

**VŠEOBECNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY
KOMPLEXNÍHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ VPPKZPC/ 0714**

**Článek 1
Úvodní ustanovení**

1. Komplexní zdravotní pojištění cizinců, které sjednává Union pojišťovna, a. s., IČO: 31 322 051, zapsána v Obchodním rejstříku Okresního soudu Bratislava I, Slovenská republika, odd. Sa, vložka č. 383/B jednající prostřednictvím pobočky Union pojišťovna, a. s., pobočka pro Českou republiku, IČ: 242 63 796, zapsána v Obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka č. 75819, se řídí těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami komplexního zdravotního pojištění cizinců VPPKZPC/0714 (dále jen „pojistné podmínky“), zákonem č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník (dále jen „Občanský zákoník“) a pojistnou smlouvou.
2. Pojištění se sjednává jako pojištění škodové.
3. Pojištění splňuje podmínky stanovené zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, v platném znění, a to bez ohledu na zvolený typ pojištění.

**Článek 2
Výklad pojmů**

Pro účely pojištění podle těchto pojistných podmínek platí níže uvedený výklad pojmů:

Asistenční služba	je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele. Asistenční služba je poskytována 24 hodin denně společností EuroCross Assistance Czech Republic, s.r.o.
Čekací doba	je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.
Jednorázové pojistné	je pojistné stanovené na celou pojistnou dobu.
Komplexní zdravotní péče	je zdravotní péče ve smluvním zdravotním zařízení pojistitele na území České republiky s cílem zachovat zdravotní stav pojištěného z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Součástí komplexní zdravotní péče je rovněž preventivní a dispenzární zdravotní péče a zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné a porodem jejího dítěte.
Neodkladná zdravotní péče	je zdravotní péče v případě úrazu nebo náhlého onemocnění na území států Schengenského prostoru, kdy by neposkytnutím zdravotní péče mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života pojištěného.
Novorozenec	je dítě do věku 3 měsíců.
Onemocnění	je onemocnění, které ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí zdravotní péče. Za vznik onemocnění se považuje okamžik, který je lékařsky doložen.
Oprávněná osoba	je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Oprávněná osoba pro případ poskytnutí zdravotní péče pojištěnému je poskytovatel zdravotní péče, který je ve smluvním vztahu s pojistitelem. Pokud pojištěný uhradil léčebné náklady za zdravotní péči, která je pojistnou událostí, přímo poskytovateli zdravotní péče a prokázali tuto skutečnost způsobem popsaným-předepsaným Unionem v čl. 9 odst. 8 písm. j), je oprávněnou osobou pojištěný.
Pojistná doba	je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
Pojistitel	Union pojišťovna, a. s., IČO: 31 322 051, zapsána v Obchodním rejstříku Okresního soudu Bratislava I, Slovenská republika, odd. Sa, vložka č. 383/B jednající prostřednictvím pobočky:

	Union poistovňa, a. s., pobočka pro Českou republiku, IČ: 242 63 796, zapsána v Obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka č. 75819.
Pojistná událost	je nahodilá skutečnost, která je definována v čl. 7 a se kterou je spojena povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.
Pojistné nebezpečí	je možná příčina vzniku pojistné události.
Pojistník	fyzická nebo právnická osoba, která má ve vztahu k sjednávanému pojištění pojistný zájem a která uzavírá s pojistitelem pojistnou smlouvu a je povinná platit pojistné. Pojištěný a pojistník mohou být totožnou osobou.
Pojistka	písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, které vydá pojistitel pojistníkovi.
Pojištěný	je fyzická osoba, která není občanem České republiky, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.
Poporodní zdravotní péče o novorozence	je zdravotní péče bezprostředně navazující na porod, a to za podmínky stálé hospitalizace, avšak s výlukami uvedenými v čl. 8.
Profesionální sport	je činnost vykonávána za úplatu nebo jinou odměnu.
Průkaz pojištěného Repatriace	je písemné potvrzení pojistitele o vzniku pojištění, vydané pojištěnému. je převoz nemocného pojištěného, který je ze zdravotního hlediska nevyhnutelný a možný, nebo převoz jeho tělesných ostatků do země, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní, resp. do jiné země, ve které má pojištěný povolen pobyt. Repatriace je posuzována, schvalována a organizována asistenční službou nebo pojistitelem. Přeprava ostatků je provedena specializovanou organizací schválenou asistenční službou nebo pojistitelem.
Schengenský prostor	území států, kde mohou osoby volně překračovat hranice smluvních států, kromě České republiky.
Újma na zdraví	jakékoli poškození tělesné integrity osob, včetně onemocnění nebo invalidity vyplývající z tohoto poškození.
Škoda způsobená úmyslně	škoda způsobená úmyslným jednáním nebo úmyslným opomenutím pojištěného nebo jiných osob, které pojištěný použil k výkonu své činnosti; pokud jde o dodání věcí nebo prací, považuje se škoda za úmyslně způsobenou i tehdy, kdy pojištěný v době, kdy věci dodal, anebo kdy práce odevzdal, o vadách těchto věcí nebo prací věděl.
Úraz	neočekávané, náhlé a nepřerušené působení vnějších sil nebo vnějších vlivů, s výjimkou působení mikrobiálních jedů a imunotoxických látek, kterým byly způsobeny pojištěnému objektivně zjistitelné nebo viditelné újmy na zdraví, tělesné poškození nebo smrt.
Zájemce o pojištění	je osoba, která projeví zájem o uzavření pojistné smlouvy.
Vícenásobné pojištění	vznikne, je-li týž pojistný zájem pojištěn proti těmto pojistnému nebezpečí a pro tutéž dobu u několika pojistitelů, a přesáhne-li souhrn limitů pojistného plnění skutečnou výši vzniklé škody.

Článek 3 Pojistný zájem

1. Pojistným zájmem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Má se za to, že pojistník má pojistný zájem i na životě a zdraví jiné osoby, osvědčí-li zájem podmíněný vztahem k této osobě, ať již vyplývá z příbuzenství nebo je podmíněn prospěchem či výhodou z pokračování jejího života.
2. Dal-li pojištěný souhlas k pojištění, zejména tím, že podepsal pojistnou smlouvu, má se za to, že pojistný zájem pojistníka byl prokázán.
3. Neměl-li zájemce pojistný zájem a pojistitel o tom při uzavření smlouvy věděl nebo musel vědět, je smlouva neplatná.
4. Pojistil-li pojistník vědomě neexistující pojistný zájem, ale pojistitel o tom nevěděl ani nemohl vědět, je smlouva neplatná; pojistiteli však náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl.

5. Zánik pojistného zájmu je nutné pojistiteli vždy prokázat.

Článek 4 Předmět pojištění a připojištění

1. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ pojištění „CLASSIC“, pojištění se vztahuje na komplexní zdravotní péči, která byla poskytnuta pojištěnému na území České republiky. Předmětem pojištění jsou:
 - a) náklady na komplexní zdravotní péči, které se pojištěný podrobil:
 - v důsledku úrazu nebo onemocnění nebo
 - v souvislosti s těhotenstvím a porodem pojištěné, v době trvání pojištění ale až po uplynutí čekací doby
 - b) náklady na repatriaci
2. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ připojištění „BABY“, pojištění se vztahuje kromě předmětu pojištění uvedeném v odst. 1 tohoto článku (typ pojištění CLASSIC) také na poporodní zdravotní péči, poskytnutou na území České republiky novorozenci narozenému pojištěné matce v době trvání pojištění.
3. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ připojištění „SCHENGEN“, pojištění se vztahuje kromě předmětu pojištění uvedeném v odst. 1 tohoto článku (typ pojištění CLASSIC) také na nezbytnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému na území států Schenganského prostoru. Předmětem pojištění jsou:
 - a) náklady na nezbytnou zdravotní péči, které se pojištěný podrobil po dobu pobytu na území států Schenganského prostoru:
 - v důsledku úrazu nebo onemocnění nebo
 - b) náklady na repatriaci
4. V případě pojistné události má pojištěný právo na poskytnutí asistenčních služeb v rozsahu podle čl. 16 těchto VPPKZPC/ 0714.

Článek 5 Rozsah pojištění

1. Z pojištění typu „CLASSIC“, pojistitel poskytne pojistné plnění do limitů uvedených v pojistné smlouvě v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění v České republice, avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění; pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byli hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a to:
 - a) komplexní zdravotní péče,
 - b) nezbytné ošetření zubů pojištěného při akutních bolestech léčených extrakcí nebo provizorní výplní a neodkladné ošetření zubů v důsledku zranění,
 - c) náklady na repatriaci.
2. Je-li sjednán typ připojištění „BABY“, pojistitel poskytne kromě pojistného plnění odpovídajícímu typu pojištění „CLASSIC“ pro pojištěnou matku, také pojistné plnění na poporodní péči o novorozence pojištěné matky narozeného v době trvání pojištění. Pojistitel poskytne pojistné plnění do limitů uvedených v pojistné smlouvě v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění v České republice, avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění, pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byli hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

.....

3. Je-li sjednán typ připojištění „SCHENGEN“, pojistitel poskytne pojistné plnění do limitů uvedených v pojistné smlouvě v rozsahu:

- a) nákladů nezbytné zdravotní péče v rozsahu odpovídajícímu veřejnému zdravotnímu pojištění v zemi, kde byla péče poskytnuta,
- b) nákladů repatriace pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nevyhnutelná a možná;

Článek 6 **Čekací doba**

- 1. Čekací doba v případě těhotenství pojištěné je 3 měsíce ode dne počátku pojistné doby.
- 2. Čekací doba v případě porodu je 8 měsíců ode dne počátku pojistné doby.
- 3. Čekací doba se neuplatňuje v případě připojištění Baby.

Článek 7 **Pojistná událost**

1. Pojistnou událostí je:

- a) Změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku úrazu nebo onemocnění, která vznikla pojištěnému v době platnosti pojištění, pokud v důsledku této změny bylo nutné poskytnutí komplexní zdravotní péče (typ pojištění „CLASSIC“) nebo nevyhnutelné zdravotní péče (typ připojištění „SCHENGEN“) nebo repatriace.
- b) Poskytnutí zdravotní péče spojené s předcházením vzniku změny zdravotního stavu (prevence) (typ pojištění „CLASSIC“).
- c) Poskytnutí zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím pojištěné, pokud vzniklo v době platnosti pojištění a po uplynutí čekací doby 3 měsíce (typ pojištění „CLASSIC“ a připojištění „SCHENGEN“).
- d) Porod pojištěné, pokud vznikl v době platnosti pojištění a po uplynutí čekací doby 8 měsíců (typ pojištění „CLASSIC“ a připojištění „SCHENGEN“).
- e) Poskytnutí komplexní poporodní zdravotní péče novorozenci narozenému pojištěné matce v době trvání pojištění (typ připojištění „BABY“)
- f) Smrt pojištěného.

Článek 8 **Výluky z pojištění**

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za:

- a) zdravotní péči v důsledku úrazu, nebo onemocnění, které nastaly před uzavřením pojistné smlouvy nebo musely být pojištěnému či pojistníkovi známy před uzavřením pojistné smlouvy;
- b) události uvedené v pojistné smlouvě jako vyloučené;
- c) zdravotní péči na území České republiky, která není hrazená z veřejného zdravotního pojištění v České republice, regulační poplatky a poplatky za nadstandardní zdravotní péči a služby;
- d) zdravotní péči poskytnutou v době kdy pojištěný byl nebo měl být účastníkem veřejného zdravotního pojištění;
- e) zdravotní péči, která je odkladná a může být poskytnutá po návratu do mateřské země pojištěného;
- f) ošetření zubů s výjimkou nákladů spojených s jednoduchým ošetřením zubů (extrakce, provizorní výplň) za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti a nákladů za nevyhnutelné ošetření zubů v důsledku zranění;
- g) události, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného, tato výluka se nevztahuje na případy úrazu;
- h) události, ke kterým došlo v čase, kdy byl pojištěný pod vlivem alkoholu, omamných, psychotropních nebo návykových látek, tato výluka se nevztahuje na případy úrazu;
- i) události, které vznikly v souvislosti s činností pojištěného, na kterou neměl příslušná oprávnění;

- j) událostí vzniklých při činnostech na místech, které nebyli k těmto činnostem určeny;
 - k) události, které vznikly při výkonu extrémních, nebezpečných nebo adrenalinových sportů o rizikovitosti rozhoduje pojistitel
 - l) události způsobené uvolněním jadernou energií, chemickou nebo biologickou kontaminací;
 - m) aktivní účastí pojištěného v jakékoliv válce, vzbouření, povstání nebo nepokojích; tato výluka se nevztahuje na úraz;
 - n) v případě, kdy pojištěný odmítne podstoupit ošetření či vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb;
 - o) za léky a zdravotnické prostředky nepředepsané lékařem, které jsou volně zakoupené bez lékařského předpisu;
2. Pojistitel dále není povinen hradit náklady na:
- a) ústavní péči v k tomu určených ústavech;
 - b) lázeňskou péčí;
 - c) transplantace;
 - d) homeopatii, akupunkturu a jinou alternativní medicínu;
 - e) vyšetření a léčení pohlavních nemocí a AIDS, včetně jejich komplikací po stanovení diagnózy, vyšetření na virus HIV a komplikace související s HIV pozitivitou;
 - f) léčení růstovým hormonem;
 - g) léčení inzulinem u onemocnění cukrovkou;
 - h) léčení závislosti, včetně všech souvisejících diagnóz;
 - i) elektrické vozíky a myoelektrické vozíky;
 - j) léčení interferonem;
 - k) léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve;
 - l) léčení ledvinné nedostatečnosti hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou;
 - m) vyšetření a léčení vrozených vývojových vad od stanovení diagnózy; tato výluka se neuplatní, pokud je sjednáno pojištění Baby;
 - n) léčbu komplikací a následků, které nastanou v souvislosti se zdravotními výkony, na které se pojištění nevztahuje;
 - o) léčení vad řeči a sluchu, na sluchadla, kochleární implantáty;
 - p) léčení vad zraku, brýle, kontaktní čočky;
 - q) zhotovení a opravy zubních protéz, pevných zubních náhrad a ortodontických pomůcek;
 - r) umělé přerušování těhotenství, vyšetření a léčení neplodnosti, vyšetření v souvislosti s antikoncepcí;
 - s) kosmetické a estetické zákroky;
 - t) vyšetření a léčení psychických poruch;
3. Pokud to nebylo sjednáno v pojistné smlouvě, pojistitel neposkytne pojistné plnění za události, které vznikly v souvislosti s:
- a) provozováním profesionální sportovní činnosti, účastí na vrcholových sportovních soutěžích a při přípravě na ně;
 - b) výkonem pracovní činnosti nebo zaměstnání pojištěným;
 - c) poporodní péčí o novorozence pojištěné matky, není-li v době vzniku události účinný typ pojištění „BABY“;
4. Pojistitel není povinen hradit léčebné náklady za zdravotní péči poskytnutou po podepsání reversu a související s pokračováním zhoršení zdravotního stavu.

Článek 9

Povinnosti pojistníka, pojištěného a dalších účastníků pojištění

1. Pojistník je povinen řádně hradit pojistné.
2. Pojistník a pojištěný jsou, vedle povinností stanovených právními předpisy v právním řádu České republiky, povinni pravdivě a úplně odpovědět na písemné dotazy pojistitele, které se týkají sjednávaného pojištění. Totéž platí i v případě změny pojištění.
3. Pojistník je povinen včas seznámit všechny pojištěné osoby s obsahem pojistné smlouvy včetně jejich součástí a předat jim veškeré podklady a informace, které od pojistitele obdržel.
4. Pojistník je povinen bezodkladně písemně oznámit každou změnu jakýchkoliv údajů, které byly uvedeny v pojistné smlouvě a stejně tak vznik vícenásobného pojištění s uvedením identifikace pojistitele a horních hranic pojistného plnění.

5. Dojde-li k zániku pojištění před uplynutím sjednané pojistné doby, je pojistník vždy povinen vrátit pojistiteli průkaz pojištěného nejpozději do 5 kalendářních dnů ode dne zániku pojištění.
6. Pojistník a pojištěný jsou povinni poskytnout součinnost a umožnit pojistiteli provést šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejích následků.
7. Je-li pojistník zároveň pojištěným, vztahuje se na něj i odst. 8 tohoto článku.
8. Pojištěný je povinen:
 - a) učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení jejího rozsahu;
 - b) v případě vzniku pojistné události se vždy a bez odkladu, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, obrátit na poskytovatele asistenčních služeb pojistitele a řídit se jeho pokyny;
 - c) při vzniku pojistné události předložit poskytovateli zdravotních služeb platný průkaz pojištěného;
 - d) dát souhlas ošetřujícímu lékaři, resp. poskytovateli zdravotních služeb, aby na požádání pojistitele poskytl tomuto pojistiteli informace o zdravotním stavu pojištěného;
 - e) vždy se řídit pokyny lékaře;
 - f) zabezpečit, aby zdravotní dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá, byla poskytnuta bez zbytečného odkladu;
 - g) dbát podle svých možností na to, aby pojistná událost nenastala, neporušovat předpisy a smluvní povinnosti směřující k odvrácení pojistné události nebo ke snížení nebezpečí jejího vzniku
 - h) používat vhodné ochranné pomůcky a vybavu potřebné pro bezpečný výkon všech vykonávaných činností;
 - i) podstoupit ošetření nebo vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb
 - j) pokud je na pojištěném požadována přímá úhrada poskytovateli zdravotních služeb, je pojištěný povinen:
 - ia) předložit pojistiteli originál lékařské zprávy s uvedením diagnózy potvrzené poskytovatelem zdravotních služeb;
 - ib) předložit pojistiteli originální doklad o úhradě léčebných nákladů.

Předložení těchto dokladů bez zbytečného prodlení je podmínkou výplaty pojistného plnění.

- 9. Nastane-li událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojistné plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu, podá mu pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků takové události, o právech třetích osob a o jakémkoliv vícenásobném pojištění; současně předloží pojistiteli potřebné doklady a postupuje způsobem ujednaným ve smlouvě. Není-li současně pojistníkem nebo pojištěným, mají tyto povinnosti i pojistník a pojištěný.
- 10. Oznámení se považuje za řádně doručené (nad rámec čl. 19 těchto pojistných podmínek) pokud:
 - a) bylo podáno na k tomu určeném formuláři pojistitele;
 - b) byly předloženy veškeré originální dokumenty k dané škodné události, které jasně prokazují:
 - i. místo, datum, čas, příčinu a okolnosti vzniku škodné události, její rozsah a souvislost s pojištěnou osobou či případné uhrazené náklady v souvislosti s touto škodnou událostí uhrazené (zejména se jedná o podrobnou lékařskou zprávu, účty nebo faktury vystavené poskytovatelem zdravotních služeb, kopie receptu vystavené na jméno pojištěného, kopie policejního protokolu jestli škodná událost byla šetřena policií, kopie úmrtního listu pojištěného apod.);
- 11. Obsahuje-li oznámení vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené škodné události, anebo zamlčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojistitel vynaložil náklady v prokázané výši účelně. Vyvolá-li pojistník nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.

Článek 10

Práva a povinnosti pojistitele

1. Pojistitel je povinen:
 - a) po uzavření pojistné smlouvy a zaplacení pojistného vydat pojistníkovi pojistku a průkaz pojištěného ;

- b) před uzavřením pojistné smlouvy sdělit zájemci o pojištění informace o předmětném pojištění a o pojistiteli;
 - c) přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníkovy zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného;
 - d) odpovědět pravdivě a úplně na písemné dotazy ohledně předmětného pojištění, které má zájemce o pojištění při uzavírání pojistné smlouvy nebo pojistník při změně pojistné smlouvy;
 - e) poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události, pokud byly splněny všechny podmínky a závazky, které z pojistné smlouvy vyplývají;
 - f) po oznámené škodné události zahájit potřebná šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti poskytnout pojistné plnění;
2. Pokud došlo k pojistné události pojistitel originály dokladů nevrací, v opačném případě, je na vyžádání vrátí.
 3. Při ztrátě, poškození nebo zničení pojistky vydá pojistitel na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky; to platí obdobně i na vydání kopie pojistné smlouvy a průkazu pojištěného, přičemž pojistitel má nárok na úhradu nákladů s tím spojených minimálně 100,- Kč za jeden druhopis / kopii .
 4. Pojistitel je oprávněn prověřovat předložené doklady, vyžadovat znalecké posudky, konzultovat složité škodní události s poskytovateli zdravotních služeb nebo jinými organizacemi či osobami, a to i mimo území České republiky.
 5. Musí-li si pojistitel být při uzavírání smlouvy vědom nesrovnalostí mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, upozorní ho na ně. Přitom se vezme v úvahu, za jakých okolností a jakým způsobem se pojistná smlouva uzavírá, jako i to, je-li druhé straně při uzavírání smlouvy nápomocen pojišťovací zprostředkovatel nezávislý na pojistiteli (pojišťovací makléř).
 6. Pojistitel je oprávněn vyžadovat informace o zdravotním stavu pojištěného a přezkoumat zdravotní stav pojištěného při sjednávání pojištění, při změně pojistné smlouvy a při šetření nároků z pojištění, a to na základě :
 - a) zdravotního dotazníku
 - b) lékařských zpráv, výpisů a kopií zdravotní dokumentace od zdravotnických zařízení, které disponují těmito informacemi, se souhlasem pojištěného,
 - c) lékařského vyšetření vyžádaného pojistitelem na náklady pojistitele.

Článek 11

Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva je uzavřena podepsáním písemné smlouvy oběma smluvními stranami.
2. Jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi pojistku.

Článek 12

Pojistná doba, vznik a trvání pojištění

1. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu určitou, pojistná doba je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění vzniká v 0:00 hodin, dne označeného v pojistné smlouvě jako počátek pojistné doby.
3. Pojištění se z důvodu nezaplacení pojistného nepřerušuje.

Článek 13

Pojistné

1. Výše pojistného se určuje na základě pojistně-technických zásad a podle osobních údajů pojištěného uvedených v pojistné smlouvě.
2. Pojištění se hradí jako jednorázové za celou pojistnou dobu.
3. Pojistné je splatné dnem uzavření pojistné smlouvy v měně a výši uvedené v pojistné smlouvě.
4. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, toto právo vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
5. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli jednorázové pojistné celé.
6. Pojistitel má právo na pojistné až do doby, kdy se dozvěděl o zániku pojistného zájmu.

7. Zanikne-li pojištění dohodou, vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Tyto náklady činí 15 % z nespotřebovaného pojistného. Podmínkou pro tento postup je vrácení všech dokumentů stvrzujících uzavření pojištění.
8. Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do 21 dnů ode dne účinnosti odstoupení zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil, odstoupí-li od smlouvy pojistitel, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.
9. Pohledávky pojistitele na pojistném bude pojistitel započítávat v pořadí v jakém vznikly a nikoliv v pořadí v jakém byly upomenuty.

Článek 14 Pojistné plnění

1. O pojistném plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnými podmínkami.
2. Poskytnutí pojistného plnění je vázáno na vznik pojistné události a splnění všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a těchto pojistných podmínek vyplývá.
3. Horní hranicí pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je limit pojistného plnění uvedený v pojistné smlouvě, kde je také uveden celkový limit pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
4. Pojistitel uhradí pojistné plnění maximálně do výše standardní úhrady zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění v ČR, případně standardní úhradu z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státě Schengenského prostoru.
5. Pojistné plnění vyplatí pojistitel osobě oprávněné přijmout toto plnění v měně platné na území sídla příjemce platby, a to formou bankovního převodu nebo poštovní poukázkou na její adresu.
6. Pokud byl pojištěný oprávněn přijmout finanční plnění, které za svého života neobdržel, přechází toto nevyplacené plnění jako předmět dědického řízení.
7. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření řádně oznámené události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění. Šetření se považuje za skončené sdělením výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.
8. Nelze-li ukončit šetření nutná ke zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo ke zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost na pojistné plnění přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
9. V případě přepočtu ze zahraničních měn používá pojistitel kurz České národní banky platný v době vzniku pojistné události.
10. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění v případech, kdy pojištěný porušil ust. čl. 9 odst. 4 nebo čl. 9 odst. 8 písm. a) až f) těchto pojistných podmínek. Pojistitel má právo pojistné plnění přiměřeně snížit až o 90%, a to podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah povinnosti pojistitele plnit.
11. Minimální výše pojistného plnění, které vyplatí pojistitel pojištěnému za jednu pojistnou událost, je 100,- Kč.
12. Pokud pojištěný uhradil v zahraničí nutné výlohy v hotovosti, pojistitel mu vyplatí pojistné plnění v měně platné na území České republiky v kurzu peněžních prostředků podle kurzovního lístku České národní banky platného v den vzniku pojistné události.

Článek 15 Změny a zánik pojištění

1. Smluvní strany si mohou písemně dohodnout změnu podmínek pojištění.
2. Všechny změny pojistné smlouvy musí být písemné a jsou účinné kalendářním dnem, na kterém se smluvní strany dohodly, nejdříve však ode dne následujícího po uzavření písemné dohody o změně, a to formou dodatku k pojistné smlouvě.
3. Žádost o jakoukoliv změnu pojistné smlouvy musí být v písemné podobě.
4. Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hod. dne sjednaného jako konec pojistné doby.

5. Pojištění zaniká zánikem pojistného zájmu, dnem smrti pojištěné osoby, nebo dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění.
6. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit písemnou dohodou smluvních stran.
7. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění písemně vypovědět:
 - a) s osmidenní výpovědní dobou do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Zanikne-li pojištění výpovědí pojistníka, náleží pojistiteli odměna ve výši nákladů pojistitele spojených se vznikem a správou pojištění;
 - b) s měsíční výpovědní dobou do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události. Zanikne-li pojištění výpovědí pojistníka, náleží pojistiteli odměna ve výši nákladů pojistitele spojených se vznikem a správou pojištění;
8. Pojistník může pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou:
 - a) do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko v rozporu se zásadou rovného zacházení,
 - b) do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo o přeměně pojistitele, nebo
 - c) do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.
9. Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnosti stanovené v čl. 9 odst. 2 těchto pojistných podmínek VPPKZPC/0714, má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost stanovenou v čl. 10 odst. 1 písm. d), čl. 10 odst. 5 těchto pojistných podmínek. Právo odstoupit od pojistné smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti stanovené v čl. 9 odst. 2, nebo čl. 10 odst. 1 písm. d), resp. čl. 10 odst. 5 těchto pojistných podmínek.
10. Byla-li pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od pojistné smlouvy ve lhůtě 14 dnů ode dne jejího uzavření nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení poprvé dojde až na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy.
11. Pojistnou smlouvu lze postoupit pouze se souhlasem pojistitele.
12. Ukončením pobytu pojištěného v České republice před uplynutím pojistné doby, pojištění nezaniká.

Článek 16

Asistenční služby

1. Pojištěný má právo na poskytnutí asistenčních služeb v souvislosti se sjednaným pojištěním, která je zabezpečena smluvním partnerem pojistitele.
2. Asistenční služba je poskytována 24 hodin denně 7 dnů v týdnu.
3. V rámci asistenční služby budou pojištěnému poskytnuty následující asistenční služby:
 - a) výběr smluvního poskytovatele zdravotních služeb,
 - b) zabezpečení ošetření pojištěného lékařem u příslušného poskytovatele zdravotních služeb,
 - c) informování poskytovatele zdravotních služeb o způsobu platby nákladů na poskytnutou zdravotní péči a poskytnutí garance úhrady pojistného plnění,
 - d) průběžné informování se o zdravotním stavu pojištěného a kontrolování způsobu a průběhu léčby,
 - e) zabezpečení repatriace pojištěného v případě nutnosti,
 - f) zabezpečení přepravy tělesných ostatků pojištěného.

Článek 17

Zachraňovací náklady

1. Vynaložil-li pojistník účelně náklady při odvrácení bezprostředně hrozící pojistné události na zmírnění následků již nastalé pojistné události má proti pojistiteli právo na jejich náhradu, jakož i na náhradu škody, kterou v souvislosti s touto činností utrpěl.

2. Limit zachraňovacích nákladů na záchranu života nebo zdraví pojištěného vynaložených v době trvání pojištění činí 30% z příslušného limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě. Výše náhrady jiných zachraňovacích nákladů vynaložených v době trvání pojištění je limitována částkou 100.000,-Kč za dobu účinnosti pojistné smlouvy.
3. Vynaložil-li zachraňovací náklady pojištěný nebo jiná osoba nad rámec povinností stanovených jiným zákonem, má proti pojistiteli stejné právo na náhradu jako pojistník.

Článek 18 Přechod práv

1. Vzniklo-li v souvislosti s hrozcí nebo nastalou pojistnou událostí osobě, která má právo na pojistné plnění, pojištěnému nebo osobě, která vyložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází tato pohledávka včetně příslušenství, zajištění a dalších práva s ní spojených okamžikem výplaty plnění z pojištění na pojistitele, a to až do výše plnění, které pojistitel oprávněné osobě vyplatil. To neplatí, vzniklo-li této osobě taktové právo vůči tomu, kdo s ní žije ve společné domácnosti nebo je na ni odkázán výživou, ledaže způsobil pojistnou událost úmyslně.
2. Osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, vydá pojistiteli potřebné doklady a sdělí mu vše, co je k uplatnění pohledávky zapotřebí. Zmaří-li přechod práva na pojistitele, má pojistitel právo snížit plnění z pojištění o částku, kterou by jinak mohl získat. Poskytl-li již pojistitel plnění, má právo na náhradu až do výše této částky.
3. Pojištěný je povinen neprodleně pojistiteli oznámit, že nastaly důvody pro uplatnění práv uvedených v odst. 1 a 2 tohoto článku a odevzdat mu doklady potřebné k uplatnění těchto práv.
4. Osoba, jejíž právo přešlo na pojistitele (oprávněná osoba), je povinna vyvinout potřebnou součinnost, aby právo pojistitele vůči třetí osobě nebo vůči pojistiteli třetí osoby mohlo být uplatněno. Tato osoba (oprávněná osoba) je dále povinna činit veškerá opatření k tomu, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva pojistitele na náhradu škody podle tohoto článku.
5. Osoba, jejíž právo přešlo na pojistitele (oprávněná osoba) není oprávněna k takovým právním jednáním, kterými by se vzdávala práva na náhradu škody vůči třetí osobě v případě, že tyto nároky přecházejí na pojistitele.
6. Pokud chybou osoby, jejíž právo přešlo na pojistitele (oprávněné osoby) pojistiteli vzniknou v souvislosti s uplatněním práva dle tohoto článku jakékoliv další náklady.

Článek 19 Doručování

1. Písemnosti jsou doručovány prostřednictvím:
 - a) držitele poštovní licence,
 - b) elektronických prostředků na základě předchozí písemné a oběma smluvními stranami uzavřené dohody o způsobu zasílání písemností a potvrzování jejich přijetí,
 - c) osobně.
2. Písemnosti se pojistníkovi, pojištěnému a oprávněné osobě doručují na adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na adresu, kterou písemnou formou sdělili pojistiteli. Pojistník je povinen pojistiteli sdělit každou změnu adresy pro doručování zásilek.
3. Písemnosti určené pojistiteli zasílají pojistník, pojištěný a oprávněná osoba do sídla pobočky pojistitele v České republice, která je uvedena v pojistné smlouvě.
4. Povinnost doručit písemnost pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) se považuje za splněnou dnem, kdy ji adresát převzal nebo dnem, kdy adresát odmítl písemnost převzít.
5. Nebyl-li adresát zastížen, je písemnost uložena u držitele poštovní licence. Pokud si adresát písemnost v úložní době nevyzvedl, má se za to, že tato byla doručena dnem, kdy byla uložena, i když se adresát o jejím uložení nedozvěděl, nebo dnem, kdy byla vrácena pojistiteli jako nedoručená.
6. Písemnost zasílaná prostřednictvím provozovatele poštovních služeb se má za doručenu třetí pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státě, pak patnáctý pracovní den po odeslání.

Článek 20 Ochrana osobních údajů

1. Pro účely pojistné smlouvy bude za subjekt údajů považován pojištěný a pojistník a osoby uvedené v pojistných podmínkách, kterým může vzniknout právo na pojistné plnění.

2. Osobní údaje budou zpracovávány v automatizovaném informačním systému pojistitele.
3. Osobní údaje subjektů v rozsahu jméno, příjmení, adresa trvalého bydliště, datum narození a rodné číslo jsou zpracovávány pro účely vykonávání pojišťovacích činností podle zákona o pojišťovnictví v platném znění.
4. Osobní údaje pojistníka (v rozsahu jméno, příjmení, titul, adresa trvalého bydliště) mohou být využity v záležitosti nabídky pojišťovacích služeb nebo nabídky souvisejících služeb pojistitele, na dobu během trvání pojistné smlouvy a na dobu 10 let po ukončení pojistného vztahu. Pojistník má právo písemně vyjádřit nesouhlas se zpracováním osobních údajů na tento účel, toto vyjádření nesouhlasu nemá zpětné účinky.
5. V případě, že pojistník bude souhlasit se zasíláním obchodních sdělení, bude je pojistitel šířit elektronickými prostředky (e-mail, telefon) ve shodě se zákonem č. 480/2004 Sb. o některých službách informační společnosti a o změně některých zákonů, v platném znění, na dobu trvání pojistné smlouvy a dobu 10 let po ukončení pojistného vztahu. Pojistník může odmítnout souhlas s takovýmto využitím svého elektronického kontaktu i při zasílání každé jednotlivé zprávy, pokud původně toto využití neodmítl.
6. Poskytnutí osobních údajů na účel pojištění je povinné a je podmínkou pro uzavření pojistné smlouvy.
7. Osobní údaje budou zpřístupněny zaměstnancům pojistitele, auditorům a poradcům pojistitele.
8. V případě vzniku pojistné události, jejíž příčinou byly zdravotní problémy pojištěného nebo osob uvedených v pojistných podmínkách, budou zpracovávány i údaje o zdravotním stavu pojištěného nebo osob uvedených v pojistných podmínkách v rozsahu potřebném pro likvidaci pojistné události.
9. Osobní údaje subjektů budou poskytnuty společnosti spravující registraturní záznamy (archiv), která spolupracuje s pojistitelem na základě obchodní smlouvy
10. Osobní údaje budou zpřístupněny zaměstnancům pojistitele, auditorům a poradcům pojistitele.
11. Osobní údaje budou poskytnuty společnosti poskytující asistenční služby v případě pojistných událostí.: EuroCross Assistance Czech Republic, Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika.
V průběhu trvání pojistné smlouvy může dojít ke změně společnosti uvedené v tomto bodě, přičemž aktuální seznam těchto společností a oznámení o změnách jsou uvedeny na internetové stránce pojistitele.
12. Subjekt údajů má právo ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“) požádat pojistitele o:
 - a) informace týkající se rozsahu a účelu zpracování osobních údajů,
 - b) informace o osobních údajích, jež jsou předmětem zpracovávání včetně všech dostupných informací o jejich zdrojích a komu mohou být osobní údaje zpřístupněny,
 - c) informace o způsobu zpracování osobních údajů a povaze automatizovaného zpracovávání v souvislosti s jeho využitím pro rozhodování, pokud jsou na základě tohoto zpracovávání činěny úkony nebo rozhodnutí, jejichž obsahem je zásah do práv a oprávněných zájmů subjektu,
 - d) informace o příjemcích, případně kategoriích příjemců,
 - e) zpřístupnění osobních údajů zpracovávaných v informačním systému pojistitele,
 - f) opravu osobních údajů v případě změny,
 - g) podání vysvětlení, pokud zjistí nebo se domnívá, že zpracovávání osobních údajů je v rozporu se zákonem o ochraně osobních údajů, zejména pokud jsou osobní údaje nepřesné s ohledem na účel zpracovávání osobních údajů, nebo o odstranění vzniklého stavu (jde zejména o blokování zpracovávání, vykonání opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů).
13. Pojistitel má právo za poskytnutí informací podle odst. 12, písm. a) až d) tohoto článku požadovat přiměřenou náhradu ve výši nepřevyšující nezbytné náklady na poskytnutí informací.
14. Pokud je žádost subjektu podle ustanovení odst. 12, písm. f) tohoto článku oprávněná, je pojistitel povinen bezodkladně odstranit nežádoucí stav.
15. Subjekt má právo obrátit se přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů, pokud pojistitel jeho žádosti podle ustanovení odst. 12, písm. f) tohoto článku nevyhověl.
16. Postup podle odst. 12 tohoto článku, nevylučuje právo subjektu údajů obrátit se přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.
17. Pokud subjektu údajů vznikla při zpracovávání osobních údajů jiná než majetková újma, postupuje se při uplatňování jeho nároků podle zvláštního zákona.
18. Pokud dojde k porušení povinností uložených zákonem o ochraně osobních údajů u pojistitele nebo u zpracovatele, odpovídají za ně společně a nerozdílně.
19. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu informovat příjemce podle odst.11 o žádosti subjektu o blokování, opravu, doplnění, nebo likvidaci osobních údajů. To neplatí, pokud je informování příjemce nemožné, nebo by si vyžádalo neúměrné úsilí.

Článek 21

Závěrečná ustanovení

1. Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Práva a povinnosti vzniklé z tohoto pojištění se řídí právním řádem České republiky.
3. Veškeré spory vyplývající z pojistné smlouvy rozhoduje příslušný soud v České republice.
4. Pro uzavření pojistné smlouvy a pro komunikaci mezi smluvními stranami se použije český jazyk.
5. Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den složení částky v plné výši ve prospěch příjemce. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání částky v plné výši na účet příjemce.
6. Smluvní strany si mohou vzájemná práva a povinnosti upravit vzájemnou dohodou v pojistné smlouvě odlišně od těchto pojistných podmínek, jestliže takováto úprava neodporuje občanskému zákoníku. V případě, že se ustanovení pojistné smlouvy odlišují od ustanovení těchto Všeobecných pojistných podmínek, platí text pojistné smlouvy.
7. Tyto pojistné podmínky byly schváleny dne 25.7.2014 a nabývají účinnosti dnem 1.8.2014