



**Všeobecné
pojistné podmínky
pro komplexní
zdravotní pojištění
cizinců
11/2023**

Všeobecné pojistné podmínky pro komplexní zdravotní pojištění cizinců

VPP KZPC 11/2023

Obsah

- Článek 1** Úvodní ustanovení
Článek 2 Vymezení pojmů
Článek 3 Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost
Článek 4 Územní rozsah
Článek 5 Rozsah pojištění
Článek 6 Pojistné plnění
Článek 7 Výluky z pojištění
Článek 8 Pojistná smlouva
Článek 9 Pojistná doba, vznik a zánik pojištění
Článek 10 Povinnosti pojistitele
Článek 11 Povinnosti pojistníka a pojištěného
Článek 12 Povinnosti pojištěného při vzniku škodné události
Článek 13 Další práva a povinnosti účastníků pojištění
Článek 14 Pojistné
Článek 15 Zachraňovací náklady
Článek 16 Informace o možnostech a způsobech nahlédnutí do spisu pojistné události
Článek 17 Závěrečná ustanovení
- Přehled hrazených stomatologických výkonů**

Článek 1

Úvodní ustanovení

1. Komplexní zdravotní pojištění cizinců (dále jen KZPC), které sjednává Slavia pojišťovna a.s., IČ 60197501, se sídlem Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4, Česká republika (dále jen pojistitel), se řídí právem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, Všeobecnými pojistnými podmínkami pro komplexní zdravotní pojištění cizinců VPP KZPC 11/2023 (dále jen VPP KZPC 11/2023) a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. VPP KZPC 11/2023 jsou součástí pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se sjednává v českém jazyce.
2. Pojištění KZPC sjednává se jako pojištění škodové na dobu určitou.
3. Pojistná smlouva o komplexním zdravotním pojištění cizinců je dokladem o cestovním zdravotním pojištění cizinců podle zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území České republiky v platném znění.

Článek 2

Vymezení pojmů

1. **Pojistník** je fyzická nebo právnická osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
2. **Pojistitel** je Slavia pojišťovna a.s.
3. **Pojištěný** je cizinec (fyzická osoba, která není státním občanem České republiky), na jehož zdraví se pojištění vztahuje.
4. **Oprávněná osoba** je osoba, která prokazatelně vynaložila náklady na zdravotní péči o pojištěného a které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
5. **Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
6. **Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události.
7. **Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
8. **Pojistná událost** je nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

9. **Náhlé onemocnění** je náhlé a nepředvídatelné zhoršení zdravotního stavu, které přímo ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
10. **Úraz** je náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které pojištěnému poškodilo zdraví nebo mu přivedlo smrt.
11. **Mateřská země** je země, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní.
12. **Repatriace** je převoz pojištěného nebo jeho tělesných ostatků do mateřské země, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolen pobyt.
13. **Nutná a neodkladná zdravotní péče** je zdravotní péče poskytnutá pojištěnému, případně novorozenci pojištěnému, v případě úrazu nebo náhlého onemocnění, kdy by prodlením mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života.
14. **Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení pojistitele, vydané pojištěnému pro prokázání existence pojištění. Na zadní straně průkazu jsou uvedeny kontakty na asistenční službu.
15. **Asistenční služba** je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele. Účelem asistenční služby je poskytnout pojištěnému pomoc v souvislosti s pojistnou událostí (řešení jazykových problémů při komunikaci se zdravotnickým zařízením, zorganizování převozu nebo repatriace pojištěného).
16. **Komplexní zdravotní péči** se rozumí zdravotní péče, včetně péče preventivní a dispenzární, poskytnutá pojištěnému, ve smluvním zdravotním zařízení pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy.
17. **Smluvní zdravotnické zařízení** je zdravotnické zařízení na území ČR, se kterým pojistitel uzavřel smlouvu o poskytování zdravotní péče v souvislosti s tímto pojištěním. Informace o smluvních zdravotnických zařízeních poskytne pojištěnému asistenční služba.
18. **Tranzitní země** jsou pouze ty země Schengenského prostoru, na jejichž území pojištěný pobývá po nezbytnou dobu, která je potřebná k nejrychlejší a nejkratší přepravě pojištěného z jeho mateřské země do ČR a zpět.
19. **Vstupní věk pojištěného** je určen rozdílem data narození pojištěného a data vzniku pojištění.

Článek 3

Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost

1. Předmětem pojištění jsou náklady na zdravotní péči a související asistenční služby poskytnuté pojištěnému na území ČR a související asistenční služby, v důsledku zhoršení zdravotního stavu, nemoci, úrazu nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem pojištěné ženy, vzniklé za trvání pojištění a během pobytu pojištěného na území ČR.
2. Předmětem pojištění jsou také náklady nutné a neodkladné zdravotní péče poskytnuté pojištěnému na území Schengenského prostoru mimo území ČRa související asistenční služby.
3. Pojistným nebezpečím je změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku nemoci, úrazu nebo jiných důvodů souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, která může nastat za trvání pojištění a způsobit stav, který vyžaduje poskytnutí zdravotní péče.
4. Pojistnou událostí je nemoc, úraz nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného, v jejímž důsledku nebo k jejímž odvrácení bylo nutné poskytnout pojištěnému zdravotní péči, případně asistenční služby, odpovídající podmínkám a rozsahu sjednaného pojištění, přičemž vznikla povinn-

nost pojištěného uhradit zdravotnickému zařízení náklady vynaložené na poskytnutí této zdravotní péče, případně uhradit náklady na asistenční služby jejich poskytovateli. Zdravotní péče musí být poskytnuta za trvání pojištění.

5. Pojistnou událostí není těhotenství pojištěné, které podle zprávy odborného lékaře nesporně vzniklo před uplynutím třetího měsíce pojistné doby. Pojistnou událostí není porod v důsledku těhotenství pojištěné, které podle lékařských zpráv vzniklo před uplynutím třetího měsíce čekací doby.
6. Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.

Článek 4 Územní rozsah

1. Na území České republiky je pojištění platné v rozsahu rozšířené zdravotní péče nad rámec nutné a neodkladné zdravotní péče.
2. Pro území Schengenského prostoru s výjimkou území ČR se pojištění vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného v Schengenském prostoru, přičemž délka pobytu nesmí přesáhnout 30 dní.

Článek 5 Rozsah pojištění

1. Rozšířená zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - b) lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení;
 - c) stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření;
 - d) nutné a neodkladné zdravotní výkony včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu;
 - e) nezbytnou hospitalizaci po nezbytně nutnou dobu;
 - f) ambulantní léčebnou péči a ústavní péči včetně péče diagnostické;
 - g) případnou repatriaci nebo přepravu tělesných ostatků pojištěného;
 - h) lékařem předepsané léčivé přípravky;
 - i) preventivní péči a dispenzární péči.Náklady na zdravotní péči a léčivé přípravky jsou hrazeny ve stejné výši, jako je maximální úhrada v rámci veřejného zdravotního pojištění v ČR. Rozsah zdravotní péče je dále vymezen typem pojištění, rozsahem pojištění, výlukami z pojištění a limity pojistného plnění sjednanými v pojistné smlouvě.

2. Nutná a neodkladná zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - b) lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení;
 - c) stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření;
 - d) nutné a neodkladné zdravotní výkony včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu;
 - e) nezbytnou hospitalizaci po nezbytně nutnou dobu; a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Jejím rozsah je dále vymezen výlukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění.
3. Pojištění lze sjednat v jednom z následujících typů:

- a) **MUŽ**
- b) **ŽENA**

Tento typ pojištění zahrnuje též zdravotní péči poskytnutou pojištěným v souvislosti s jejím těhotenstvím a porodem po uplynutí čekací doby. Nezahrnuje poporodní

zdravotní péči o novorozence pojištěné. V pojistné smlouvě typu ŽENA může být čekací doba zkrácena, pokud tato smlouva navazuje na předcházející pojistnou smlouvu u pojistitele uzavřenou ve prospěch téže pojištěné.

c) PROFESIONÁLNÍ SPORT

Tento typ pojištění zahrnuje zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v souvislosti s událostmi nastalými v souvislosti s provozováním profesionální sportovní činnosti na území ČR.

4. Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady vynaložené oprávněně a prokazatelně v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy:
 - a) na zdravotní péči poskytnutou pojištěnému příslušným zdravotnickým zařízením;
5. Pojistitel plnění za zdravotní péči poskytnutou příslušným zdravotnickým zařízením v ČR podle předcházejícího odstavce bude hrazeno maximálně do výše standardní úhrady této péče z veřejného zdravotního pojištění v ČR, případně standardní úhrady, která by náležela za tuto zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenského prostoru, na jehož území byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta.
6. Pojistitel poskytne pojištěnému nebo jiné osobě pojistné plnění za úhradu nákladů, prokazatelně vynaložených v době trvání pojištění na lékařem ambulantně předepsané léky do výše příslušného limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě. Maximální výše pojistného plnění za úhradu nákladů na lékařem ambulantně předepsaný lék je rovna výši úhrady tohoto léku z veřejného zdravotního pojištění v ČR uvedené v příslušném aktuálně platném právním předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR (Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění).
7. Pojistitel poskytne pojistné plnění v souvislosti s přímým poskytnutím následujících asistenčních služeb:
 - a) Repatriace nemocného pojištěného, která je ze zdravotnického hlediska možná a potřebná a je organizována asistenční službou po rozhodnutí pojistitele a po schválení ošetřujícím lékařem pojištěného, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt.
 - b) Převoz tělesných ostatků pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, organizovaný asistenční službou po schválení pojistitelem.
8. Pokud došlo k pojistné události a nepetřítitá hospitalizace pojištěného přesáhne nebo pravděpodobně přesáhne dobu trvání pojištění, pojistitel rozhodne o dalším postupu takto:
 - a) pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, po souhlasu ošetřujícího lékaře pojistitel rozhodne o jejím uskutečnění;
 - b) nemožňuje-li zdravotní stav pojištěného jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem do doby, než bude jeho repatriace z lékařského hlediska možná.
9. Rozsah závazku pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezen výlukami z pojištění a limity pojistného plnění.
10. Horní hranici pojistného plnění je limit pojistného plnění uvedený v pojistné smlouvě. V pojistné smlouvě je rovněž uveden limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
11. Horní hranici pojistného plnění za škody vzniklé na území Schengenského prostoru mimo území ČR je 30 000 eur.

Článek 6 Pojistné plnění

1. Pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě, v případě zdravotní péče poskytnuté příslušným zdravotnickým zařízením přímo zdravotnickému zařízení.

2. Pojistitel poskytnout pojistné plnění oprávněné osobě po převzetí originálů předepsaných dokladů. Originály těchto dokladů zůstávají pojistiteli a nevracejí se.
3. V případě, že pojištěný, který je oprávněnou osobou, před poskytnutím pojistného plnění zemřel, postupuje se podle platné právní úpravy.
4. Nemá-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je plnění podle tohoto článku poskytováno zásadně v penězích, a to v měně České republiky a na jejím území, pojistitel ho poskytne převodem na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázkou na jméno a adresu oprávněné osoby.

Článek 7 Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
2. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za události, jejichž zřejmé příznaky nastaly před platností pojistné smlouvy nebo musely být pojištěnému či pojistníkovi před uzavřením pojistné smlouvy známy.
3. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za zdravotní péči, která není standardně hrazená z veřejného zdravotního pojištění v ČR.
4. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech:
 - a) umělého oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti, antikoncepce a výkonů s ní souvisejících, interrupce bez dokumentované závažné zdravotní indikace;
 - b) poporodní zdravotní péče o novorozence, která se narodila pojištěné za trvání pojištění;
 - c) stomatologických výkonů, které nejsou uvedeny v přehledu hrazených stomatologických výkonů vydaných pojistitelem;
 - d) zdravotních výkonů, které nebyly provedeny zdravotnickým zařízením či zdravotnickým pracovníkem nebo nejsou lege artis nebo lékařsky uznávané;
 - e) závodní preventivní péče;
 - f) kosmetických zákroků, akupunktury a homeopatie včetně léčení jimi způsobených komplikací;
 - g) rehabilitace, výcvikové terapie a nácviku soběstačnosti s výjimkou lékařem indikovaných poružových nebo pooperačních výkonů pouze po dobu hospitalizace;
 - h) fyzikální léčby nebo lázeňského léčení či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů;
 - i) komplikací a následků, které nastanou v souvislosti se zdravotními výkony, na které se pojištění nevztahuje;
 - j) zhotovení a opravy brýlí, kontaktních čoček a naslouchacích přístrojů, léčení vad řeči;
 - k) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným mimo území ČR;
 - l) úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, volně zakoupených bez lékařského předpisu nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění;
 - m) zhotovení a opravy elektrických vozíků a myoelektrických prátů;
 - n) nákladů na regulační poplatky a jiné poplatky;
 - o) že se stane pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění v ČR.
5. Pojištění se nevztahuje na události a škody:
 - a) vzniklé mimo území Schengenského prostoru;
 - b) vzniklé na území Schengenského prostoru v souvislosti s činností pojištěného, která neodpovídá turistickému pobytu;
 - c) vzniklé v mateřské zemi pojištěného;
 - d) vzniklé v důsledku teroristické činnosti, na níž se pojištěný aktivně podílel;
 - e) vzniklé válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji;
 - f) vzniklé pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací;
 - g) vzniklé účinky chemických nebo biologických zbraní;
 - h) vzniklé při manipulaci se stříelnou zbraní, výbušninou nebo neoprávněnou či neodbornou manipulací s pyrotechnickými přípravky a výrobky;
 - i) vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků a při výkonu kaskadérské činnosti;
 - j) vzniklé při přípravě a provozování extrémních, nebezpečných nebo adrenalinových sportů, případně další činnosti vyšší rizikovitosti; o rizikovitosti rozhoduje pojistitel. Tato výluka se neuplatní, pokud je sjednán typ pojištění „Profesionální sport“.
6. Pojistitel neposkytne pojistné plnění
 - a) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal, nejde-li o úraz;
 - b) pokud ke škodné události došlo v důsledku požití alkoholu nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, nejde-li o úraz;
 - c) pokud ke škodné události došlo v důsledku požití či aplikace omamných, psychotropních, návykových látek nebo přípravku takovou látku obsahujícího, nejde-li o úraz;
 - d) za události, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného, nejde-li o úraz;
 - e) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, lékařské ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel, případně asistenční služba;
 - f) v případech vycestování do ČR, nebo z ČR do dalších zemí Schengenského prostoru, s úmyslem čerpání zdravotní péče;
 - g) v případě, kdy pojištěný nebo jeho zákonný zástupce podepíše negativní revers.
7. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud nárok oprávněné osoby z jedné škodní události nedosáhne částky 100 Kč.

Článek 8 Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva je uzavřena zaplacením pojistného ve stanovené výši.
2. Pojistnou smlouvu zpracuje pojistitel na základě:
 - a) vyplněného a podepsaného formuláře pojistitele a
 - b) zdravotního dotazníku, který je součástí pojistné smlouvy a je úplné a pravdivě vyplněné a podepsané pojištěným nebo jeho zástupcem a
 - c) protokolu o vstupní lékařské prohlídce pojištěného v rozsahu stanoveném pojistitelem se musí podrobit osoba, která ke dni vytvoření návrhu pojistné smlouvy dosáhla 61 let věku, osoba, která má zájem o sjednání typu pojištění „Máma“ a osoba, která ve Zdravním dotazníku uvedla, že není v současné době zdráva a/nebo že se léčí či je sledována v některém ze zdravotnických zařízení nebo u ní bylo zjištěno závažné onemocnění či rizikové zaměstnání.
3. Zástupcem pojištěného je jeho zákonný nebo zplnomocněný zástupce, případně se souhlasem pojistitele nejbližší příbuzný pojištěného. Jestliže je pojistná smlouva uzavřena bez vstupní lékařské prohlídky, má pojistitel právo do tří měsíců od počátku pojištění vyzvat pojištěného, aby vstupní lékařskou prohlídku v předepsaném rozsahu absolvoval dodatečně a protokol o jejím absolvování doručil pojistiteli. V případě, že pojistitel zjistí rozdíly mezi zdravotním stavem plynoucím z dotazníku a z tohoto protokolu, je oprávněn dodatečně doměřit pojistníkovi pojistné za zvýšené rizika a určit lhůtu k zaplacení, která nesmí být kratší než jeden měsíc od doručení pojistníkovi. Pokud pojistník ve stanoveném termínu doměrek pojistného neuhradí, sjednaná pojistná doba se zkracuje přiměřeně neuhrazenému doměrku pojistného stanovenému pojistitelem.

4. Náklady na vstupní zdravotní prohlídku hraadí osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy.
5. Po uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi Průkaz pojištěného.
6. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR, resp. v Schengenském prostoru, při splnění podmínek stanovených příslušnými právními předpisy.

Článek 9

Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

1. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou. Pojistná doba je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění vzniká dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak.
3. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hod. dne sjednaného jako datum konce pojištění, pokud nezaniklo dříve;
 - b) dnem smrti pojištěného;
 - c) dnem právní moci rozhodnutí o ukončení platnosti povolení pojištěného k pobytu v ČR nebo o zamítnutí žádosti pojištěného o povolení pobytu v ČR. Pojištěný je povinen vrátit pojistiteli všechny doklady osvědčující platnost pojištění;
 - d) dnem vstupu pojištěného do systému veřejného zdravotního pojištění v ČR.
 - e) dnem oznámení zániku pojistného zájmu pojistiteli,
 - f) dalšími způsoby uvedenými v zákoně č. 89/2012 Sb, občanský zákoník.
4. Pojištění se nepřerušuje.
5. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit dohodou smluvních stran za dohodnutých podmínek.

Článek 10

Povinnosti pojistitele

1. Vedle ostatních povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistitel povinen:
 - a) Po přijetí oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit.
 - b) Ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla tato událost oznámena. Nemůže-li pojistitel šetření v této lhůtě ukončit, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit.
 - c) Zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí.
2. Pojistitel zpracovává osobní údaje subjektů v souladu s platnou legislativou a interními zásadami pro zpracování osobních údajů. Plné znění těchto zásad naleznete na www.slavia-pojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju.
3. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
4. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistné smlouvy nebo průkazu pojištěného, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady příslušný druhopis.
5. Pojistitel během trvání pojistné smlouvy oznamuje pojistníkovi informace na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě.

Článek 11

Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí i v případě, že

jde o změnu pojištění nebo likvidaci škodné události.

2. Pojistník a pojištěný jsou dále povinni:
 - a) kdykoli po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu jakýchkoli údajů uvedených v pojistné smlouvě;
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny údajů, na které byli písemně tázáni při sjednávání pojištění;
 - c) umožnit pojistiteli provést šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejích následků a pojistiteli přitom poskytnout svou součinnost.
3. Pojištěný je povinen:
 - a) učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu vzniklé škody;
 - b) je-li v souvislosti se škodnou událostí podezření ze spáchaní trestného činu nebo přestupku, bez zbytečného odkladu oznámit příslušné poznatky Policii ČR nebo jinému odpovědnému orgánu;
 - c) postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, které mu v souvislosti s pojistnou událostí vzniklo;
 - d) plnit další povinnosti uložené v pojistných podmínkách a v pojistné smlouvě;
 - e) odpovědět úplně a pravdivě na všechny dotazy pojistitele týkající se skutečností, na které je tázán v pojistné smlouvě (zejména ve zdravotním dotazníku).
4. Vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistník dále povinen:
 - a) zaplatit pojistiteli pojistné;
 - b) bez zbytečného odkladu, nejpozději do vzniku pojištění, pojištěnému oznámit, že v jeho prospěch bylo sjednáno pojištění, a seznámit pojištěného s právy a povinnostmi, které pro něho ze sjednaného pojištění vyplývají.
5. Pokud mělo vědomé porušení jakýchkoliv povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má právo na pojistné plnění, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události anebo na zjištění nebo určité výše pojistného plnění, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. Tím není dotčeno právo pojistitele odmítnout pojistné plnění podle příslušných platných právních předpisů.

Článek 12

Povinnosti pojištěného při vzniku škodné události

1. V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen:
 - a) vždy a bez odkladu, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, obrátit se přímo na asistenční službu, případně na pojistitele, dbát jejich pokynů a na požádání se podrobit zdravotnímu vyšetření ve zdravotnickém zařízení určeném asistenční službou, případně pojistitelem, dbát pokynů a doporučení zdravotnického personálu;
 - b) v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření, prokázat se poskytovateli zdravotní péče Průkazem pojištěného;
 - c) na žádost pojistitele písemně zprostit poskytovatele zdravotní péče mlčenlivosti a dát pojistiteli písemně oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a zařízení, pojišťoven, včetně zdravotních, a Policie ČR a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodné události;
 - d) podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel, případně asistenční služba;
 - e) pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje nebo doba poskytování zdravotní péče přesáhne dobu trvání pojištění, podstoupit na návrh pojistitele, případně asistenční služby, repatriaci.

2. Je-li zdravotnickým zařízením požadováno na pojištěném, aby uhradil náklady, které by mohly být předmětem pojistného plnění, je pojištěný povinen:
 - a) převzít originály potřebných dokladů v rozsahu podle odst. 3 a bezpečně je uchovat až do jejich předání pojištěteli; tuto povinnost má pojištěný i v ostatních případech přímé úhrady škody;
 - b) uhradit zdravotnickému zařízení přiměřené a prokazatelné náklady v hotovosti;
 - c) bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady podle odst. 3 pojištěteli, případně asistenční službě.
3. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu pojištěteli písemně oznámit škodnou událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, dát pravdivá vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu jejích následků, předložit doklady potřebné ke zjištění okolností rozhodných pro posouzení nároků na pojištění plnění a k stanovení jeho výše. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba (např. zdravotnické zařízení).
4. Oznámení škodné události včetně příloh musí jednoznačně doložit a prokázat:
 - a) místo, datum, čas, příčinu a okolnosti vzniku škodné události, její rozsah a souvislost s osobou pojištěného;
 - b) předmět úhrady, tj. náklady vzniklé poskytnutím nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnému v souvislosti s danou škodnou událostí, a to: originálem lékařské zprávy obsahující podrobný popis zdravotního stavu pojištěného včetně kódů diagnóz, úplný výčet provedených zdravotnických výkonů s jejich popisem, kódy, bodovým hodnocením nebo cenou a daty jejich provedení, názvy a množství podaných léčivých přípravků včetně jejich cen, seznam použitého či poskytnutého zdravotnického materiálu a služeb včetně jejich cen, specifikaci případné hospitalizace;
 - c) kopii lékařem ambulantně vystaveného předpisu léků;
 - d) originálem jiného dokladu vystaveného zdravotnickým zařízením, který obsahuje účel a úplný výčet provedených zdravotnických výkonů s jejich popisem, kódy, bodovým hodnocením nebo cenou a daty jejich provedení, názvy a množství podaných léčivých přípravků včetně jejich cen, seznam použitého či poskytnutého zdravotnického materiálu a služeb včetně jejich cen;
 - e) výši úhrady nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady (např. účetní doklad vystavený zdravotnickým zařízením nebo lékárnou).
5. V případě škodné události šetřené policií nebo jiným orgánem státní správy musí být k oznámení škodné události přiložen policejní protokol nebo potvrzení o šetření události, v případě úmrtí pojištěného musí být přiložen úřední úmrtní list a lékařské osvědčení o příčině smrti.
6. Všechny doklady musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem a otiskem razítka vystavitele.

Článek 13

Další práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Pojištětel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími zařízeními a osobami, a to i v zahraničí.
2. Pojištěný, oprávněná osoba nebo osoba, která vynaložila zachraňovací náklady, je povinna učinit opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva na náhradu škody, které podle zákona přechází na pojištětele.

Článek 14 Pojistné

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojištětel, přičemž zohledňuje zdravotní stav pojištěného na základě zdravotního dotazníku a vstupní lékařské prohlídky. Výše pojistného je sjednána v pojistné smlouvě.

2. Pojištětel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu. Toto právo pojištěteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
3. V pojistné smlouvě se sjednává jednorázové pojistné, které je splatné v plné výši dnem uzavření pojistné smlouvy v méně CR.
4. Pojištětel je oprávněn ověřit si u pojištěného správnost údajů rozhodných pro stanovení výše pojistného.
5. Pojištětel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojištěteli pojistné celé.
6. V případě, že nedojde ke vzniku pojištění, vrátí pojištětel pojištníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, které činí 20 % z nespotebovaného pojistného.
7. V případě, že pojištění zanikne po počátku pojištění a za trvání pojištění nenastala pojistná událost, vrátí pojištětel pojištníkovi nespotebované pojistné snížené o 20% náklady z nespotebovaného pojistného spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou.

Článek 15

Zachraňovací náklady

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 na jednu a všechny události.

Článek 16

Informace o možnostech a způsobech nahlédnutí do spisu pojistné události

1. Na základě písemné žádosti oprávněné osoby umožní pojištětel oprávněné osobě (tj. i např. obmyšlený v případě smrti pojištěného) nahlédnout do spisu vedeného pojištětlem v souvislosti s pojistnou událostí nebo do obdobného záznamu o průběhu šetření pojistné události a pořídit si z něho výpisy nebo kopie podkladů či dokumentů týkajících se důvodů zamítnutí poskytnutí pojistného plnění nebo stanovení výše pojistného plnění, a to po ukončení šetření pojistné události (dále také jen „žádost o nahlédnutí do spisu pojistné události“).
2. Podmínky pro nahlédnutí do spisu pojistné události:
 - a) v době trvání pojištění nastala pojistná událost, a
 - b) šetření pojistné události, o nahlédnutí do jejíhož spisu oprávněná osoba žádá, bylo v době podání žádosti oprávněné osoby pojištětlem ukončeno, a
 - c) právo na pojištění plnění z pojistné události, o nahlédnutí do jejíhož spisu oprávněná osoba žádá, není v době podání žádosti oprávněné osoby promlčeno, a
 - d) oprávněná osoba podala pojištěteli písemnou žádost o nahlédnutí do spisu pojistné události:
 - i) doručením na adresu sídla pojištětele, tj. Slavia pojišťovna a.s., Odd. Likvidace pojistných událostí, Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4 nebo
 - ii) prostřednictvím elektronické pošty prostým e-mailem (bez nutnosti jeho elektronického podepsování) doručením pojištěteli na e-mailovou adresu likvidace@slavia-pojistovna.cz nebo
 - iii) na kterékoli pobočce nebo kontaktním místě pojištětele (viz <https://www.slavia-pojistovna.cz/kontakt/>), a
 - e) oprávněná osoba před nahlédnutím do spisu pojistné události řádně a včas sdělila pojištěteli své identifikační údaje a osvědčila pojištěteli svou totožnost.
3. Pojištětel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události bez zbytečného odkladu v závislosti na rozsahu a technické povaze obsahu spisu. Pojištětel sdělí oprávněné osobě možné termíny nahlédnutí do spisu pojistné události nejpozději do 10 pracovních dní ode dne ob-

- držení písemné žádosti. Nahlédnutí do spisu pojistné události je možné v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou v obvyklé provozní době pojistitele.
4. Způsob nahlédnutí do spisu pojistné události. Oprávněná osoba může nahlédnutí do spisu pojistné události realizovat následujícím způsobem:
- Pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události na kterékoli pobočce nebo kontaktním místě pojistitele dle volby oprávněné osoby v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou nebo
 - pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události v sídle pojistitele v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou.
5. Pojistitel nevyhoví žádosti o nahlédnutí do spisu pojistné události, pokud by nahlášení mohlo vést k ohrožení řízení o trestném činu nebo projednání přestupku, a to za předpokladu písemného nesouhlasu příslušného orgánu (viz ust. § 129a odst. 2 zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění). Pojistitel je povinen odeslat dotaz příslušnému orgánu do 30 dnů ode dne doručení žádosti oprávněné osoby o nahlédnutí do spisu pojistné události, pokud bylo v souvislosti s pojistnou událostí zahájeno trestní nebo správní řízení.
6. Vyplyvá-li z pojistné smlouvy právo oprávněné osoby na nahlédnutí do spisu pojistné události v širším rozsahu, má ustanovení pojistné smlouvy přednost před tímto ustanovením VPP.
7. Pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události včetně pořízení výpisů ze spisu nebo kopií podkladů či dokumentů bezúplatně.

Článek 17 Závěrečná ustanovení

- Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
- Doručování písemností se řídí obecně platnou právní úpravou.
- Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
- Komunikačním jazykem je čeština.
- Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den převzetí finanční částky příjemcem. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den pípsání finanční částky na účet příjemce.
- Práva a povinnosti z tohoto pojištění se řídí právem ČR. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vyřádkání, u příslušného soudu v ČR.
- Tyto všeobecné pojistné podmínky pojistitel vydává v jazyce českém a též jejich překlad v jazyce ruském a anglickém. Rozhodující je jejich znění v jazyce českém.
- Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 25. října 2023.

Přehled hrazených stomatologických výkonů

00901	Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta v rámci preventivní péče (pouze u dětí do 15 let)	833 Kč
00908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta	650 Kč
00910	RTG vyšetření intraorální	139 Kč
00911	Zhotovení extraorálního RTG snímku – pouze u úrazu	422 Kč
00913	Zhotovení ortopantomogramu – pouze u úrazu	513 Kč
00914	Vyhodnocení ortopantomogramu – pouze u úrazu	158 Kč
00916	Anestezie na foramen mandibule a infraorbitale	222 Kč
00917	Anestezie infiltrační a jiné	186 Kč
00920	Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň u pacientů do 18 let v rozsahu špičáků včetně	1542 Kč
00921	Ošetření zubního kazu – stálý zub	1043 Kč
00922	Ošetření zubního kazu – dočasný zub	813 Kč
00925	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub	494 Kč
00945	Cílené vyšetření	120 Kč
00949	Extrakce dočasného zubu	275 Kč
00950	Extrakce stálého zubu	678 Kč
00951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu (chirurgické extrakce a revize extrakční rány)	1201 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu (provedení dekapsulace a sutury rány sliznice do 5 cm)	833 Kč
00957	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	833 Kč
00959	Intraorální incize	284 Kč
00961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů dutiny ústní	112 Kč
00962	Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu (pouze manuální repozice luxace TMK)	559 Kč
00963	Injekce I.M., S.C., I.D., I.V.	264 Kč

Osvědčení ČSK

00952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (komplikovaná chirurgická extrakce a primární uzávěr oroantrální komunikace)	2357 Kč
00956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (pouze sutura rány do 5 cm)	1654 Kč
00958	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní většího rozsahu	1381 Kč
00960	Zevní incize	1107 Kč

T. č.: 231063/2023/63