



Pojistné podmínky Pojištění schopnosti splácet, pojištění zdravotních asistenčních služeb a pojištění právní asistence

Pojistný program Excelent

PP-PSS-ZDA-EX-UN ze dne 1. 12. 2020

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pro toto pojištění schopnosti splácet a pojištění zdravotních asistenčních služeb, které pojistník sjednává u společnosti INTER PARTNER ASSISTANCE, S. A., člen skupiny AXA, se sídlem Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 0415591055 jednající prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praha 4, IČO: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A 59647 (dále jen „pojistitel“) platí zejména zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění (dále také jen „občanský zákoník“), pojistná smlouva a tyto „Pojistné podmínky Pojištění schopnosti splácet a pojištění zdravotních asistenčních služeb, Pojistný program Excelent PP-PSS-ZDA-EX-UN ze dne 1. 12. 2020“ (dále jen „pojistné podmínky“). V případě rozporu mezi pojistnými podmínkami a pojistnou smlouvou má přednost pojistná smlouva. Pojištění se řídí právním řádem České republiky.
2. Odkazuje-li některé ustanovení těchto pojistných podmínek na pojištění bez specifikace, že se jedná o pojištění zdravotních asistenčních služeb nebo o pojištění schopnosti splácet, pak se dané ustanovení vztahuje společně na pojištění zdravotních asistenčních služeb i na pojištění schopnosti splácet.

Článek 2. Výklad pojmů

Pro účely tohoto pojištění jsou následující pojmy vymezeny takto:

asistenční služba je právnická osoba, která jménem a v zastoupení pojistitele poskytuje oprávněné osobě pojistné plnění a související asistenční služby. Asistenční služba zastupuje pojistitele při uplatňování, šetření a likvidaci pojistných událostí. Asistenční služba nebo jiný pojistitelem pověřený zástupce mají právo jednat jménem pojistitele při všech pojistných událostech vymezených tímto pojistným programem. Adresa asistenční služby: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praha 4.

dlužník je fyzická osoba, která uzavřela s financující bankou smlouvu o úvěru nebo s poskytovatelem leasingu smlouvu o finančním leasingu; pro účely tohoto pojištění schopnosti splácet může být dlužníkem výhradně pojištěný.

dočasná pracovní neschopnost je dočasná neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci závislou činnost (zaměstnání) nebo samostatně výdělečnou činnost (podnikání), potvrzená dokladem o pracovní neschopnosti, který vystavil dle příslušných českých právních předpisů ošetřující lékař pojištěného.

dodavatel služeb je fyzická nebo právnická osoba, která pro pojistitele a jeho jménem zabezpečuje poskytnutí asistenčních služeb, které jsou předmětem tohoto pojištění oprávněné osobě.

domácí mazlíček je výhradně pes nebo kočka vlastněný oprávněnou osobou.

financující banka je banka spolupracující s pojišťovacím zprostředkovatelem, se kterou pojištěný jakožto dlužník uzavřel smlouvu o úvěru.

hodnota předmětu sporu je penězi vyjádřitelná hodnota objektu sporu, přičemž se do hodnoty předmětu sporu nezapočítává příslušenství (úrok, úrok z prodlení, poplatek z prodlení) nebo smluvní pokuta.

hospitalizací pro účely pojištění zdravotních asistenčních služeb je neplánované a neočekávané umístění oprávněné osoby do zdravotnického zařízení (nemocnice) za účelem léčby, které trvalo min. 24 hodin. Za hospitalizaci se nepovažuje pobyt oprávněné osoby v léčebně dlouhodobě nemocných, domově seniorů či v jiném obdobném zařízení.

hospitalizací pro účely pojištění schopnosti splácet je předem neplánovaný pobyt pojištěného v nemocnici způsobený úrazem nebo nemocí, který trvá nepřetržitě nejméně 7 dní, v souvislosti se zdravotním ošetřením pojištěného, které nelze léčit ambulantně.

chronické onemocnění je vrozené nebo v průběhu života získané dlouhodobě pomalu se rozvíjející onemocnění, které bylo diagnostikováno před počátkem pojištění a u kterého došlo v době 12 měsíců před uzavřením pojistné smlouvy ke změně původního zdravotního stavu, tzn. pojištěný byl následkem tohoto onemocnění hospitalizován nebo akutně léčen, nebo u něj došlo ke změně způsobu léčení či úpravě medikace.

invalidita III. stupně je dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci, z důvodu kterých nastal pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % dle rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o přiznání invalidity III. stupně.

lékařský tým je lékařský tým asistenční služby, který se sestává z regulujících lékařů a zdravotních sester, držitelů diplomu, který je oprávněn vykonávat v jejich zemi pobytu lékařskou praxi.

nemoc je náhlé a neočekávané zhoršení zdravotního stavu oprávněné osoby, ke kterému došlo v době trvání pojištění a které oprávněnou osobu omezuje na pohyblivost.

nemocnice nebo rovněž **zdravotnické zařízení** je lékařské zařízení poskytující nepřetržitou péči o pacienty v oblasti diagnostiky a léčby pomocí kvalifikovaného zdravotnického a ošetrovatelského týmu; nemocnicí ve smyslu těchto pojistných podmínek však není léčebna dlouhodobě nemocných, hospic, léčebné centrum či ústav pro léčbu závislostí, psychiatrická léčebna, případně jiné obdobné zařízení či ústav pro léčbu závislostí, duševních nebo psychických chorob či poruch, rehabilitační centrum, lázeňské zařízení, ani jiné obdobné zařízení či instituce.

odkladná doba je časové období, počítané od počátku pojištění, během něhož vzniklé události, byť by naplňovaly definici pojistné události dle těchto pojistných podmínek, nejsou považovány za pojistnou událost a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění.

onemocnění je reakce těla diagnostikovaná lékařem na patogenní původce, interní nebo externí, vedoucí k funkčním poruchám, organickým změnám tkání, orgánů, systémů nebo celého těla.

oprávněná osoba je osoba, která má nárok na pojistné plnění. Pro účely pojištění schopnosti splácet je oprávněnou osobou osoba uvedená v těchto pojistných podmínkách; pro účely pojištění zdravotních asistenčních služeb je oprávněnou osobou pouze pojištěný, jeho manžel/ka, druh či družka a jejich děti až do věku 26 let, ale pouze za podmínky, že spolu žijí ve společné domácnosti.

organizace a úhrada je forma pojistného plnění, v jejímž rámci pojistitel prostřednictvím asistenční služby zorganizuje poskytnutí asistenčních služeb, které jsou předmětem tohoto pojištění a zároveň uhradí náklady za poskytnuté asistenční služby, a to až do výše příslušného limitu pojistného plnění.

osoba blízká pojištěnému je pro účely pojištění pouze příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle zákona upravujícího registrované partnerství.

plán je splátkový kalendář splátek úvěru stanovený v den uzavření smlouvy o úvěru nebo splátkový kalendář splátek finančního leasingu stanovený v den uzavření smlouvy o finančním leasingu; plán obsahuje zejména výši jednotlivých splátek a úroků a datum jejich splatnosti, informaci o dosud nesplacené části úvěru nebo finančního leasingu (stav dluhu), případně další poplatky vyplývající ze smlouvy o úvěru či smlouvy o finančním leasingu.

pojistná smlouva je pojistná smlouva, jejímž předmětem je pojištění, uzavřená mezi pojistníkem a pojistitelem.

pojistník je osoba, která má s pojistitelem uzavřenou pojistnou smlouvu.

pojištěný je osoba, která je jako pojištěný uvedena v seznamu pojištěných osob, který pojistník předal pojistiteli, a na jejíž rizika se toto pojištění vztahuje. Pojištěný může být výhradně fyzická osoba.

poskytovatel finančního leasingu je společnost spolupracující s pojišťovacím zprostředkovatelem, se kterou pojištěný jakožto dlužník uzavřel smlouvu o finančním leasingu.

pracovní poměr je pracovněprávní vztah mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem založený na základě pracovní smlouvy.

pracovní smlouva je pracovní smlouva uzavřená na dobu neurčitou, na základě které pojištěný jakožto zaměstnanec vykonává práci pro zaměstnavatele uvedeného v pracovní smlouvě. Pro účely pojištění právní asistence se za pracovní smlouvu považuje i pracovní smlouva na dobu určitou.

smlouva o úvěru je smlouva o úvěru uzavřená mezi financující bankou a pojištěným jakožto dlužníkem, na základě které se financující banka zavazuje poskytnout dlužníkovi úvěr za účelem financování koupě vozidla či motocyklu a dlužník se zavazuje hradit financující bance sjednané splátky úvěru.

smlouva o finančním leasingu je smlouva o finančním leasingu uzavřená mezi poskytovatelem finančního leasingu a pojištěným, jakožto dlužníkem, na základě které se poskytovatel finančního leasingu zavazuje poskytnout dlužníkovi finanční leasing za účelem financování koupě vozidla či motocyklu a dlužník se zavazuje hradit poskytovateli finančního leasingu sjednané splátky finančního leasingu.

smrt v důsledku úrazu je smrt pojištěného, ke které došlo v důsledku úrazu.

splátka je splátka úvěru sjednaná ve smlouvě o úvěru či splátka finančního leasingu sjednaná ve smlouvě o finančním leasingu a plánu; pro vyloučení pochybností obsahuje splátka úvěru či leasingu kapitálovou část, tj. část představující částku hotovosti poskytnutou dlužníkovi a úrokovou část, tj. odměnu financující banky za poskytnutí úvěru či poskytovatele finančního leasingu za poskytnutí finančního leasingu.

spor je situace konfliktu zájmu pojištěného a zájmu třetí osoby, kdy je pojištěný nucen přikročit k vynucení a/nebo k ochraně svého práva, je-li jeho výkon narušen a/nebo upřen třetí stranou.

škodná událost je nahodilá událost, která nastala v době trvání pojištění a ze které by mohl vzniknout pojištěnému nárok na poskytnutí pojistného plnění. Jsou-li splněny podmínky uvedené v ustanovení těchto pojistných podmínek, stává se škodná událost **pojistnou událostí** a oprávněné osobě vzniká nárok na poskytnutí pojistného plnění.

trvalá pracovní neschopnost je pracovní neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku invalidity III, stupně závislou činnost v pracovním poměru (zaměstnání) nebo samostatně výdělečnou činnost (podnikání).

úhrada je forma pojistného plnění, v jejímž rámci pojistitel oprávněné osobě uhradí náklady, které oprávněná osoba předtím v souvislosti s pojistnou událostí uhradila sama ze svých vlastních prostředků, a to až do výše příslušného limitu pojistného plnění.

úraz je neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli oprávněné osoby nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo oprávněné osobě způsobeno poškození zdraví a které oprávněnou osobu omezuje na pohyblivost. Úraz ve smyslu těchto pojistných podmínek nezahrnuje zranění a nemoci související s degenerativními změnami, zranění vyplývající z mozkové mrtvice, intoxikace, srdečního infarktu a dalších nemocí a infekcí, a to i těch, které se náhle vyskytnou.

vážné onemocnění je výhradně rakovina (včetně leukémie), mozková mrtvice, chronické onemocnění jater, selhání ledvin, transplantace životně důležitých orgánů, amputace končetiny, kardiomyopatie, ischemická choroba srdeční (pouze v případě nutnosti chirurgického zásahu), infarkt, operace srdeční chlopně, plicní arteriální hypertenze, operace aorty, Alzheimerova choroba, bakteriální meningitida, operace mozku, kóma, encefalitida, roztroušená skleróza, svalová dystrofie, Parkinsonova choroba, dětská obrna, AIDS (pouze pokud bylo způsobeno krevní transfúzí), aplastická anémie, ztráta zraku, ztráta sluchu, ztráta řeči, popáleniny III. stupně, virová hepatitida, cystická fibróza, které bylo oprávněné osobě diagnostikováno po vzniku pojištění.

ztráta zaměstnání je skutečnost, kdy došlo ke skončení (rozvázání) pracovního poměru bez zavinění pojištěného, v důsledku čehož je pojištěný registrován jako nezaměstnaný na příslušném Úřadu práce, pobírá podporu v nezaměstnanosti, aktivně hledá práci a nedostává další výhody za placenou práci. Skončením (rozvázáním) pracovního poměru bez zavinění pojištěného se pro účely tohoto pojištění rozumí skončení pracovního (rozvázání) poměru výhradně z následujících důvodů:

- a) výpověď z důvodu, ruší-li se zaměstnavatel nebo jeho část,
- b) výpověď z důvodu, přemísťuje-li se zaměstnavatel nebo jeho část,
- c) výpověď z důvodu, stane-li se zaměstnanec nadbytečným vzhledem k rozhodnutí zaměstnavatele nebo příslušného orgánu o změně jeho úkolů, technického vybavení, o snížení stavu zaměstnanců za účelem zvýšení efektivity práce nebo o jiných organizačních změnách,
- d) výpověď z důvodu, nesmí-li zaměstnanec podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovnílékařských služeb nebo rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, dále konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí, anebo dosáhl-li na pracovišti určeném rozhodnutím příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví nejvyšší přípustné expozice,
- e) výpověď z důvodu, pozbyl-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovnílékařských služeb nebo rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, dlouhodobě zdravotní způsobilost,
- f) okamžitě zrušení pracovního poměru zaměstnancem, pokud podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovnílékařských služeb nebo rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, nemůže zaměstnanec dále konat práci bez vážného ohrožení svého zdraví a zaměstnavatel mu neumožnil v době 15 dnů ode dne předložení tohoto posudku výkon jiné pro něho vhodné práce.

zůstatek úvěru je součet splátek úvěru dle smlouvy o úvěru v kapitálové části, jejichž lhůta splatnosti podle plánu ještě nenastala.

zůstatek finančního leasingu je součet splátek finančního leasingu dle smlouvy o finančním leasingu v kapitálové části, jejichž lhůta splatnosti podle plánu ještě nenastala.

Článek 3. Předmět pojištění

1. Pojištění schopnosti splácet, jakož i pojištění zdravotních asistenčních služeb a pojištění právní asistence, je soukromým neživotním škodovým pojištěním.
2. Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým došlo během doby trvání pojištění.
3. Pojistné krytí poskytuje pojistitel v souladu s ustanoveními těchto pojistných podmínek.
4. Předmětem **pojištění schopnosti splácet** je život a zdraví pojištěného a ztráta zaměstnání pojištěného.
5. Předmětem **pojištění zdravotních asistenčních služeb** je:

- a) **Pojištění Telemedicína**, předmětem tohoto pojištění je poskytnutí pojistného plnění oprávněné osobě formou asistenčních služeb v případě potřeby konzultace aktuálního zdravotního stavu s lékařem za podmínek uvedených v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách.
 - b) **Pojištění druhého lékařského názoru**, předmětem tohoto pojištění je poskytnutí pojistného plnění formou prověření stanovené diagnózy a léčby v případě vážného onemocnění oprávněné osoby za podmínek uvedených v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách.
 - c) **Pojištění hospitalizace**, předmětem tohoto pojištění je poskytnutí pojistného plnění formou kompenzace za pobyt v nemocnici a dále úhrada za nadstandardní pokoj v případě hospitalizace oprávněné osoby, a to za podmínek uvedených v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách.
 - d) **Pojištění rekonvalescence**, předmětem tohoto pojištění je poskytnutí pojistného plnění oprávněné osobě formou asistenčních služeb v případě rekonvalescence v důsledku nemoci či úrazu.
6. Předmětem **pojištění právní asistence** je:
- a) **telefonická služba právních informací**, na kterou se pojištěný může obrátit s dotazy, které se týkají právních otázek vztahujících se k pojistnému nebezpečí uvedenému v čl. 13 písm. j) těchto pojistných podmínkách;
 - b) **služba právní asistence** poskytující pomoc, podporu a rady pojištěnému za účelem nalezení řešení jeho pojistné události mimosoudním smírem a/nebo dohodou; a dále za účelem nalezení řešení jeho pojistné události v soudním řízení, případně dále v exekučním řízení, a to zejména pověřením dodavatele služeb právním zastoupením pojištěného.

Článek 4. Hranice pojistného plnění

Hranice pojistného plnění pro pojištění zdravotních asistenčních služeb

1. Horní hranice pojistného plnění je určena pro jednotlivé služby, za jednu pojistnou událost, limitem pojistného plnění.
2. Jednotlivé služby, které jsou oprávněným osobám poskytovány a které se pojistitel v případě pojistné události zavazuje zorganizovat a uhradit, jsou pojistitelem hrazeny do dílčího, případně ročního limitu pojistného plnění, tak jak jsou uvedeny v těchto pojistných podmínkách.
3. Dílčí limity pojistného plnění se vztahují na službu určitého druhu a jednu pojistnou událost. V případech, kdy služba není jednorázového charakteru, může být limit pojistného plnění vymezen finanční částkou i dobou, po kterou je služba v případě vzniku pojistné události poskytovaná oprávněné osobě jako hrazená.

Hranice pojistného plnění pro pojištění schopnosti splácet

4. Pojistná částka, chápaná jako horní hranice pojistného plnění v rámci jedné a všech pojistných událostí v souvislosti s jedním pojištěným v rámci jedné pojistné smlouvy se rovná celkové výši úvěru uvedené na smlouvě o úvěru či výši finančního leasingu uvedeného na smlouvě o finančním leasingu, maximálně však činí 2 300 000 Kč.
5. Pojistné plnění v důsledku smrti v důsledku úrazu pojištěného a v důsledku trvalé pracovní neschopnosti se rovnají zůstatku úvěru či finančního leasingu stanovenému podle plánu ke dni smrti pojištěného nebo k datu kdy došlo k úrazu, nebo k projevům nemoci, v důsledku nichž byl pojištěnému přiznán invalidita III. stupně.
6. Pojištěný může být pojištěn na základě několika pojištění sjednaných k jednomu úvěru či finančnímu leasingu současně, v takovém případě je odpovědnost pojistitele za pojistné události omezena takto:
 - a) smrt v důsledku úrazu a trvalá pracovní neschopnost – až do maximální výše 2 300 000 Kč;
 - b) hospitalizace, dočasná pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání – až do maximální výše jedné splátky úvěru či finančního leasingu stanovené plánem.
7. Níže uvedená tabulka uvádí výši pojistného plnění pro jednotlivé pojistné události, s výjimkou uvedenou v odstavci 7. a odstavci 9. tohoto článku:

Pojistná událost	Výše pojistného plnění	Horní hranice pojistného plnění
Hospitalizace	Splátky úvěru či finančního leasingu stanovené v souladu s plánem nejvýše 33 000 Kč měsíčně	Maximálně 12 měsíčních splátek pro každou jednotlivou pojistnou událost, a ne více než 12 měsíčních splátek pro všechny pojistné události během doby platnosti pojistné smlouvy.
Dočasná pracovní neschopnost	Splátky úvěru či finančního leasingu stanovené v souladu s plánem, nejvýše 33 000 Kč měsíčně	Maximálně 6 měsíčních splátek pro každou jednotlivou pojistnou událost, a ne více než 12 měsíčních splátek pro všechny pojistné události během doby platnosti pojistné smlouvy.
Ztráta zaměstnání	Splátky úvěru či finančního leasingu stanovené v souladu s plánem, nejvýše 33 000 Kč měsíčně	Maximálně 6 měsíčních splátek pro každou jednotlivou pojistnou událost, a ne více než 12 měsíčních splátek pro všechny pojistné události během doby platnosti pojistné smlouvy.

8. V případě, že z jedné pojistné události vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění za ztrátu zaměstnání, hospitalizaci a dočasnou pracovní neschopnost, vyplatí pojistitel pouze jedno pojistné plnění za dočasnou pracovní neschopnost nebo za hospitalizaci nebo ztrátu zaměstnání.
9. V případě, že z jedné pojistné události vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění v důsledku trvalé pracovní neschopnosti a v důsledku smrti úrazem, vyplatí pojistitel pouze jedno pojistné plnění za trvalou pracovní neschopnost nebo za smrt v důsledku úrazu.
10. V případě, že pojištěný obdrží v důsledku jedné a té samé pojistné události nejprve pojistné plnění z pojistného rizika hospitalizace, nebo pojistného rizika dočasné pracovní neschopnosti a později požádá, v důsledku vývoje zdravotního stavu, o pojistné plnění z pojistného rizika trvalé pracovní neschopnosti, bude pojistné plnění vyplacené z rizika trvalé pracovní neschopnosti zkráceno o částku pojistného plnění vyplaceného z rizika hospitalizace nebo dočasné pracovní neschopnosti.
11. Horní hranice pojistného plnění je určena pro jednotlivá rizika, za jednu pojistnou událost, limitem pojistného plnění.
12. Dílčí limity pojistného plnění se vztahují na jedno riziko a jednu pojistnou událost. V případech, kdy pojistná událost není jednorázového charakteru, může být limit pojistného plnění vymezen finanční částkou i dobou, po kterou je pojistné plnění v případě vzniku pojistné události poskytováno.

Společné ustanovení

13. Pojistné plnění poskytne pojistitel nejpozději do 15 dnů ode dne, kdy skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit, není-li u jednotlivých druhů pojistného plnění uvedeno jinak.

Článek 5. Územní a místní rozsah pojištění

Pojistné plnění může být poskytnuto pouze na území České republiky, v případě pojistného rizika ztráty zaměstnání v rámci pojištění schopnosti splácet a v případě pojištění právní asistence se toto pojištění vztahuje pouze na události vzniklé na území České republiky.

Článek 6. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí v rámci **pojištění asistenčních služeb** se rozumí:
 - a) v případě Pojištění Telemedicína, potřeba konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby s lékařem či zdravotníkem;
 - b) v případě Pojištění druhého lékařského názoru, vážné onemocnění oprávněné osoby potvrzené ošetřujícím lékařem;
 - c) v případě Pojištění hospitalizace, hospitalizace oprávněné osoby ve zdravotním zařízení;
 - d) v případě Pojištění rekonvalescence, úraz či nemoc oprávněné osoby.
2. Pojistnou událostí v případě **pojištění právní asistence** se rozumí:
 - a) skutečné nebo údajné porušení právních předpisů a/nebo právních povinností ze strany třetích osob, jehož následkem bylo narušení oprávněných zájmů pojištěného;
 - b) v případě, že pojištěný uplatňuje nárok na náhradu škody nebo újmy, vznik škody nebo újmy, případně okamžik, kdy došlo k porušení nebo kdy začalo docházet k porušování právních předpisů a/nebo právních povinností.

3. Pojistnou událostí v rámci **pojištění schopnosti splácet** se rozumí:
 - a) smrt v důsledku úrazu;
 - b) hospitalizace;
 - c) dočasná pracovní neschopnost;
 - d) ztráta zaměstnání
 - e) trvalá pracovní neschopnost.
4. Pro účely **pojištění schopnosti splácet** se dnem pojistné události rozumí:
 - a) v případě smrti v důsledku úrazu – den úmrtí pojištěného uvedený v úmrtním listu;
 - b) v případě dočasné pracovní neschopnosti – první den dočasné pracovní neschopnosti pojištěného uvedený v Potvrzení o pracovní neschopnosti nebo jiném dokumentu potvrzujícím dočasnou pracovní neschopnost pojištěného;
 - c) v případě hospitalizace – datum počátku hospitalizace pojištěného v nemocnici uvedené v lékařské zprávě;
 - d) v případě trvalé pracovní neschopnosti – datum kdy došlo k úrazu, nebo k projevům nemoci, v důsledku nichž byla pojištěnému přiznána invalidita III. stupně.
 - e) v případě ztráty zaměstnání vznik nároku na podporu v nezaměstnanosti.

Článek 7. Vznik, trvání a zánik pojištění, pojistné

1. Pojištění schopnosti splácet se může vztahovat pouze na fyzickou osobu, která:
 - a) je starší 18 let a její věk v době uzavření pojistné smlouvy společně s dobou trvání smlouvy o úvěru či smlouvy o finančním leasingu nepřesahuje v součtu 70 let,
 - b) má trvalé bydliště na území České republiky,
 - c) uzavřela s financující bankou smlouvu o úvěru či s poskytovatelem finančního leasingu smlouvu o finančním leasingu za účelem financování koupě vozidla či motocyklu do výše 2 300 000 Kč po dobu trvání smlouvy o úvěru či smlouvy o finančním leasingu a
 - d) nejpozději do 90 dnů ode dne uzavření smlouvy o úvěru či smlouvy o finančním leasingu se stala účastníkem tohoto pojištění.
2. Každé jednotlivé pojištění je účinné od 0:01 dne uvedeného jako začátek pojištění na dokladu o sjednání pojištění. Doklad o sjednání pojištění je pojistník povinen předat pojištěnému neprodleně po sjednání pojištění.
3. Každé jednotlivé pojištění se sjednává na dobu určitou, pojistná doba je shodná s dobou trvání smlouvy o úvěru či smlouvy o finančním leasingu. Nárok na pojistné plnění z tohoto pojištění má pojištěný po celou dobu trvání pojištění (s výjimkou událostí nastalých během čekací doby), tj. min. po dobu 24 měsíců a maximálně po dobu 96 měsíců od chvíle kdy se pojištěný stal účastníkem tohoto pojištění. Toto ustanovení se však nevztahuje na pojistné plnění z pojistného rizika ztráty zaměstnání. V tomto případě má pojištěný nárok na poskytnutí pojistného plnění po dobu nejvýše 60 měsíců ode dne účinnosti pojištění.
4. Pojištění nemůže být přerušeno.
5. Zánik pojištění se řídí ustanoveními pojistné smlouvy a občanským zákoníkem.

Pojistné

6. Výše pojistného a způsob úhrady se řídí ustanoveními pojistné smlouvy.

Článek 8. Vznik práva na pojistné plnění – pojištění schopnosti splácet

1. Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, které nastaly v době trvání pojištění.
2. S výhradou jiných ustanovení těchto pojistných podmínek se pojistné krytí v případě dočasné pracovní neschopnosti v důsledku nemoci a v případě hospitalizace vztahuje na pojištěného až po uplynutí 30denní odkladné doby, která se počítá ode dne, kdy se pojištěný stal účastníkem tohoto pojištění, a v případě ztráty zaměstnání po uplynutí 60denní odkladné doby, která se počítá ode dne, kdy se pojištěný stal účastníkem tohoto pojištění.

Hospitalizace

3. Nárok na výplatu pojistného plnění vzniká pouze tehdy, pokud pojištěný nedosáhl k datu pojistné události věku 70 let, není-li v ustanovení těchto pojistných podmínek výslovně uvedeno jinak.
4. Pojištěnému vzniká nárok na první část pojistného plnění po uplynutí celé nepřerušené 7denní doby hospitalizace.
5. Pojištěnému vzniká nárok na další část pojistného plnění po uplynutí každé následující 30denní doby pobytu v nemocnici za předpokladu, že pojištěný po celou dobu nepřetržitě pobýval v nemocnici.

Dočasná pracovní neschopnost

6. Nárok na výplatu pojistného plnění vzniká pouze tehdy, pokud pojištěný nedosáhl k datu pojistné události věku 65 let, není-li v těchto pojistných podmínkách výslovně uvedeno jinak.

7. Pojištěnému vzniká nárok na první část pojistného plnění v souvislosti s dočasnou pracovní neschopností až po uplynutí nepřetržitě 30denní doby trvání pracovní neschopnosti z důvodu stejné nemoci či úrazu.
8. Pojištěnému vzniká nárok na další část pojistného plnění v souvislosti s dočasnou pracovní neschopností po uplynutí každé následující 30denní nepřetržitě trvání pracovní neschopnosti způsobené stejnou nemocí či úrazem.
9. V případě nové dočasné pracovní neschopnosti vzniká pojištěnému nárok na poskytnutí pojistného plnění v důsledku této dočasné pracovní neschopnosti až po uplynutí 6 měsíců ode dne, kdy byla ukončena předchozí pracovní neschopnost.

Trvalá pracovní neschopnost

10. Nárok na výplatu pojistného plnění z důvodu trvalé pracovní neschopnosti vzniká, není-li v těchto pojistných podmínkách výslovně uvedeno jinak, pouze pokud jsou současně splněny všechny podmínky uvedené níže:
 - a) pojištěný je k datu škodné události mladší 65 let;
 - a) pojistná událost nastala nejdříve 30 dní po uzavření pojistné smlouvy;
 - b) na základě rozhodnutí příslušného orgánu statní správy o přiznání invalidity III. stupně klesla pracovní schopnost pojištěného nejméně o 70%.

Ztráta zaměstnání

11. Nárok na výplatu pojistného plnění z důvodu ztráty zaměstnání vzniká, není-li v těchto pojistných podmínkách výslovně uvedeno jinak, pouze pokud jsou současně splněny všechny podmínky uvedené níže:
 - a) pojištěný je k datu škodné události mladší 65 let;
 - b) pojištěný byl zaměstnán na území České republiky na základě pracovní smlouvy uzavřené na dobu neurčitou a takto založený pracovní poměr trval bez přerušení nejméně po dobu 12 měsíců bezprostředně předcházejících dni první pojistné události,
 - c) mzda pojištěného uvedená v pracovní smlouvě odpovídala alespoň minimální mzdě stanovené dle příslušných právních předpisů,
 - d) pracovní poměr pojištěného byl ukončen z některého z důvodů uvedených u definice ztráty zaměstnání dle článku 2. těchto pojistných podmínek;
 - e) pojistná doba pojištění nepřesáhla 60 měsíců
12. V důsledku ztráty zaměstnání musí být pojištěný registrován jako nezaměstnaný na příslušném Úřadu práce, pobírat podporu v nezaměstnanosti, aktivně hledat práci a nedostávat další výhody za placenou práci. Pojištěnému vzniká nárok na první část pojistného plnění v souvislosti se ztrátou zaměstnání po uplynutí celé nepřerušené 30denní doby trvání nezaměstnanosti.
13. Pojištěnému vzniká nárok na další část pojistného plnění v souvislosti se ztrátou zaměstnání po uplynutí každé následující nepřetržitě 30denní doby trvání nezaměstnanosti.
14. V případě nové ztráty zaměstnání vzniká pojištěnému nárok na poskytnutí pojistného plnění v důsledku této ztráty zaměstnání až po uplynutí 6 měsíců ode dne, kdy byla ukončena výplata pojistného plnění z titulu předchozí pojistné události v důsledku ztráty zaměstnání.

Článek 9. Vznik práva na pojistné plnění – pojištění Telemedicína

1. V případě, že oprávněná osoba potřebuje konzultovat svůj zdravotní stav s lékařem či zdravotníkem, má právo se s touto žádostí obrátit na telefonické středisko pojistitele.
2. Asistenční služba na základě příznaků popsaných po telefonu doporučí vhodného lékaře či zdravotníka, kterého telefonicky spojí s oprávněnou osobou. Lékař či zdravotník s oprávněnou osobou zkonzultuje její problém a vydá konkrétní doporučení či návrh na další postup. Předmětem služby je řešení konkrétního zdravotního problému, a to včetně určení diagnózy, doporučení možných způsobů léčby, výběr vhodné medikace, odhad délky trvání léčby apod.
3. Oprávněná osoba má nárok maximálně na 12 konzultací v průběhu jednoho roku.
4. Pojištění Telemedicína v žádném případě nenahrazuje službu lékařské pomoci. Pojistitel může poskytnutí pojistného plnění zamítnout v případě, že, problém, se kterým se oprávněná osoba na pojistitele obrátila, není možné telefonicky vyřešit či není pro tento způsob řešení vhodný (např. jde o akutní stav, který vyžaduje bezprostřední ošetření lékařem nebo je pro bezpečné stanovení diagnózy potřeba provést fyzické vyšetření apod.) O výběru vhodného lékaře či zdravotníka rozhoduje výhradně pojistitel. Prostřednictvím pojištění Telemedicína není možné předepsat léky na předpis.
5. Pojistitel nedopovídá za případné zdravotní komplikace, které si oprávněná osoba způsobila tím, že nedbala nebo dbala jen částečně doporučení, které jí v rámci konzultace poskytl pojistitelem zvolený lékař nebo které vznikly v důsledku poskytnutí nepřesných nebo neúplných informací ze strany pojištěného.

Článek 10. Vznik práva na pojistné plnění – pojištění druhého lékařského názoru

1. V případě, že dojde k pojistné události, má oprávněná osoba právo obrátit se na telefonické středisko pojistitele s žádostí o druhý lékařský názor.
2. Telefonické středisko pojistitele žádost prověří, a pokud dojde k závěru, že by se mohlo jednat o pojistnou událost, požádá oprávněnou osobu, aby na základě instrukcí od pojistitele vytvořila lékařskou složku, která bude obsahovat veškerou lékařskou dokumentaci nezbytnou k posouzení zdravotního stavu oprávněné osoby a také náležitě vyplněný Formulář informovaného souhlasu s posudkem zdravotního stavu, který pojistitele, případně i asistenční službu opravňuje k:
 - a) přístupu k veškerým zdravotním informacím oprávněné osoby za účelem jejich analýzy;
 - b) předání veškerých zdravotních informací dodavateli služeb za účelem posouzení zdravotního stavu oprávněné osoby;
 - c) angažování překladatele;
 - d) na výslovnou žádost oprávněné osoby poskytnutí závěrů a doporučení dodavatele služeb ošetřujícímu lékaři oprávněné osoby, případně jakékoli jiné osobě určené oprávněnou osobou ve Formuláři o informovaném souhlasu s posudkem zdravotního stavu.
3. Lékařský tým, který bude mít daný případ na starosti, ověří na základě předložené dokumentace, zda žádost oprávněné osoby odpovídá rozsahu pojištění a zda zdravotní dokumentace obsahuje veškeré požadované informace nutné k poskytnutí pojistného plnění. Pokud lékařský tým usoudí, že dodané zdravotní informace nejsou dostatečné, je oprávněná osoba povinna je doplnit. Pokud lékařský tým usoudí, že před odesláním zdravotní dokumentace oprávněné osoby dodavateli služeb je potřeba provést dodatečná lékařská vyšetření, může oprávněná osoba postupovat jedním z následujících způsobů:
 - a) kontaktovat svého ošetřujícího lékaře, aby od něho získala doporučení k požadovaným vyšetřením a následně předat výsledky těchto vyšetření asistenční službě. Případné náklady na tato vyšetření hradí výhradně oprávněná osoba.
 - b) informovat asistenční službu, že od žádosti o poskytnutí asistenčního plnění odstupuje, v tomto případě jí bude bezodkladně vrácena celá zdravotní dokumentace.
4. Lékařský tým předá celou složku se zdravotní dokumentací oprávněné osoby dodavateli služeb za účelem vytvoření lékařského posudku. O výběru vhodného dodavatele služeb rozhoduje výhradně asistenční služba. Dodavatel služeb vypracuje na základě obdržené složky se zdravotní dokumentací lékařský posudek a předá jej lékařskému týmu. V závislosti na konkrétním případě bude lékařský posudek zpracovaný dodavatelem služeb obsahovat jeden z následujících závěrů:
 - a) potvrzení diagnózy a/nebo léčby předepsané ošetřujícím lékařem;
 - b) další vhled do výchozí diagnózy a/nebo léčby předepsané ošetřujícím lékařem;
 - c) návrh diagnózy a/nebo léčby, která se liší od původní a doplňuje ji o další doporučení.Odměnu dodavatele služeb, náklady na doručení složky se zdravotní dokumentací a náklady na doručení lékařského posudku hradí pojistitel.
5. Poté, co lékařský tým obdrží posudek od dodavatele služeb, kontaktuje oprávněnou osobu a informuje ji o:
 - a) závěrech uvedených v lékařském posudku;
 - b) doručení kompletní lékařské složky zpět oprávněné osobě;
 - c) možnosti kontaktovat lékařský tým za účelem zodpovězení dalších dotazů, které s pojistnou událostí souvisejí.Písemné závěry lékařského posudku předá asistenční služba oprávněné osobě v českém jazyce.

Článek 11. Vznik práva na pojistné plnění – pojištění hospitalizace

1. V případě, že dojde k pojistné události, má oprávněná osoba nárok na:
 - a) úhradu nákladů za nadstandardní nemocniční pokoj, který zdravotnické zařízení oprávněné osobě, po dobu její hospitalizace a na její žádost poskytlo, a to až do výše dílčího limitu pojistného plnění, který je stanoven na 12 500 Kč za jednu pojistnou událost. Pojistné plnění bude poskytnuto oprávněné osobě po ukončení hospitalizace formou proplacení nákladů, které oprávněná osoba za hospitalizaci v nadstandardním pokoji musela zdravotnickému zařízení uhradit.
 - b) finanční kompenzaci za každých dokončených 24 hodin hospitalizace, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 500 Kč za každých dokončených 24 hodin hospitalizace, maximálně však na 12 500 Kč za jednu pojistnou událost.
2. Pojistitel a ani asistenční služba neodpovídají za nemožnost hospitalizace v nadstandardním nemocničním pokoji, ať už k ní došlo z jakýchkoliv příčin a ani v takovém případě neposkytují oprávněné osobě finanční či jinou formu kompenzace.

Článek 12. Vznik práva na pojistné plnění – pojištění rekonvalescence

1. V případě, že dojde k pojistné události pojistitel či asistenční služba na žádost oprávněné osoby:

- a) uhradí oprávněně osobě náklady na rehabilitační cvičení, které v souvislosti s pojistnou událostí předepsal oprávněně osobě její ošetřující lékař, a to i nad rámec hodin, počtu cvičení či jiného omezení, které ošetřující lékař v předpisu stanovil. Pojistitel uhradí takto vzniklé náklady až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 5 000 Kč za jednu pojistnou událost.
- b) zorganizuje a uhradí převoz oprávněně osoby po ukončení hospitalizace, v závislosti na jejím zdravotním stavu buď sanitním vozem, nebo vozidlem taxi, na adresu bydliště oprávněně osoby, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 7 500 Kč na jednu pojistnou událost. Oprávněná osoba má právo na využití této služby pouze jednou za pojistnou událost.
- c) zorganizuje a uhradí přepravu oprávněně osoby, v závislosti na jejím zdravotním stavu buď sanitním vozem, nebo vozidlem taxi na lékařskou kontrolu, kterou v souvislosti s pojistnou událostí předepsal ošetřující lékař oprávněně osoby a zpět do místa bydliště, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 12 500 Kč za jednu pojistnou událost. Oprávněná osoba má nárok na využití této služby max. pětkrát během jedné pojistné události, avšak celkově pouze do limitu pojistného plnění uvedeného v tomto odstavci.
- d) zorganizuje a uhradí dopravu jednoho teplého jídla denně na adresu bydliště oprávněně osoby, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 12 500 Kč na jednu pojistnou událost. Oprávněná osoba má nárok na využití této služby max. pětkrát během jedné pojistné události, avšak celkově pouze do limitu pojistného plnění uvedeného v tomto odstavci. Předmětem pojistného plnění je pouze úhrada práce a dopravy dodavatele služeb, nikoliv samotného jídla. Náklady na jídlo uhradí oprávněná osoba na místě dodavateli služeb, na základě předloženého účtu, sama ze svých vlastních prostředků. Jídlo, které oprávněně osoba požaduje dopravit, musí být běžně dostupné v okolí místa bydliště oprávněně osoby.
- e) zorganizuje a uhradí zajištění nákupu jídla a hygienických prostředků na adresu bydliště oprávněně osoby, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 12 500 Kč za jednu pojistnou událost. Oprávněná osoba má nárok na využití této služby max. pětkrát během jedné pojistné události a zároveň maximálně dvakrát v průběhu jednoho týdne, avšak celkově pouze do limitu pojistného plnění uvedeného v tomto odstavci. Předmětem pojistného plnění je pouze úhrada práce a dopravy dodavatele služeb, nikoliv samotného nákupu. Náklady na zakoupené zboží uhradí oprávněná osoba na místě dodavateli služeb, na základě předloženého účtu, sama ze svých vlastních prostředků. Zboží, které oprávněně osoba požaduje dopravit, musí být běžně dostupné v běžných maloobchodních prodejnách v okolí místa bydliště oprávněně osoby.
- f) zorganizuje a uhradí dopravu léků či zdravotních pomůcek, které oprávněně osobě v souvislosti s pojistnou událostí předepsal oprávněně osobě její ošetřující lékař, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 12 500 Kč za jednu pojistnou událost. Oprávněná osoba má nárok na využití této služby max. čtyřikrát během jedné pojistné události, avšak celkově pouze do limitu pojistného plnění uvedeného v tomto odstavci. Předmětem pojistného plnění je pouze úhrada práce a dopravy dodavatele služeb, nikoliv samotných léků či zdravotních pomůcek. Náklady na zakoupení doručených léků či zdravotních pomůcek, stejně tak jako náklady na regulační či jakékoliv jiné poplatky uhradí oprávněná osoba na místě dodavateli služeb, na základě předloženého účtu, sama ze svých vlastních prostředků.
- g) zorganizuje a uhradí běžný úklid domácnosti oprávněně osoby, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 12 500 Kč na jednu pojistnou událost. Oprávněná osoba má nárok na využití této služby maximálně čtyřikrát během jedné pojistné události a zároveň max. jedenkrát v průběhu jednoho týdne, avšak celkově pouze do limitu pojistného plnění uvedeného v tomto odstavci. Za běžný úklid se považuje utření prachu, vysátí a vytržení podlahových ploch, vynesení odpadků, umytí a dezinfekce toalety a koupelny. Úklid probíhá výhradně za použití čisticích prostředků oprávněně osoby.
- h) zorganizuje a uhradí dodavatele služeb, který bude v místě bydliště oprávněně osoby pečovat o nezletilé děti a seniory, kteří jsou vzhledem ke svému věku či zdravotnímu stavu odkázaní na péči a pomoc oprávněně osoby a kterým není oprávněná osoba v souvislosti s pojistnou událostí schopna tuto péči poskytnout. Péče spočívá v pomoci s přípravou a konzumací jídla, osobní hygienou a zároveň v kontrole aktivity těchto osob. Pojistitel uhradí takto vzniklé náklady až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 8 700 Kč za jednu pojistnou událost.
- i) zorganizuje a uhradí dodavatele služeb, který bude v místě bydliště oprávněně osoby pečovat o domácí mazlíčky, a to až do výše limitu pojistného plnění, který je stanoven na 8 700 Kč za jednu pojistnou událost. Péče spočívá výhradně ve venčení a krmení domácích mazlíčků, cenu použitého krmiva a další obdobné náklady hradí oprávněná osoba ze svých vlastních prostředků.

Článek 13. Vznik práva na pojistné plnění – pojištění právní asistence

- a) pojistitel poskytne pojistné plnění, nastala-li pojistná událost ve smyslu ustanovení těchto pojistných podmínek a jsou-li splněny podmínky stanovené v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách.
- b) pojistné plnění zahrnuje mimosoudní hájení oprávněných zájmů pojištěného ve všech oblastech definovaných pojistnou smlouvou a ustanoveními pojistných podmínek, jakož i hájení těchto zájmů před obecnou soustavou soudů České republiky.

c) oznámení škodní události a doručení souvisejících podkladů:

- pojistitel poskytne pojištěnému základní informace o jeho právech a povinnostech, jejich obsahu, rozsahu a o možnostech řešení škodní události;
- pojistitel sdělí pojištěnému informace o rozsahu dokumentace potřebné k uplatnění prostředků ochrany práv pojištěného;
- pojištěný je povinen doručit pojistiteli všechny podklady, jako např. korespondenci, rozhodnutí, posudky, faktury, předávací protokoly a další podklady vyžádané v případě potřeby pojistitelem a týkající se škodní události, jakmile je obdržela nebo jakmile jsou mu dostupné.

d) Poskytnutí pojistného plnění formou telefonických služeb právních informací

Žádá-li pojištěný o poskytnutí pojistného plnění formou telefonických služeb právních informací, poskytne pojistitel pojištěnému příslušné informace obratem, nebo pokud dotaz vyžaduje dohledání potřebných údajů či informací, do dvou pracovních dnů od okamžiku, kdy pojištěný uplatnil u pojistitele právo na poskytnutí pojistného plnění.

e) Poskytnutí pojistného plnění formou služeb právní asistence

Žádá-li pojištěný o poskytnutí pojistného plnění formou služeb právní asistence, poskytne pojistitel následující služby:

- **Analýza vyhlídek na úspěšné vyřízení škodní události** – po nahlášení škodní události pojištěným pojistitel nejprve prověří právní situaci pojištěného a provede analýzu jeho vyhlídek na úspěšné vyřízení škodní události. O výsledku této analýzy informuje pojištěného. V případě potřeby provádí pojistitel analýzu též v průběhu jednotlivých stádií řešení pojistné události.
- **Vyřizování pojistné události pojistitelem** - shledá-li pojistitel na základě provedené analýzy, že vyhlídky na úspěšné vyřízení pojistné události jsou dostatečné, vyžádá si souhlas a písemnou plnou moc pojištěného a poté vede potřebná jednání s cílem dosáhnout nejlepšího možného vyřešení pojistné události. Pojistitel zastupuje pojištěného ve věcech mimosoudních a je oprávněn inkasovat plnění náležející oprávněné osobě, která je povinen předat oprávněné osobě bez zbytečného odkladu. Pojistitel bude průběžně informovat pojištěného o průběhu vyřizování pojistné události.
- Pojištěný není bez předchozího souhlasu pojistitele oprávněn pověřit jinou osobu (např. dodavatele služeb) zastoupením při vyřizování pojistné události, s výjimkou případů, kdy by mu v důsledku prodlení přímo hrozil vznik škody nebo újmy nebo zadržení, resp. vazba. Poruší-li pojištěný tuto povinnost, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
- Shledá-li pojistitel na základě provedené analýzy, že vyhlídky na úspěšné vyřízení škodní události nejsou dostatečné, je povinen bez zbytečného odkladu písemnou formou sdělit pojištěnému, že mu na základě provedené analýzy nárok na pojistné plnění nevzniká, uvést důvody svého rozhodnutí a vysvětlit je. Ale i v takovém případě poskytne pojistitel telefonicky pojištěnému základní právní radu obecného charakteru o dalším možném postupu.
- V případě, že se pojištěný - poté, co byl informován o tom, že mu pro nedostatek vyhlídek na úspěšné vyřízení pojistné události nevzniká právo na pojistné plnění - rozhodne v řešení případu pokračovat na své náklady a v pokračujícím sporu se mu podaří dosáhnout kvalitativně nebo kvantitativně příznivějšího výsledku, než jaký odpovídal stavu vyřizování pojistné události ke dni, kdy pojistitel na základě svého rozhodnutí pojistné plnění zamítl, a doloží-li tuto skutečnost pojistiteli, pojistitel uhradí náklady pojištěným účelně vynaložené na vyřizování události po zamítnutí plnění, a to až do výše limitů pojistného plnění stanovených pro tuto pojistnou událost pojistnou smlouvou.

f) Pověření dodavatele služeb

- V případě, že se ukáže, že k řádnému vyřízení pojistné události bude nezbytné pověřit dodavatele služeb, je pojištěný po předchozím souhlasu pojistitele oprávněn zvolit si vhodného dodavatele služeb, který má svoji kancelář v místě soudu nebo správního orgánu, příslušného k projednání věci v prvním stupni, aby vedl jménem pojištěného potřebná jednání s cílem dosáhnout nejlepšího možného vyřešení pojistné události. Souhlas pojistitele, vyžadovaný dle tohoto ustanovení, nebude bez zjevného důvodu odepřen.
- Poruší-li pojištěný povinnost získat souhlas pojistitele k pověření dodavatele služeb, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění i v případě, že pojištěný pozdním nebo liknavým přístupem způsobil zvýšení nákladů za úkony, jejichž úhrada má být součástí pojistného plnění.
- Pojištěný je povinen zajistit, aby jeho právní zástupce průběžně informoval pojistitele o vývoji řešení pojistné události. O jednotlivých zamýšlených podstatných krocích je pojištěný sám nebo prostřednictvím svého právního zástupce povinen informovat pojistitele a před jejich provedením získat jeho písemný souhlas. Poruší-li tuto povinnost, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.

g) Pozastavení pojistného plnění

- Shledá-li pojistitel, že vyhlídky na úspěšné vyřízení pojistné události nejsou dostatečné, je povinen bez zbytečného odkladu písemnou formou sdělit pojištěnému, že na základě provedené analýzy další pojistné plnění k dané pojistné události pozastavuje, uvést důvody svého rozhodnutí a vysvětlit je.
- V případě, že se pojištěný poté, co pojistné plnění bylo pozastaveno, rozhodne v řešení případu pokračovat na své náklady a v pokračujícím sporu se mu podaří dosáhnout kvalitativně nebo kvantitativně příznivějšího výsledku, než jaký odpovídal stavu vyřizování pojistné události ke dni, kdy pojistitel na základě svého rozhodnutí pojistné plnění pozastavil, a doloží-li tuto skutečnost pojistiteli, pojistitel uhradí náklady pojištěným účelně vynaložené na pokračování vyřizování pojistné události po pozastavení plnění, a to až do výše limitů pojistného plnění stanovených pro tuto pojistnou událost pojistnou smlouvou a s ohledem na pojistné plnění poskytnuté před jeho pozastavením.

h) Povinnost součinnosti pojištěného s pojistitelem

- Pojištěný je povinen učinit vše, co by mohlo přispět k objasnění skutkového stavu věci. Pojištěný je povinen vyvarovat se všeho, co by mohlo způsobit zvýšení nákladů v rámci pojistného plnění. Pojištěný je povinen informovat pojistitele bez zbytečného odkladu o všech okolnostech, které mohou mít vliv na povinnost pojistitele poskytnut pojistné plnění, v případě porušení této povinnosti odpovídá pojištěný pojistiteli za vzniklou škodu. Při vyrovnání nebo dohodě o řešení pojistné události nesmí být otázka nákladů uspořádána nevýhodněji, než jak to odpovídá poměru úspěchu a neúspěchu zúčastněných stran ve věci. Pojištěný se proto zavazuje, že bez předchozího souhlasu pojistitele neuzavře žádnou dohodu o narovnání, smír ani jinou obdobnou dohodu. Souhlas pojistitele, vyžadovaný dle tohoto ustanovení, nebude bez zjevného důvodu odepřen. Poruší-li pojištěný tuto povinnost, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojištěný je povinen o tomto svém závazku i o svých ostatních povinnostech plynoucích z pojistné smlouvy informovat svého právního zástupce.
- Pojištěný je povinen poskytnout pojistiteli součinnost při mimosoudním i soudním vymáhání nákladů vynaložených v rámci pojistného plnění pojistitelem a při vymáhání náhrady škody nebo újmy od protistrany.
- Pojištěný je povinen vyčkat se soudním uplatňováním svých nároků, dokud rozhodnutí v případném jiném řízení, které může mít význam pro zamýšlené soudní řízení, nenabude právní moci, případně v souladu s pokyny pojistitele uplatnit nejprve jen část svých nároků a do nabytí právní moci rozhodnutí s uplatněním zbývajících nároků vyčkat. Toto však neplatí, pokud by pojištěnému v důsledku prodlení přímo hrozil vznik škody nebo újmy. Možnost konečného uplatnění nároků pojištěného v plném rozsahu tím není dotčena. Poruší-li pojištěný tuto povinnost, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.

i) Úhrada finančních nákladů v rámci pojistného plnění

Pojistné plnění zahrnuje do výše limitu pojistného plnění uvedeného v pojistné smlouvě a/nebo pojistných podmínkách úhradu finančních nákladů, jež je nutné vynaložit dle rozhodnutí pojistitele v souvislosti s prosazováním oprávněných zájmů pojištěného, a to:

- náklady na služby dodavatele služeb, a to ve výši stanovené dle příslušných právních předpisů (obvyklé a přiměřené výlohy právního zástupce, tlumočnicka, překladatele, znalce, náklady na provedení jednoho výkonu rozhodnutí, na základě exekučního titulu souvisejícího s pojistným plněním v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou);
- náklady na soudní poplatky;
- náklady na cestu a ubytování pojištěného k soudnímu řízení, pokud je jeho přítomnost nezbytná a je nařízena soudem (např. v případě výslechu apod.);
- náklady na cestu a ubytování svědka k soudnímu řízení, pokud je jeho přítomnost nařízena soudem;
- náklady a výdaje protistrany, které je pojištěný povinen uhradit na základě soudního rozhodnutí, byl-li pojištěný na základě písemného souhlasu pojistitele návrhovatelem soudního řízení.

j) Rozsah pojistného plnění, hranice pojistného plnění, pojistná nebezpečí

- Pojistitel poskytne pojištěnému pojistné plnění formou telefonické služby právních informací nebo služeb právní asistence, týkají-li se pojistných nebezpečí uvedených v odrážce Pojistná nebezpečí tohoto článku.
- Rozsah služeb poskytovaných v rámci pojistného plnění formou služeb právní asistence je uveden v tabulce „Právní asistence – rozsah pojistného plnění“.
- Je-li v tabulce „Právní asistence – rozsah pojistného plnění“ u příslušného pojistného nebezpečí uvedeno ANO, vztahuje se na toto pojistné nebezpečí pojištění a pojistitel poskytne pojištěnému pojistné plnění za podmínky stanovených v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách. Je-li v tabulce „Právní asistence – rozsah pojistného plnění“ u příslušného pojistného nebezpečí uvedeno NE, nevztahuje se na toto pojistné nebezpečí pojištění a pojištěný nemá právo na poskytnutí pojistného plnění.
- Horní hranicí pojistného plnění na jednu pojistnou událost je limit pojistného plnění s názvem „Limit pojistného plnění na PU“ uvedený v tabulce „Právní asistence – rozsah pojistného plnění“.
- V případě rizik a situací, které nejsou předmětem tohoto pojištění anebo jsou dle ustanovení pojistných podmínek ve výluce, poskytne pojistitel pojištěnému kontakty na vhodné dodavatele služeb. Veškeré náklady na takovéto služby nese oprávněná osoba.

- Pojistná nebezpečí, na která vztahuje pojištění:
 - **Pracovněprávní spor:** Pojistitel učiní kroky k hájení zájmů pojištěného v situaci individuálního pracovněprávního sporu pojištěného s jeho zaměstnavatelem vyplývajícího z jeho pracovního poměru, a to za předpokladu, že se jedná o spor týkající se neplatného rozvázání pracovního poměru, náhrady škody způsobené pojištěnému, nevyplacení mzdy (platu) či její části nebo náhrad, na které má pojištěný nárok.

PRÁVNÍ ASISTENCE – ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ	
Limit pojistného plnění na pojistnou událost	100 000 Kč
Územní účinnost	ČR
Pojistné nebezpečí	
Pracovněprávní spor	ANO
ROZSAH POSKYTOVANÝCH SLUŽEB	
Telefonické právní poradenství	
Jakýkoli právní dotaz z okruhů vymezených tímto pojistným programem	
Vyhledání příslušného formuláře a pomoc při jeho vyplnění a odeslání	
Právní asistence	
Mimosoudní řízení – civilní spor	
Základní informace o právech a povinnostech pojištěného	
Analýza podkladů ke sporu pojištěného	
Vyhotovení návrhu na řešení sporu, konzultace s pojištěným	
Mediace – pokus o sblížení postojů stran sporu	
Informace o průběhu řešení sporu, návrh na další postup	
Vyhotovení znaleckého posudku	
Řešení sporu – zajištění právního zastoupení pojištěného	
Návrh na smír – poslední jednání s protistranou	
Soudní řízení 1. instance – civilní spor	
Základní informace o procesních možnostech pojištěného	
Zahájení soudního řízení prostřednictvím právního zástupce	
Úhrada správních, soudních poplatků, cestovného a ostatních poplatků podle pojistných podmínek	
Posouzení soudního rozhodnutí - 1. instance	
Informace o opravných prostředcích	

Článek 14. Uplatnění nároku na pojistné plnění

1. Oznámení o pojistné události musí být učiněno bez zbytečného odkladu na telefonním čísle telefonického střediska asistenční služby **+420 272 099 931**. Pracovníci telefonického střediska asistenční služby ověří nárok na pojistné plnění a vyžádají si od pojištěného níže uvedené doklady.

Smrt v důsledku úrazu

2. V případě uplatnění nároku na pojistné plnění z důvodu smrti pojištěného v důsledku úrazu je oprávněná osoba povinna poskytnout pojistiteli a/nebo asistenční službě:
 - a) lékařskou zprávu o příčině smrti pojištěného nebo úmrtní list pojištěného obsahující určení příčiny smrti,
 - b) kopii úmrtního listu pojištěného,
 - c) lékařské potvrzení potvrzující příčinnou souvislost mezi úrazem a smrtí pojištěného,
 - d) policejní zprávu popisující okolnosti úrazu nebo jiný doklad vydaný orgánem oprávněným určit okolnosti události, popisující tyto okolnosti, pokud byl takový doklad vydán.

Hospitalizace

3. V případě uplatnění nároku na pojistné plnění z důvodu hospitalizace pojištěného je pojištěný povinen předložit pojistiteli a/nebo asistenční službě lékařskou zprávu vystavenou nemocnicí, v níž byl pojištěný hospitalizován, obsahující informace o hospitalizaci pojištěného, a zejména uvést příčinnou souvislost mezi příčinou hospitalizace, hospitalizací a obdobím hospitalizace.

Dočasná pracovní neschopnost

4. V případě uplatnění nároku na pojistné plnění z důvodu dočasné pracovní neschopnosti je pojištěný povinen poskytnout pojistiteli a/nebo asistenční službě:

- a) kopii Potvrzení o pracovní neschopnosti vystaveného ošetřujícím lékařem, který potvrzuje dočasnou pracovní neschopnost pojištěného v období, pro které požaduje výplatu pojistného plnění,
- b) lékařskou zprávu potvrzující důvody dočasné pracovní neschopnosti pojištěného,
- c) historii onemocnění související s dočasnou pracovní neschopností.

Ztráta zaměstnání

5. V případě uplatnění nároku na pojistné plnění z důvodu ztráty zaměstnání je pojištěný povinen poskytnout pojistiteli a/nebo asistenční službě:
- a) potvrzení o registraci pojištěného na příslušném Úřadu práce a doklad potvrzující, že nabyl práva na podporu v nezaměstnanosti a že toto postavení a právo trvalo nepřetržitě po dobu nejméně 30 dnů,
 - b) kopii poslední pracovní smlouvy z posledního zaměstnání,
 - c) potvrzení o zaměstnání z posledního zaměstnání nebo jiný doklad potvrzující zaměstnání,
 - d) kopii výpovědi z pracovního poměru, případně jiného dokumentu potvrzujícího, že došlo ke ztrátě zaměstnání tak, jak je definována v článku 2. těchto pojistných podmínek,
 - e) kopii Zápočtového listu,
 - f) kopii dalších dokumentů potvrzujících nárok pojištěného na poskytnutí pojistného plnění (např. potvrzení z příslušného Úřadu práce apod.).

Trvalá pracovní neschopnost

6. V případě uplatnění nároku na pojistné plnění z důvodu trvalé pracovní neschopnosti je pojištěný povinen poskytnout pojistiteli a/nebo asistenční službě:
- a) rozhodnutí příslušného orgánu statní správy o přiznání invalidity III. stupně, na základě kterého klesla pracovní schopnost pojištěného nejméně o 70%,
 - b) kopii lékařské zprávy potvrzující trvalost neměnnost zdravotního stavu pojištěného, který mu znemožňuje vykonávat závislou činnost v pracovním poměru (zaměstnání) nebo samostatně výdělečnou činnost (podnikání),
 - c) kopii dalších dokumentů potvrzujících nárok pojištěného na poskytnutí pojistného plnění, o které pojistitel či asistenční služba případně požádají).
7. Po obdržení oznámení o vzniku škodní události do 7 dnů ode dne přijetí tohoto oznámení pojistitel a/nebo asistenční služba informuje oprávněnou osobu a zahájí šetření ke zjištění skutečného stavu události, nároku oprávněné osoby na poskytnutí pojistného plnění a výši pojistného plnění a rovněž informuje oprávněnou osobu, jaké doklady jsou nezbytné k určení povinnosti pojistitele plnit nebo o stanovení výše pojistného plnění.
8. Všechny dokumenty související s uplatněním práva na pojistné plnění musí být zaslány na adresu asistenční služby.
9. Veškeré náklady spojené s vyplněním a doručením požadovaných dokladů nese oprávněná osoba.
10. Pojistitel může požadovat, aby pojištěný podstoupil za účelem ověření nároku na pojistné plnění lékařskou prohlídku. Náklady na tuto lékařskou prohlídku hradí pojistitel.
11. V případě jakýchkoli dotazů, pochybností týkajících se procesu uplatnění nároku na pojistné plnění může pojištěný, žadatel nebo oprávněná osoba získat informace od asistenční služby na telefonním čísle **+420 272 099 931**, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.
12. Po splnění podmínky pro získání nároku na pojistné plnění pojistitel vyplatí pojistné plnění do 30 dnů ode dne ukončení šetření pojistné události.
13. Nelze-li ukončit šetření nutná k zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo k zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel oprávněné osobě sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oprávněná osoba, sdělí její 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.

Článek 15. Povinnosti z pojištění

1. Povinnosti pojistníka:
 - a) řádně a včas uhradit pojistiteli pojistné;
 - b) spolupracovat s pojistitelem při ověřování vzniku škodné události a při likvidaci pojistné události;
 - c) bez zbytečného odkladu informovat pojistitele o veškerých změnách týkajících se pojištění;
 - d) předat pojištěnému potvrzení o pojištění, pojistné podmínky a další dokumenty související s pojištěním, které mu pojistitel pro tyto účely předal.
2. Povinnosti oprávněné osoby
 - a) pravdivě a úplně zodpovědět veškeré dotazy pojistitele nebo asistenční služby pojistitele týkající se sjednáváného pojištění.

- b) dbát, aby pojistná událost nenastala, zejména neporušovat povinnosti mající za cíl odvrácení nebo snížení nebezpečí vzniku pojistné události. A pokud by ke zvýšení nebezpečí vzniku pojistné události došlo (bez ohledu na to, zda z vůle oprávněné osoby či nikoliv) ihned tuto skutečnost oznámit pojistiteli nebo asistenční službě a řídit se jejich pokyny.
- c) nahlásit škodní události bez zbytečného odkladu prostřednictvím telefonického střediska pojistitele a poskytnout veškerou možnou součinnost při šetření škodné události. V případě, že oprávněná osoba tuto svou povinnost nesplní, má pojistitel právo krátiť oprávněné osobě pojistného plnění.
- d) při spojení s telefonickým střediskem asistenční služby je oprávněná osoba povinna sdělit následující informace:
 - jméno, příjmení a adresu oprávněné osoby,
 - číslo pojistné smlouvy,
 - adresu místa, kde došlo ke škodné události,
 - kontaktní telefonní číslo oprávněné osoby,
 - pravdivý a úplný popis škodné události,
 - další informace či doklady uvedené v ustanovení těchto pojistných podmínek, jakož i informace a doklady, o které pracovníci asistenční služby požádají a které se škodnou událostí souvisejí.

V případě, že oprávněná osoba tuto svou povinnost nesplní, má pojistitel právo krátiť oprávněné osobě pojistného plnění.
- e) zabezpečit vůči třetí osobě práva, která na pojistitele přecházejí, zejména právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, tj. uvést jméno, příjmení a kontaktní údaje osoby nebo subjektu, která se podílela na vzniku újmy.

Článek 16. Výluky

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, že škodní událost souvisí:
 - a) s chronickým onemocněním pojištěného, avšak toto vyloučení odpovědnosti se použije pouze tehdy, dojde-li k výše uvedeným pojistným událostem do 24 měsíců ode dne počátku pojištění na základě pojistné smlouvy;
 - b) se sebevraždou pojištěného nebo pokusem o sebevraždu či se sebepoškozením;
 - c) s účastí na hrách, závodech, sázkách nebo sportovních soutěžích;
 - d) s úrazem souvisejícím s účastí nebo s přípravou na následující rizikové aktivity: letecké sporty všeho druhu, bojové sporty, motoristické sporty, horolezectví;
 - e) s účastí pojištěného na letu jako pilota, člena posádky nebo cestujícího vojenského nebo soukromého letadla, který nemá licenci k přepravě cestujících; toto ustanovení se nevztahuje na charterové a pravidelné lety;
 - f) se stávkou, válečným konfliktem, invazí, napadením (ať již válka byla vyhlášena či nikoliv) občanskou válkou, vzpourou, povstáním, terorismem, násilným nebo vojenským uchvácením moci, občanskými nepokoji, radioaktivní havárií, živelnou událostí nebo jakýmkoliv jiným zásahem vyšší moci;
 - g) s účastí pojištěného jako pachatele na trestných činech nebo trestných činech, za které byl uznán vinným pravomocným rozsudkem soudu.
2. Pojistitel také neposkytne pojistné plnění, pokud k události, v důsledku které nárokuje oprávněná osoba pojistné plnění, došlo před vznikem tohoto pojištění.
3. V případě **hospitalizace** pojistitel dále neposkytne pojistné plnění v případě, že škodní událost souvisí:
 - a) s přímými důsledky chirurgického, kosmetického a/nebo plastického zákroku;
 - b) s těhotenstvím nebo potratem;
 - c) s konzumací alkoholu, drog nebo jiných omamných látek pojištěným, léků na lékařský předpis, které nebyly předepsány lékařem, nebo které se používají v rozporu s pokyny lékaře, kardiovaskulárními chorobami a mrtvicí;
 - d) s hospitalizací, která nebyla důsledkem úrazu či nemoci;
 - e) s hospitalizací v důsledku nemoci, jejíž první příznaky se projeví již před uzavřením pojistné smlouvy nebo v důsledku úrazu, který nastal před vznikem pojištění;
4. V případě **dočasné a trvalé pracovní neschopnosti** pojistitel dále neposkytne pojistné plnění v případě, že škodní událost souvisí:
 - a) s konzumací alkoholu, užívání drog nebo jiných omamných látek pojištěným, léků na lékařský předpis, které nebyly předepsány lékařem nebo které byly použity v rozporu s pokyny lékaře;
 - a) s úmyslným vystavením se nebezpečí, s výjimkou pokusů o záchranu lidského života;
 - b) s atomovým výbuchem a zářením (s výjimkou jednotlivých případů, které se netýkají odborné činnosti);
 - c) s těhotenstvím, potraty a zákonnou mateřskou dovolenou nebo rodičovskou dovolenou;
 - d) s únavou, chronickým únavovým syndromem, mentálním, neuropsychiatrickým nebo psychologickým onemocněním;
 - e) s nemocí páteře nebo posttraumatickou lézí páteře, které mají za následek onemocnění páteře nebo s neurologickým syndromem spojeným se změnami páteře;
 - f) s dočasnou či trvalou pracovní neschopností, která nebyla důsledkem úrazu nebo nemoci;

- g) s nemocí jejíž první příznaky se objevily již před vznikem pojištění, nebo s úrazem, který nastal před vznikem pojištění.
5. V případě **ztráty zaměstnání** pojistitel dále neposkytne pojistné plnění v případě, že škodní událost souvisí:
- a) se skončením (rozházáním) pracovního poměru, které nastalo před počátkem pojištění nebo pokud ke skončení pracovního poměru došlo v průběhu odkladné doby;
 - a) s ukončením podnikání a/nebo výmazem z obchodního rejstříku v případě fyzických osob podnikatelů;
 - b) se skončením (rozházáním) pracovního poměru uzavřeného za účelem provedení konkrétního projektu či práce;
 - c) s odchodem do důchodu (i když pojištěný pobírá příspěvek v nezaměstnanosti);
 - d) se skončením (rozházáním) pracovního poměru na základě dohody uzavřené mezi pojištěným jakožto zaměstnancem a jeho zaměstnavatelem;
 - e) se skončením (rozházáním) pracovního poměru z jiného důvodu, než který je výslovně uveden u definice ztráty zaměstnání dle článku 2. těchto pojistných podmínek;
 - f) se skončením (rozházáním) takového pracovního poměru:
 - i. kdy zaměstnavatelem pojištěného je osoba blízká pojištěnému, nebo
 - ii. kdy zaměstnavatelem pojištěného je právnická osoba, ve které je osoba blízká pojištěnému společníkem, akcionářem, ovládající osobou nebo statutárním orgánem; toto ustanovení se neuplatní, pokud došlo ke skončení (rozházání) pracovního poměru pojištěného v důsledku zániku této právnické osoby;
 - g) se zrušením pracovního poměru ve zkušební době;
 - h) se skončením (rozházáním) pracovního poměru uzavřeného na základě pracovní smlouvy na dobu určitou;
 - i) s výkonem práce mimo území České republiky.
 - j) se stávkou.
6. V případě **pojištění právní asistence** nevzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění v případě:
- a) statutárních sporů (členství v družstvu, společenství vlastníků nemovitostí, členství v orgánech obchodních společností, korporací, fondů, spolků, ústavů, sdružení apod.,
 - b) sporů, u nichž hodnota předmětu sporu nepřesáhne 3 000 Kč,
 - c) sporů souvisejících s podnikatelskou činností pojištěného,
 - d) sporů týkajících se autorských práv a duševního vlastnictví,
 - e) sporů týkajících se koupě, držení nebo zcizování podílů nebo jiné formy účasti v obchodních společnostech, korporacích, fundacích či ústavech apod.,
 - f) veškerých sporů anebo řízení týkajících se oblasti sociálního zabezpečení, daňového práva nebo veřejného zdravotního pojištění.
7. Pojistitel v případě **Pojištění druhého lékařského názoru** dále neposkytne plnění:
- a) pokud škodná událost vznikla jako následek úrazu či nemoci, k nimž došlo po požití alkoholu nebo návykových látek nebo v souvislosti se zneužitím léků oprávněnou osobou;
 - b) pokud ke škodné události došlo v důsledku úmyslného jednání, trestného činu, sebevraždy či sázky oprávněné osoby;
 - c) v případě, že nebyla dosud stanovena ošetřujícím lékařem oprávněné osoby definitivní diagnóza;
 - d) v případě, že oprávněná osoba nebyla v rámci léčby závažného onemocnění hospitalizována v nemocnici;
 - e) v případě, že zdravotní stav oprávněné osoby je na tolik závažný, že vyžaduje neodkladný lékařský zásah a nelze čekat na lékařský posudek zpracovaný dodavatelem služeb, aniž by došlo k ohrožení zdraví či života pojištěného;
 - f) v případě vážného onemocnění, které již bylo předmětem poskytnutí asistenčního plnění.
8. Pojistitel a ani asistenční služba v případě **Pojištění druhého lékařského názoru** nenesou právní a ani jinou zodpovědnost:
- a) za nepřesnost nebo neúplnost informací poskytnutých oprávněnou osobou a/nebo jejím lékařem a ani za jakoukoliv chybu způsobenou přenosem těchto informací;
 - b) za dodržování či aplikování léčby, kterou dodavatel služeb v rámci posudku doporučil;
 - c) za ztrátu, zpoždění či změnu v procesu zasílání zdravotní dokumentace, která nastane v rámci tohoto procesu. Pro účely tohoto pojištění se výslovně ujednává, že tuto odpovědnost nese výhradně doručovací služba.
9. V případě **Pojištění hospitalizace** neposkytne pojistitel pojistné plnění:
- a) v případě, že hospitalizace byla předem známa či plánována (např. hospitalizace v důsledku těhotenství a porodu, plánovaného chirurgického zákroku atp.);
 - b) v případě, že oprávněná osoba není schopna doložit náklady na hospitalizaci v nadstandardním pokoji originálem účtu či jiným prokazatelným způsobem;
 - c) v případě, že se nejednalo o hospitalizaci dle ustanovení těchto pojistných podmínek;
 - d) pokud škodná událost vznikla jako následek úrazu či nemoci, k nimž došlo po požití alkoholu nebo návykových látek nebo v souvislosti se zneužitím léků oprávněnou osobou;
 - e) pokud ke škodné události došlo v důsledku úmyslného jednání, trestného činu, sebevraždy či sázky oprávněné osoby.
10. V případě **Pojištění rekonvalescence** pojistitel neposkytne pojistné plnění:

- a) pokud oprávněná osoba nesouhlasí s výběrem dodavatele služeb, který provedla asistenční služba;
 - b) pokud oprávněná osoba, na žádost asistenční služby neprokáže (např. zprávou od ošetřujícího lékaře), že je v důsledku škodné události natolik omezena pohyblivostí, že by úkony, které jsou předmětem pojistného plnění z Pojištění rekonvalescence, nebyla schopna sama zvládnout, případně by je zvládla jen s velkými obtížemi;
 - c) pokud rehabilitační cvičení oprávněné osobě nepředepsal v souvislosti s pojistnou událostí ošetřující lékař;
 - d) pokud oprávněná osoba není schopna doložit náklady na rehabilitační cvičení, které v souvislosti s pojistnou událostí uhradila, originálem účtu či jiným prokazatelným způsobem;
 - e) pokud škodná událost vznikla jako následek úrazu či nemoci, k nimž došlo po požití alkoholu nebo návykových látek nebo v souvislosti se zneužitím léků oprávněnou osobou;
 - f) pokud ke škodné události došlo v důsledku úmyslného jednání, trestného činu, sebevraždy či sázky oprávněné osoby.
11. Pojištění se také nevztahuje na situace, kdy by se pojistitel poskytnutím pojistného plnění vystavoval riziku sankcí v důsledku porušení rezoluce mezinárodní organizace OSN, ekonomických sankcí, právních předpisů či nařízení Evropské Unie, USA či Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku.

Článek 17. Ostatní ustanovení

1. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění, došlo-li k navýšení nákladů spojených s vyřizováním pojistné události zaviněním oprávněné osoby.
2. V případě, že oprávněná osoba obdrží za vzniklé výlohy, které by byly předmětem pojistného plnění z tohoto pojištění, náhradu od třetí strany nebo cestou jiného právního vztahu, je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění o částku, kterou pojištěný jako náhradu obdržel.
3. Vzniklo-li v souvislosti s hrozící nebo nastalou pojistnou událostí oprávněné osobě nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází výplatou pojistného plnění z tohoto pojištění toto právo na pojistitele, a to až do výše částek, které pojistitel ze soukromého pojištění oprávněné osobě nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, vyplatil.
4. Pojištění zdravotních asistenčních služeb a pojištění schopnosti splácet lze sjednat výhradně společně.
5. Pojistitel je oprávněn vyzvat oprávněnou osobu, aby náklady na poskytnuté služby uhradila dodavateli služeb sama, ze svých vlastních prostředků a následně doklad o zaplacení zaslala spolu s dalšími písemnými dokumenty a údaji, které si pojistitel případně vyžádá, na adresu k proplacení.
- 6.

Článek 18. Doručování písemnosti

1. Právní jednání směřující ke změně nebo zániku pojištění musí být učiněna v písemné formě.
2. Oznámení pojistné události může být učiněno i telefonicky či prostřednictvím emailu; požádá-li však o to pojistitel osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění, musí být oznámení pojistné události učiněno písemně na příslušném formuláři pojistitele.
3. Korespondence při šetření pojistné události může být doručována i prostřednictvím emailu na emailovou adresu pojistitele a/nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, případně faxem na faxové číslo pojistitele a/nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění.
4. Požádá-li o to písemně osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, sdělí pojistitel této osobě výsledek šetření pojistné události v písemné formě, případně této osobě v písemné formě sdělí, proč nelze šetření ukončit ve stanovené lhůtě.
5. Právní jednání, které musí být učiněno v písemné formě, musí být druhému účastníku doručeno v souladu s ustanovením tohoto článku.
6. Právní jednání v písemné formě (dále také jen „písemnost“) je adresátovi doručováno:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního právního předpisu, a to na poslední známou adresu adresáta, jemuž je písemnost určena, nebo
 - b) elektronicky podepsané podle zvláštních právních předpisů, nebo
 - c) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele.
7. Je-li písemnost určena pojistiteli, adresa pro doručování je adresa asistenční služby: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Česká republika. Doručení asistenční službě se považuje za doručení pojistiteli.
8. Případné stížnosti pojištěného je možné písemně doručit na adresu: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4 – Nusle, případně na e-mailovou adresu reklamace@axa-assistance.cz. Pojistník nebo pojištěný mají dále možnost obrátit se se svou stížností na Českou národní banku, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, mimosoudní řešení sporů je možné u Kanceláře ombudsmana České asociace pojišťoven (www.ombudsmancap.cz).
9. Doručování písemností se řídí ustanovením § 573 občanského zákoníku.
10. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenou dnem odmítnutí přijetí.

11. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenou dnem, kdy byla zásilka vrácena jako nedoručená.
12. Veškerá právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém nebo slovenském jazyce.

Článek 19. Zpracování osobních údajů

1. Pojistitel, jakožto správce, je oprávněn zpracovávat osobní údaje pojistníka a pojištěných (dále společně také jen „subjekt údajů“) v rozsahu nezbytném k řádnému plnění povinností pojistitele stanovených v pojistné smlouvě a obecně závazných právních předpisech. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje subjektu údajů po dobu nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů (např. zákona o archivnictví, zákona proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, účetních či daňových předpisů apod.).
2. Správce je povinen:
 - přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití s tím, že tato povinnost platí i po skončení zpracování osobních údajů;
 - zpracovávat pouze pravdivé a přesné osobní údaje;
 - shromažďovat osobní údaje pouze v nezbytném rozsahu ke stanovenému účelu;
 - nesdružovat osobní údaje, které byly získány k rozdílným účelům;
 - při zpracování osobních údajů dbát na ochranu soukromého života subjektu údajů;
 - poskytnout na žádost subjektu údajů informace o zpracování jeho osobních údajů.
3. Správce je oprávněn předávat osobní údaje pro účely a po dobu stanovenou v ustanovení odstavce 1 tohoto článku i dalším subjektům (dále také jen „zpracovatel“).
4. Správce se zavazuje zajistit, aby jakékoli osoby, které přijdou do styku s osobními údaji (zejména zaměstnanci správce, zpracovatelé, zaměstnanci zpracovatele) dodržovaly povinnosti stanovené zákonem, pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami, a to i po skončení trvání smluvního nebo pracovněprávního vztahu.

Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dne 1. 12. 2020.