

Zvláštní pojistné podmínky pro doplňková pojištění pro případ pracovní neschopnosti nebo pobytu v nemocnici

ČÁST 1.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek I.

Základní ustanovení

Pojištění pro případ pracovní neschopnosti nebo pobytu v nemocnici se sjednávají jako pojištění obnosová.

Článek II.

Pojistné nebezpečí

Pojistným nebezpečím je možnost vzniku:

- nemoci nebo
- úrazu nebo
- jiné skutečnosti související se zdravotním stavem pojištěného uvedené v pojistné smlouvě.

Článek III.

Čekací doba

- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění a činí tři měsíce s následujícími výjimkami v pojištění pro případ pobytu v nemocnici:
 - šest měsíců pro pobyt v nemocnici z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie a ortopedických náhrad,
 - osm měsíců pro pobyt v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím.
- Pojistitel neuplatní čekací dobu pro pojistné události vzniklé v důsledku úrazu, k němuž došlo během čekací doby.
- Navazuje-li počátek některého z doplňkových pojištění (viz část 2. a 3.) bezprostředně na zánik téhož doplňkového pojištění sjednaného s pojistitelem, započte se do čekací doby v novém doplňkovém pojištění doba trvání původního doplňkového pojištění, pokud se v novém doplňkovém pojištění nezvýšila pojistná částka.

ČÁST 2.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Článek IV.

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která vznikne během trvání pojištění v důsledku nemoci nebo úrazu, k nimž došlo během

trvání pojištění. Za pracovní neschopnost se považuje takový stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti definované v příslušném obecně závazném právním předpisu platném v České republice a který ošetřující lékař pojištěného potvrdil na předepsaném tiskopisu vystaveném podle tohoto právního předpisu (u pojištěných účastnících se nemocenského pojištění) nebo na jiném dokladu (u pojištěných, kteří se neúčastní nemocenského pojištění). Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je, že pojištěný v důsledku tohoto stavu po uvedení do doby nevykonává žádné ze svých dosavadních zaměstnání, jinou závislou činnost, nepodniká ani nevykonává jinou samostatnou výdělečnou činnost.

2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá pracovní neschopnost, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Je-li pojištěný po ukončení pracovní neschopnosti uznán znovu práce neschopným v následujícím kalendářním dni a důvodem této další pracovní neschopnosti byla tatáž nemoc nebo tentýž úraz, považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

3) Vznik pojistné události je pojištěný povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, nejpozději však před uplynutím sjednané karenční doby. Nesplní-li pojištěný tuto povinnost, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit přiměřeně tomu, jaký vliv mělo opožděné oznámení pojistné události na možnost pojistitele přezkoumat důvod a průběh pracovní neschopnosti.

Článek V.

Pojistné plnění

1) Pojistitel plní za pracovní neschopnost, která nastane po uplynutí čekací doby, ode dne, který lékař stanovil jako její počátek; jde-li o pracovní neschopnost z jiných důvodů než úrazu, plní nejdříve po uplynutí sjednané karenční doby. Pojistné plnění pojistitel vyplácí až do dne, kterým je pracovní neschopnost podle rozhodnutí lékaře ukončena, nejdéle však do dne, který odpovídá maximální době pracovní neschopnosti stanovené v Oceňovací tabulce pojistitele pro pojistné plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci (dále jen „oceňovací tabulka“) platné ke dni, kdy bylo pojistiteli doručeno oznámení pojistné události.

2) Nepřesáhne-li pracovní neschopnost z důvodu úrazu karenční dobu stanovenou v pojistné smlouvě, pojistitel pojistné plnění neposkytne; je-li tato pracovní neschopnost delší než karenční doba, poskytne pojistitel pojistné plnění již od počátku pracovní neschopnosti.

3) Pojistné plnění za pracovní neschopnost stanoví pojistitel jako součin sjednané pojistné částky a počtu dnů pracovní neschopnosti (po jeho snížení o případnou karenční dobu), a to i v případě, že pracovní neschopnost byla

uznána pro více nemocí nebo následků úrazů. Z jedné pojistné události plní pojistitel nejdéle za dobu 365 dnů od počátku pracovní neschopnosti.

- 4) Pojistitel je oprávněn doplňovat a měnit oceňovací tabulku v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe.
- 5) Je-li v oceňovací tabulce u příslušného tělesného poškození nebo nemoci uveden určitý požadavek (např. způsob léčení), je jeho splnění ze strany pojištěného podmínkou pro výplatu pojistného plnění za maximální dobu pracovní neschopnosti stanovenou pro toto tělesné poškození nebo nemoc. Nemá-li daný požadavek splněn, poskytne pojistitel pojistné plnění nejvýše za dobu, která odpovídá v případě pracovní neschopnosti:
 - a) z důvodu úrazu polovině uvedené maximální doby pracovní neschopnosti,
 - b) v ostatních případech polovině rozdílu mezi maximální dobou pracovní neschopnosti a karenční dobou.
- 6) Pojistné plnění se vyplácí až po ukončení pracovní neschopnosti. Trvá-li však pracovní neschopnost déle než tři měsíce, vyplátí pojistitel pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- 7) Pojistitel neplní za dobu pracovní neschopnosti po zániku pojištění s výjimkou zániku pojištění uplynutím pojistné doby.

Článek VI.

Pojistná částka

- 1) Pojistitel nezjišťuje při uzavření pojistné smlouvy nebo při změně pojištění příjem pojištěného, nepřesahuje-li pojistná částka sjednaná pro jeden den částku 200 Kč.
- 2) V případě sjednání nebo změny pojištění na pojistnou částku vyšší, než je uvedeno v odst. 1, je pojištěný povinen prokázat výši svého příjmu podle článku VII. odst. 1. Pojistnou částku pojistník sjedná tak, aby nepřekročila nejvyšší pojistnou částku pro průměrný měsíční příjem, který odpovídá příjmu pojištěného, a to podle tabulky uvedené v příloze těchto zvláštních pojistných podmínek.
- 3) Vykonává-li pojištěný několik pracovních činností, pojistník sjedná pojistnou částku s ohledem na výši příjmu pojištěného jen z jednoho zaměstnání či jiné závislé činnosti nebo jen z podnikání či jiné samostatné výdělečné činnosti, a to podle své volby.
- 4) Zjistí-li pojistitel, že se během trvání pojištění snížil průměrný příjem pojištěného pod výši, na jejímž základě byla stanovena pojistná částka, je oprávněn snížit pojistné a pojistnou částku, a to tak, aby odpovídaly sníženému příjmu pojištěného. Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě dvou měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.

Článek VII.

Příjem pojištěného a způsob jeho dokládání

- 1) Průměrným měsíčním příjmem pojištěného se rozumí:
 - a) u zaměstnance hrubý příjem podle § 6 odst. 1 a 10 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, který připadá na jeden měsíc příslušného kalendářního čtvrtletí; příjem pojištěného se dokládá potvrzením plátce mzdy o výši jeho hrubého příjmu za kalendářní předcházející dni uzavření pojistné smlouvy nebo dni účinnosti její změny, resp. dni, v němž nastala pojistná událost,
 - b) u osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) a osoby, která se neúčastní nemocenského pojištění, 25% z příjmu pojištěného podle § 7 odst. 1 a 2 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, který připadá na jeden měsíc příslušného zdaňovacího období; příjem pojištěného se dokládá úředně ověřenou kopií jeho příjznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období předcházející dni uzavření pojistné smlouvy nebo dni účinnosti její změny, resp. dni, v němž nastala pojistná událost.

2) Na žádost pojistitele je pojištěný povinen kdykoli prokázat výši svého průměrného příjmu způsobem uvedeným v odst. 1. Dokud není tato povinnost splněna, pojistitel pojistné plnění neposkytne.

Článek VIII.

Povinnosti pojištěného

- 1) Dlouhotrvající snížení průměrného příjmu (u zaměstnance snížení trvajícím déle než tři kalendářní měsíce, u OSVČ a osoby, která se neúčastní nemocenského pojištění, snížení trvajícím po dobu jednoho zdaňovacího období) alespoň o 20% oproti příjmu, na základě kterého bylo pojištění sjednáno nebo změněno (s výjimkou snížení příjmu z důvodu pracovní neschopnosti), je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli. Takovou povinnost nemá pojištěný, který má pojistnou částku sjednanou ve výši uvedené v článku VI. odst. 1.
- 2) Pojištěný je dále povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli skutečnosti uvedené v článku XI. odst. 2 písm. a) a b), které jsou důvodem zániku pojištění, a skutečnost, že se zaměstnanec stane OSVČ a naopak. Při nesplnění této povinnosti může pojistitel snížit pojistné plnění nebo odmítnout jeho poskytnutí v případě škodných událostí, které nastanou v době mezi dnem, kdy uvedená skutečnost vznikla, a dnem, kdy se o ní pojistitel dodatečně dozvěděl, a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- 3) Pojištěný si nemůže sám vystavit doklad o pracovní neschopnosti, i když je k tomu jinak oprávněn.

Článek IX.

Vyluky z pojištění

- 1) Pojistitel není povinen plnit, je-li pojištěný uznán práce neschopným z důvodu:
 - a) nemoci (včetně jejích příčin, komplikací a následků), která vznikla před počátkem pojištění a pro kterou byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo se v tomto období projevil její příznak, a to pokud pracovní neschopnost nastala v období pěti let od počátku pojištění,
 - b) porodu, rizikového těhotenství, potratu nebo umělého přerušení těhotenství, pokud nebylo provedeno z lékařského hlediska jako nezbytné k záchraně života pojištěného,
 - c) umělého oplodnění nebo léčení sterility,
 - d) zákroku a zásahu, který z lékařského hlediska nebyl nezbytný a který si pojištěný vyžádal a nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky při pracovní neschopnosti,
 - e) duševní poruchy nebo poruchy chování (jsou-li hlavní diagnózou pracovní neschopnosti skupiny diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tato vyluka neplatí, nastala-li duševní porucha nebo porucha chování v důsledku úrazu, k němuž došlo během trvání pojištění,
 - f) přímých a nepřímých důsledků degenerativního onemocnění páteře a vertebrogenního algického syndromu,
 - g) úrazu (včetně jeho příčin, komplikací a následků), k němuž došlo před počátkem pojištění, resp. před počátkem předběžného pojištění, bylo-li sjednáno.
- 2) Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za pracovní neschopnost, pokud:
 - a) pojištěný odmítl vyšetření svého zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo se k tomuto vyšetření nedostavil a neomluvil se,
 - b) pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným.
- 3) Pojistitel rovněž neplní za dobu pracovní neschopnosti, po kterou pojištěný pobývá:
 - a) v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráček nebo jiné závislosti,
 - b) v lázeňských léčebnách, ozdravných nebo sanatoriích,

- c) v rehabilitačních zařízeních nebo ústavech, kromě těch případů, kdy pobyt v nich bezprostředně časově (tj. nejpozději následující den) navazuje na předchozí pobyt pojištěného v nemocnici a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu.
- 4) Z pojištění pro případ pracovní neschopnosti pojistitel neplní v době, kdy
- je pojištěný veden v evidenci úřadu práce,
 - pojištěný pečuje o dítě mladší čtyř let a současně vykonává pracovní činnost, a to i v omezeném rozsahu.

Článek X.

Územní platnost

Odhlyně od článku XII. odst. 2 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob plní pojistitel za pojistné události, které nastanou během trvání pojištění na území České republiky.

Článek XI.

Konec a zánik pojištění

- Pojištění pro případ pracovní neschopnosti končí nejpozději jeden den před výročním dnem počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne věku 65 let.
- Kromě způsobů zániku pojištění upravených v článku II. Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a v zákoně pojištění zanikne také:
 - jeden den před prvním dnem pojistného období stanoveného v pojistné smlouvě, který následuje po dni, ve kterém pojištěný naposledy vykonával pracovní činnost, nebo ve kterém měl z takové činnosti naposledy pravidelný příjem, třebaže ji neukončil; toto ustanovení se týká i případů, kdy pojištěný pečuje o dítě mladší čtyř let, a z tohoto důvodu nevykonává pracovní činnost,
 - jeden den před prvním dnem pojistného období stanoveného v pojistné smlouvě, který následuje po dni, v němž:
 - je pojištěnému přiznán starobní důchod (včetně předčasného) podle zákona o důchodovém pojištění nebo
 - je pojištěný uznán invalidním podle zákona o důchodovém pojištění; vznikne-li u životního pojištění, k němuž je sjednáno doplňkové pojištění pro případ pracovní neschopnosti, nárok na zproštění od placení běžného pojistného podle článku XI. nebo nárok na invalidní důchod podle článku VI. Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění, zanikne doplňkové pojištění jeden den před prvním dnem pojistného období, od něhož zproštění od placení pojistného počalo, pokud nebylo v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

ČÁST 3.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD Pobytu v nemocnici

Článek XII.

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pobyt pojištěného během trvání pojištění na lůžkovém oddělení nemocnice, je-li z lékařského hlediska nezbytný v důsledku jeho nemoci, těhotenství, potratu, porodu nebo jeho úrazu, k nimž došlo během trvání pojištění.
- Pobyt v nemocnici je z lékařského hlediska nezbytný, jestliže pojištěný musí být ošetřen nebo léčen na lůžkovém oddělení nemocnice (dále jen „nemocnice“) vzhledem k závažnosti onemocnění či úrazu nebo charakteru ošetření a léčení.
- Jednou pojistnou událostí je nepřetržitý pobyt pojištěného v nemocnici, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pobytu v nemocnici. Je-li pojištěný po propuštění z nemocnice v následujícím kalendářním dni znovu do nemocnice přijat z důvodu téže nemoci nebo téhož úrazu, považuje se tento pobyt za pokračování předchozího pobytu.

4) Vznik pojistné události je pojištěný povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu. Nesplní-li pojištěný tuto povinnost, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit přiměřeně tomu, jaký vliv mělo opožděné oznámení pojistné události na možnost pojištěného přezkoumat důvod a průběh pobytu v nemocnici.

Článek XIII.

Pojistné plnění

- Pojistné plnění za pobyt v nemocnici stanoví pojistitel jako součin sjednané pojistné částky a počtu dnů pobytu v nemocnici. Počet dnů pobytu v nemocnici stanoví pojistitel podle počtu půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.
- Pojistitel poskytne pojistné plnění, jen pokud je počet dnů pobytu v nemocnici vyšší než počet dnů stanovený v pojistné smlouvě; je-li tato podmínka splněna, poskytne pojistitel pojistné plnění již od počátku pobytu v nemocnici.
- Z jedné pojistné události plní pojistitel nejdéle za dobu 365 dnů; za pobyt pojištěného v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím pojistitel poskytne pojistné plnění maximálně za 20 dnů u téhož těhotenství, včetně porodu, resp. potratu.
- Překročí-li délka pobytu v nemocnici dobu z lékařského hlediska nezbytnou, může pojistitel plnit za kratší dobu, než je skutečná doba pobytu v nemocnici.
- Pojistné plnění se vyplácí až po ukončení pobytu v nemocnici. Trvá-li však pobyt déle než tři měsíce, vyplácí pojistitel pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- Pojistitel neplní za pobyt v nemocnici po zániku pojištění s výjimkou zániku pojištění uplynutím pojistné doby.

Článek XIV.

Vyluky z pojištění

- Pojistitel není povinen plnit za pobyt v nemocnici z důvodu:
 - nemoci (včetně jejích příčin, komplikací a následků), která vznikla před počátkem pojištění a pro kterou byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo se v tomto období projevily její příznaky, a to pokud pobyt v nemocnici nastal v období pěti let od počátku pojištění,
 - umělého přerušení těhotenství, pokud nebylo provedeno z lékařského hlediska jako nezbytné k záchraně života pojištěného,
 - umělého oplodnění nebo léčení sterility,
 - provedení kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - souvisejícího pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - pobytu v nemocnici nebo operace, které byly naplánovány nebo stanoveny příslušným lékařem před počátkem pojištění a pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl,
 - úrazu (včetně jeho příčin, komplikací a následků), k němuž došlo před počátkem pojištění, resp. před počátkem předběžného pojištění, bylo-li sjednáno.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za pobyt:
 - v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicích nebo v ústavech a odděleních pro chronicky nemocné,
 - v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí,
 - v ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
 - v psychiatrických léčebnách nebo v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - ve vězeňských nemocnicích nebo na ošetrovnách vojenských útvarů,
 - v lázeňských léčebnách, ozdravovnách nebo sanatoriích,

h) v rehabilitačních zařízeních nebo ústavech, kromě těch případů, kdy pobyt v nich bezprostředně časově (tj. nejpozději následující den) navazuje na předchozí pobyt pojištěného v nemocnici a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu.

Článek XV.

Územní platnost

Odchylně od článku XII. odst. 2 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob plní pojistitel za pojistné události, které nastanou během trvání pojištění na území států Evropské unie, Švýcarska, Norska a Islandu.

ČÁST 4.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek XVI.

Úpravy pojistného a pojistných částek

Pojistitel je oprávněn k výročnímu dni počátku pojištění upravovat pojistné u konkrétní smlouvy příslušného pojištění, a to na základě porovnání kalkulovaného a skutečného škodného průběhu pojištění této smlouvy. Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději dva měsíce před výročním dnem počátku pojištění. Nesouhlasí-li pojistník s takovou úpravou pojistného, je povinen toto pojistiteli sdělit do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Nesdělí-li pojistník pojistiteli ve stanovené lhůtě, že s úpravou pojistného nesouhlasí, a dále platí původní pojistné, pojistitel podle pojistněmatematických metod upraví pojistnou částku příslušného pojištění vzhledem k placenému pojistnému a pojistníka o této úpravě informuje.

Článek XVII.

Výklad pojmů

Pro účely pojištění pro případ pracovní neschopnosti a pojištění pro případ pobytu v nemocnici se rozumí:

- a) **karenční dobou** doba počínající běžet od vzniku pojistné události, jejíž délka je stanovena v pojistné smlouvě a za kterou nenáleží pojistné plnění; v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu a pobytu v nemocnici v důsledku úrazu pojistné plnění náleží i za karenční dobu, pokud ji doba léčení úrazu přesáhne,
- b) **nemocnicí** lůžkové zdravotnické zařízení poskytující základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči.

Článek XVIII.

Účinnost

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. ledna 2010.

Příloha

Průměrný měsíční příjem (v Kč)	Nejvyšší pojistná částka (v Kč)
do 18 000	200
18 001 – 20 000	250
20 001 – 22 500	300
22 501 – 27 500	350
27 501 – 30 000	400
30 001 – 32 500	500
32 501 – 35 000	600
35 001 – 40 000	700
40 001 – 45 000	750
45 001 – 50 000	800
50 001 – 55 000	850
55 001 – 60 000	900
60 001 – 65 000	1 000
65 001 – 75 000	1 100
75 001 – 85 000	1 300
85 001 – 95 000	1 450
95 001 – 105 000	1 600
105 001 – 115 000	1 800
115 001 – 125 000	1 900
125 001 – 130 000	1 950
více než 130 000	2 000