku pojištění,
 - b) účinnosti změny k rozšířenému rozsahu pojistné ochrany.
3. Pojišťovna neposkytne pojistné plnění z událostí, které nastaly v čekací době, s výjimkou pojistných událostí vzniklých následkem úrazu.

Článek 5 – Vznik pojištění

Pokud smluvní strany neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, vzniká pojištění prvním dnem následujícího kalendářního měsíce po sjednání pojištění.

Článek 6 – Změna a přerušení pojištění

1. Pojistník a pojištěný oznámí Pojišťovně bez zbytečného odkladu změnu údajů uvedených v pojistné smlouvě.

2. Pokud se Pojišťovna s pojistníkem dohodne na změně pojištění spočívající v rozšíření pojistné ochrany, bude pojistné plnění z takto změněného pojištění poskytnuto až z pojistných událostí, které nastanou po uplynutí čekací doby.
3. Pojišťovna může nabídnout pojistníkovi změnu pojištění, která vyvolá změnu výše pojistného. Nabídnutou změnu může pojistník přijmout i včasným zaplacením pojistného uvedeného v nabídce, písemná forma se tak považuje za zachovanou.
4. Pojištění může být během trvání pojištění přerušeno pouze dohodou. Doba přerušování pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušování pojištění pojistník hradí náklady spojené se správou pojištění a nárůstem pojistného rizika za dobu přerušování pojištění.

Článek 7 – Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká v souladu s občanským zákoníkem v důsledku právních událostí nebo právního jednání pojistníka nebo Pojišťovny.
2. Pojištění dále zaniká dnem:
 - a) kdy pojištěný přestane splňovat jakoukoli z podmínek uvedených v čl. 2 odst. 2 písm. a) nebo odst. 3,
 - b) kdy pojistník přestane mít sídlo nebo bydliště na území ČR,
 - c) zániku všech základních pojištění, ke kterým bylo pojištění sjednáno jako doplňkové pojištění.
3. Ustanovení občanského zákoníku týkající se odstoupení od smlouvy se použijí obdobně pro jednotlivá pojištění.

Článek 8 – Pojistné období a pojistné

1. Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, není-li ujednáno, je pojistným obdobím 1 měsíc.
2. Výše a splatnost pojistného je ujednána v pojistné smlouvě v české měně.
3. Při placení pojistného je nejdříve zaplaceno pojistné s nejstarší splatností.
4. Za upomínání dlužného pojistného může Pojišťovna požadovat náhradu vynaložených nákladů.
5. Pojišťovna může v souladu s občanským zákoníkem porovnávat v rámci pojistného kmene očekávané pojistné plnění se skutečným pojistným plněním a na základě tohoto porovnání upravit výši pojistného na další pojistná období.

Článek 9 – Zjišťování zdravotního stavu

1. Pojišťovna může zjišťovat zdravotní stav pojištěného, jsou-li pro to důvody související s ohodnocením pojistného rizika, výši pojistného nebo se šetřením pojistné události.
2. Pojištěný umožní Pojišťovně získat zdravotnickou dokumentaci, kterou si Pojišťovna vyžádá.
3. Pojištěný podstoupí ve stanovené lhůtě vyšetření u lékaře určeného Pojišťovnou. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření podstoupit, informuje Pojišťovnu v předstihu o důvodech, které mu v tom brání, a dohodne s ní náhradní termín vyšetření.

Článek 10 – Oznámení a šetření pojistné události

1. Pojištěný nebo oprávněná osoba oznámí Pojišťovně bez zbytečného odkladu vznik pojistné události a poskytne Pojišťovně při jejím šetření nezbytnou součinnost. Rozsah a lhůty dokládání pojistné události jsou vymezeny v příslušných ZPP.
2. Doklady předloží pojištěný nebo oprávněná osoba v českém jazyce a Pojišťovna si je ponechává.
3. Pojišťovna může prověřovat předložené doklady, konzultovat údaje, které získala, nebo je nechávat odborně posuzovat, stejně tak může vyžadovat znalecké posudky.
4. Doklady, zejména zdravotnická dokumentace, vystavené pojištěným nebo osobou jemu blízkou (např. manželem, rodičem, dítětem) nestačí k doložení pojistné události.
5. Pojišťovna není při pojistné události v prodlení s pojistným plněním po dobu, po kterou je jiný účastník pojištění v prodlení s plněním svých povinností.

Článek 11 – Výplata pojistného plnění

1. Pojistné plnění je vypláceno nejvýše jednou za měsíc, a to vždy po doručení dokladů nutných ke zjištění existence a rozsahu povinnosti Pojišťovny plnit.
2. Pojišťovna poskytuje oprávněné osobě peněžité nebo naturální pojistné plnění. Peněžité plnění je splatné v ČR v české měně.
3. Oprávněná osoba nesmí bez souhlasu Pojišťovny postoupit pohledávku na pojistné plnění.

Článek 12 – Právní jednání

1. Právní jednání týkající se pojištění vyžaduje písemnou formu (písemnost). Písemnou formu nevyžaduje oznámení pojistníka, příp. pojištěného o změně jména, adresy, formy platby pojistného a žádost o vrácení přeplatku.
2. Pojišťovna může předložit a pojistník může přijmout nepísemnou formou nabídku změny pojistné smlouvy či dohody o zániku pojištění, pokud Pojišťovna písemnou formou obsah uzavřené dohody potvrdí.
3. Použije-li účastník pojištění při jednání s Pojišťovnou nepísemnou formu, je toto jednání účinné pouze, pokud Pojišťovna v písemné formě potvrdí, že oznámení obdržela, nebo se začne chovat ve shodě s ním.
4. Pojišťovna předem vylučuje přijetí nabídky s dodatkem nebo odchylkou.
5. Pokud se Pojišťovna v průběhu pojištění odchýlí od pojistné smlouvy ve prospěch jiného účastníka pojištění, nezakládá toto odchýlení do budoucna zavedenou praxi účastníků pojištění.
6. Právní jednání týkající se pojištění nevyvolává právní následky plynoucí ze zvyklostí v oblasti pojišťovnictví.

7. Subjektem mimosoudního řešení spotřebitelských sporů z pojistné smlouvy je Česká obchodní inspekce, www.coi.cz.

Článek 13 – Doručování

- Pojišťovna doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu v ČR.
- Písemnosti si účastníci pojištění doručují:
 - s využitím provozovatele poštovních služeb na adresu, na niž se účastník pojištění zdržuje, uvedenou v pojistné smlouvě, sdělenou po uzavření pojistné smlouvy nebo zjištěnou v souladu s právními předpisy,
 - prostřednictvím elektronické pošty na elektronickou adresu,
 - osobně,
 - prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky.
- Písemnost doručovaná prostřednictvím provozovatele poštovních služeb se považuje za doručenu:
 - dnem jejího dojití,
 - dnem jejího uložení v místně příslušné provozovně provozovatele poštovních služeb, pokud adresát nebyl v místě doručení zastížen, ačkoliv se tam zdržuje, a byl k vyzvednutí písemnosti vyzván, i když se o uložení zásilky nedozvěděl,
 - dnem, kdy adresát její přijetí odmítl,
 - dnem, kdy se Pojišťovně vrátila jako nedoručitelná.
- Písemnost doručovaná na elektronickou adresu sdělenou účastníkem pojištění Pojišťovně je doručena dnem jejího odeslání odesílatelem.

Zvláštní pojistné podmínky pojištění pracovní neschopnosti 06/2018 (ZPP-PN)

Pro pojištění pracovní neschopnosti sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. platí Všeobecné pojistné podmínky ČP ZDRAVÍ 04/2016 (dále jen „VPP“) a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen „ZPP“).

Článek 1 – Slovníček

V ZPP a pojistné smlouvě používáme pojmy:

povolání – výkon práce na základě pracovněprávního vztahu (zaměstnání) nebo jemu obdobného vztahu, nebo výkon samostatné činnosti (podnikání),

čistý příjem:

a) příjem ze závislé činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů, a to po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení a veřejné zdravotní pojištění, nebo

b) polovina příjmu ze samostatné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů,

pojistitelná denní dávka – skutečné snížení nebo ztráta příjmu pojištěného připadající na 1 kalendářní den; vypočítává se ze součtu čistých příjmů pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události; od těchto příjmů se odečtou dávky nemocenského a plnění z jiných pojištění, která pojištěný přijal k vyrovnání snížení nebo ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti,

pracovní neschopnost – dokladem o pracovní neschopnosti doložená dočasná pracovní neschopnost pojištěného, při níž pojištěný nevykonává pro nemoc nebo úraz povolání, a při níž dochází ke snížení nebo ztrátě příjmu pojištěného,

doklad o pracovní neschopnosti:

a) Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (neschopenka), pokud má pojištěný nárok na dávky nemocenského, nebo

b) formulář Pojišťovny Lékařská zpráva s určením diagnózy, pokud pojištěný nemá nárok na dávky nemocenského, doklad musí být vydán ošetřujícím lékařem pojištěného a obsahovat datum počátku pracovní neschopnosti,

karenční doba – doba od vzniku pracovní neschopnosti do sjednaného dne počátku výplaty pojistného plnění, po kterou Pojišťovna nevyplácí pojistné plnění (denní dávku); jedná se o formu spoluúčasti pojištěného.

Článek 2 – Základní principy

- Pojištění pracovní neschopnosti (dále také jen „pojištění“) je sjednáváno jako pojištění škodové a spadá do pododdílu pojištění pro případ nemoci občanského zákoníku.
- Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby, které mají příjem ze závislé činnosti nebo ze samostatné činnosti ve smyslu zákona o daních z příjmů.
- V případě pojistné události vyplácí Pojišťovna pojištěnému peněžité pojistné plnění, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou, těmito ZPP a VPP.

Článek 3 – Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost, která je delší než karenční doba z důvodu:
 - nemoci nebo úrazu v případě pojištění pracovní neschopnosti, nebo
 - úrazu v případě pojištění pracovní neschopnosti následkem úrazu.
- Pokud je pojištěný v průběhu pracovní neschopnosti léčen pro více diagnóz, vyplácí Pojišťovna denní dávku pouze jednou.
- Pokud je v průběhu pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem ukončeno léčení jedné diagnózy a je zahájeno léčení jiné diagnózy, vzniká nová pojistná událost a běží nová karenční doba.

4. Lékař určený Pojišťovnou může stanovit délku léčení konkrétní diagnózy, příp. posoudit nezbytnost léčebně rehabilitační nebo lázeňské léčebně rehabilitační péče ve smyslu čl. 4 odst. 1 písm. e), a tím určit rozsah, resp. konec výplaty pojistného plnění.

Článek 4 – Výluky

1. Pojišťovna nevyplatí pojistné plnění při pracovní neschopnosti:
 - a) v důsledku nemoci, která vznikla, nebo podle posudku lékaře určeného Pojišťovnou musela vzniknout před počátkem pojištění nebo v čekací době, včetně jejích příčin, následků a komplikací,
 - b) v důsledku úrazu nastalého před počátkem pojištění, včetně jeho následků a komplikací,
 - c) v důsledku nemoci z povolání nebo pracovního úrazu, včetně následků a komplikací z takovéto nemoci nebo úrazu vyplývajících,
 - d) v důsledku duševní choroby, psychiatrického nebo psychologického nálezu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - e) v souvislosti s poskytováním léčebně rehabilitační péče nebo lázeňské léčebně rehabilitační péče kromě případů, kdy je tato péče z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemoci nebo následků úrazu.
2. Pojišťovna dále nevyplatí pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti:
 - a) do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 9,
 - b) kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě dokladem o pracovní neschopnosti nebo doklady, které si Pojišťovna vyžádala,
 - c) po kterou pojištěný nevykonával povolání, které je uvedeno v pojistné smlouvě, tj. v době, po kterou nebyl zaměstnán, přerušil či ukončil podnikání,
 - d) počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným Pojišťovnou, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil,
 - e) počínaje dnem, kdy pojištěný porušil léčebný režim.

Článek 5 – Pojistná částka a pojistné plnění

1. Pojistná částka je sjednána na základě nabídky pojistníka tak, aby odpovídala pojistitelné denní dávce.
2. Pojišťovna může při sjednávání pojištění, změně pojištění nebo při šetření pojistné události přezkoumávat výši příjmu pojištěného.
3. Za trvání pojištění může Pojišťovna nebo pojistník nabídnout přizpůsobení pojistné částky a pojistného skutečným poměrům pojištěného.
4. Pojišťovna vyplácí pojištěnému od sjednaného dne pracovní neschopnosti denní dávku ve výši sjednané pojistné částky, nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky.
5. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 6 – Limity pojistného plnění

1. Výplata pojistného plnění je při pracovní neschopnosti omezena limitem 52 týdnů.
2. Do limitu dle odst. 1 se zahrnují i pracovní neschopnosti, mezi nimiž je prodleva kratší než 1 měsíc a pracovní neschopnosti z důvodu stejné diagnózy nebo léčení následků stejného úrazu, mezi nimiž je prodleva kratší než 6 měsíců.
3. Výplata pojistného plnění při pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím je omezena na 14 dní pro každé těhotenství.

Článek 7 – Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká:
 - a) dnem, kdy byl pojištěnému přiznán na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu starobní důchod, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhl věku 65 let,
 - b) dnem, kdy byly zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěného posouzeny orgánem sociálního zabezpečení s výsledkem vzniku invalidity kteréhokoliv stupně,
 - c) dnem, kdy pojištěný zahájil výkon jiného povolání než povolání uvedeného v pojistné smlouvě, pokud by v důsledku uvedeného došlo ke změně ohodnocení pojistného rizika,
 - d) uplynutím 6 měsíců, po které pojištěný nevykonával povolání uvedené v pojistné smlouvě (ukončil nebo přerušil výkon povolání),
 - e) vyplacením pojistného plnění v rozsahu stanoveném limitem pojistného plnění dle čl. 6 odst. 1 a 2.
2. Při zániku pojištění dle odst. 1 písm. a) až d) náleží Pojišťovně pojistné za dobu, po kterou nebyl důvod zániku Pojišťovně doložen.

Článek 8 – Oznamovací a další povinnosti

1. Pojistník oznámí Pojišťovně tyto skutečnosti týkající se pojištěného:
 - a) každou změnu, přerušení, obnovení nebo ukončení výkonu povolání uvedeného v pojistné smlouvě,
 - b) ztrátu nebo snížení příjmů, pokud poklesly oproti příjmům, na základě kterých byla sjednána nebo změněna pojistná částka,
 - c) přiznání starobního důchodu,
 - d) vznik invalidity kteréhokoliv stupně,
 - e) zahájení výkonu profesionálního sportu.
2. Pojištěný při pojistné události:
 - a) dodržuje léčebný režim včetně časového rozpětí povolených vycházek, zejména se stará o znovunabytí své pracovní schopnosti a vyloučí veškeré aktivity bránící uzdravení,

- b) umožní Pojišťovně kontrolu dodržování léčebného režimu,
- c) oznámí Pojišťovně změnu ošetřujícího lékaře, jeho adresy a telefonu.

Článek 9 – Oznámení a šetření pojistné události

1. Pojištěný oznámí Pojišťovně do konce karenční doby pojistnou událost, její vznik doloží dokladem o pracovní neschopnosti a dalšími doklady, které si Pojišťovna vyžádá.
2. Pojištěný dokládá Pojišťovně při dlouhodobé pracovní neschopnosti její trvání alespoň jednou za měsíc.
3. Pojištěný doloží na výzvu Pojišťovny:
 - a) výši čistého příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pojistné události,
 - b) výši veškerých plnění, která přijal k vyrovnání snížení nebo ztráty příjmu v důsledku pracovní neschopnosti z jiných pojištění,
 - c) trvání výkonu povolání uvedeného v pojistné smlouvě,
 - d) další skutečnosti nezbytné pro stanovení rozsahu povinnosti Pojišťovny plnit.