

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ (VPP/810-13)

Článek I. Úvodní ustanovení

1. Práva a povinnosti účastníků tohoto pojištění se řídí právním řádem České republiky, zejména ustanoveními zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění, těmito pojistnými podmínkami a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě.
2. Smluvními stranami jsou na jedné straně pojištitel a na straně druhé pojištitel MAXIMA pojišťovna, a.s., se sídlem Italská 1583/24, Praha 2, 120 00, IČO: 61328464, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3314 (dále jen „pojištitel“).
3. Pojištění se sjednává jako škodové.
4. Pojištění se vztahuje na všechny druhy pobytů cizinců upravených zákonem, s výjimkou těch, kdy fyzická osoba je obligatorně účastná veřejného zdravotního pojištění v ČR podle zvláštního právního předpisu.
5. Toto pojištění splňuje podmínky stanovené zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, pro komplexní zdravotní pojištění cizinců dle §180i) a následující.

Článek II. Výklad pojmů

1. **Pojištníkem** je osoba, která uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
2. **Pojištěný** je fyzická osoba, která není občanem České republiky (dále jen „ČR“), na jejíž zdraví se pojištění vztahuje a který pobývá na území ČR na základě platného povolení vydaného v souladu s právními předpisy ČR.
3. **Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění tím, že prokazatelně vynaložila náklady, jejichž úhrada je předmětem pojistného plnění.
4. **Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která může být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
5. **Pojistná událost** je nahodilá skutečnost specifikovaná v článku V., se kterou je spojen vznik povinnosti pojištitel poskytnout pojistné plnění.
6. **Pojistným nebezpečím** se rozumí možná příčina vzniku úrazu nebo nemoci s výjimkou příčin a případů, které jsou výslovně uvedeny ve výlukách z pojištění nebo které nespádají do rozsahu pojištění podle smluvních ujednání.
7. **Komplexní zdravotní péči** se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních pojištitel bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Součástí komplexní zdravotní péče je rovněž odpovídající preventivní a dispenzární zdravotní péče a zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte blíže určená smluvními podmínkami.

8. **Nutnou zdravotní péčí** se rozumí lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) zdravotních stavů, kdy z lékařského hlediska je třeba zdravotní péči poskytnout ihned nebo ve velmi krátké době.
9. **Neodkladnou zdravotní péčí** se rozumí lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) stavů souvisejících s možností poškození základních životních funkcí a stavů s tím spojených, kdy z lékařského hlediska by prodloužením mohlo dojít k vážnému poškození zdraví nebo k ohrožení života.
10. **Úrazem** se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění.
11. **Repatriaci** se rozumí převoz pojištěného nebo převoz tělesných ostatků zemřelého pojištěného do ČR nebo do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, případně do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolený pobyt.
12. **Doklad o zdravotním pojištění** je doklad vydaný pojištěnému při sjednání pojistné smlouvy, kterým prokazuje existenci a rozsah pojištění.
13. **Asistenční společnost** je třetí osoba uvedená v pojistné smlouvě, která na základě smlouvy s pojištitel poskytuje pojištěným osobám asistenční služby, v rozsahu call centra a za podmínek blíže určených v pojistné smlouvě a těchto pojistných podmínkách. Spojení na asistenční společnost je uvedeno v pojistné smlouvě.
14. **Tranzitem** je doprava pojištěného, která začíná (nebo končí) na území ČR a směřuje přímo do (nebo ze) státu, jehož je pojištěný státním příslušníkem nebo ve kterém má povolený pobyt, která netrvá déle než 24 hodin a je doložitelná relevantním cestovním dokladem nebo dokladem o nákupu pohonných hmot.
15. **Dispenzární péčí** se rozumí péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.
16. **Schengenským prostorem** je území států - signatářů Schengenské dohody (Belgie, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Itálie, Island, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Maďarsko, Německo, Nizozemí, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko).

Článek III. Předmět pojištění

1. Předmětem pojištění jsou přiměřené a nezbytné náklady komplexní zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit ve zdravotnickém zařízení v důsledku zhoršení zdravotního stavu, ke kterému došlo na území krytém pojištěním nebo v souvislosti s těhotenstvím a s porodem dítěte pojištěné, vynaložených v době trvání pojištění, s výjimkou sjednaných výluk. Předmětem pojištění jsou pouze náklady zdravotní péče, která vede u pacienta k zachování jeho zdravotního stavu z doby před uzavřením pojistné smlouvy v souladu se zákonem o pobytu cizinců na území ČR.
2. Předmětem pojištění jsou rovněž, je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, náklady nutné a neodkladné zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit v důsledku zhoršení zdravotního stavu během pobytu na území států Schengenského prostoru mimo území ČR. Pojistné krytí se vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného (bez provozování jakékoliv i krátkodobé výdělečné činnosti), přičemž délka každého jednotlivého pobytu nesmí přesáhnout 30 dní.
3. Předmětem pojištění jsou i náklady na repatriaci. V případě pojistné události vzniklé v zemi tranzitu jsou předmětem pojištění pouze náklady nutné a neodkladné zdravotní péče.
4. Pokud to zdravotní stav pojištěného dovoluje, poskytnutí zdravotní péče zajistí primárně smluvní zdravotnické zařízení pois-

titele uvedené na internetové adrese: www.maximapojistovna.cz. V ostatních případech zajistí zdravotní péči pojištěnému vybrané zdravotnické zařízení nebo lékař s příslušnou odborností.

Článek IV. Územní rozsah

1. Pojištění se sjednává pro pojistné události vzniklé na území ČR a v zemích tranzitu.
2. Je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, pojištění se sjednává i pro pojistné události vzniklé na území států Schengenského prostoru mimo území ČR.

Článek V. Pojistná událost, vznik škody, rozsah nároků z pojištění

1. Pojistnou událostí je:
 - a) poskytnutí komplexní zdravotní péče pojištěnému v důsledku úrazu nebo nemoci pojištěného,
 - b) repatriace pojištěného,
 - c) poskytnutí služeb preventivní péče v rozsahu bodu 3 tohoto článku, a dispenzární péče.
2. Komplexní zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - b) nezbytné ošetření,
 - c) nezbytnou hospitalizaci pojištěného v pokoji se standardním vybavením,
 - d) těhotenské prohlídky pojištěné v průběhu těhotenství,
 - e) porod,
 - f) nutné operační výkony včetně souvisejících nezbytných výloh,
 - g) účelně použitý zdravotnický materiál a léčiva,
 - h) ze zdravotního hlediska nutnou přepravu pojištěného prostředky zdravotnické přepravy z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zdravotnického zařízení nebo přepravu pojištěného do nejbližšího zdravotnického zařízení, které může poskytnout potřebnou zdravotní péči,
 - i) stomatologickou péči za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu do limitu uvedeného v pojistné smlouvě,
 - j) standardní pourazovou rehabilitační péči, kterou předepsal ošetřující lékař.
3. Preventivní péče zahrnutá do komplexní zdravotní péče zahrnuje:
 - a) preventivní pediatrickou péči o dítě, je-li ve smlouvě označeno jako „pojištěný“, v rozsahu vyhlášky č. 70/2012 Sb.,
 - b) jednou ročně preventivní prohlídku u praktického lékaře,
 - c) jednou ročně prohlídku pojištěné ženy u gynekologa,
 - d) jednou ročně preventivní prohlídku u stomatologa.

Článek VI. Pojistné plnění

1. Horní hranicí pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je limit pojistného plnění uvedený v pojistné smlouvě. V pojistné smlouvě je rovněž uveden celkový limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
2. Pojistná událost se oznamuje pojistiteli prostřednictvím asistenční společnosti. V případech, kdy tento způsob oznámení není možný, oznamuje se pojistná událost přímo pojistiteli písemně, případně faxem nebo elektronickou poštou. Oznámení musí být učiněno bez zbytečného odkladu během 24 hodin poté, co pojistná událost nastala, umožňuje-li to zdravotní stav pojištěného.
3. Pojistitel poskytuje oprávněným osobám pojistné plnění za ošetření pojištěného v ČR v tuzemské měně. V případě plnění v cizí měně se použije směnný kurz podle středního kurzu příslušné měny vyhlášené ČNB ke dni, kdy nastala pojistná událost.
4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

5. Pojistitel hradí pojistné plnění zdravotnickému zařízení, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady prokazatelně vynaložila.
6. Pojistné plnění za pojistné události vzniklé na území ČR se poskytuje v rozsahu a výši odpovídající nákladům veřejného zdravotního pojištění v ČR, pokud není se zdravotnickým zařízením ujednáno jinak.
7. Pojistné plnění za pojistné události nastalé v zemích tranzitu nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území států Schengenského prostoru mimo ČR, se poskytuje v rozsahu a výši nutné a neodkladné zdravotní péče, odpovídající nákladům veřejného zdravotního pojištění v ČR, pokud není se zdravotnickým zařízením ujednáno jinak.
8. Pokud pojištěný provedl přímou úhradu nákladů ve zdravotnickém zařízení v ČR, které mají být předmětem pojistného plnění, musí pojištěný předložit originály dokladů prokazující vznik pojistné události, rozsah újmy a výši provedené úhrady. V případě, že náklady za poskytnutou zdravotní péči přesahují náklady odpovídající veřejnému zdravotnímu pojištění v ČR, může pojistitel v tomto rozsahu pojistné plnění krátit.

Článek VII. Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na újmu vzniklou:
 - a) záměrným vycestováním do ČR za účelem čerpáním zdravotní péče včetně tranzitu (tzv. zdravotní turistika),
 - b) v době, kdy je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění ČR,
 - c) za události vzniklé v důsledku nemoci nebo úrazu, jejíž příčina nebo příznaky nastaly před uzavřením pojištění.
2. Pojistitel neposkytuje náhradu újmy v případě:
 - a) výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením nebo zdravotnickým pracovníkem na základě právním řádem ČR uznané lékařské praxe, ani v případě výkonů, které nejsou medicínskou vědou uznávané,
 - b) kdy újma vznikla prokazatelně a výlučně porušením léčebných postupů nebo léčebného režimu předepsaného lékařem,
 - c) kdy škodní událost byla úmyslně způsobena pojištěným, s výjimkou úrazů,
 - d) kdy škodní událost byla způsobena zaviněním nebo spoluzaviněním pojištěného, s výjimkou úrazů,
 - e) kdy škodní událost byla způsobena pojištěným v důsledku požití alkoholu či léků nebo pod vlivem omamných či psychotropních látek, s výjimkou úrazů,
 - f) čerpání dlouhodobé fyzioterapeutické péče, pokud není nutná k odstranění bezprostředních zdravotních komplikací,
 - g) kosmetických nebo estetických výkonů, které nesledují léčebné účely.

Článek VIII. Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva se uzavírá podpisem písemné smlouvy oběma smluvními stranami. Pojistná smlouva může být uzavřena i zaplacením pojistného ve výši uvedené na elektronickém formuláři pojistné smlouvy, který vyhotovuje pojistitel dle cestovních dispozic pojistníka.
2. Uzavřením pojistné smlouvy souhlasí pojistník s tím, aby pojistitel umožnil Službě cizinecké policie dálkový přístup k údajům o pojistné smlouvě v souvislosti s povinnostmi Služby cizinecké policie, vyplývajícími ze zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR, v platném znění.

Článek IX. Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

1. Pojištění se sjednává na dobu určitou, která je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění vzniká dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy, pokud není ve smlouvě ujednáno datum pozdější.

3. Podmínkou vzniku a trvání pojištění je pobyt pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území států Schengenského prostoru mimo ČR za splnění všech podmínek stanovených právními předpisy.
4. Pojištění nelze přerušit.
5. Pojištění zaniká kteroukoli z následujících skutečností:
 - a) uplynutím pojistné doby vymezené v pojistné smlouvě, a to ve 24,00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) ukončením pobytu pojištěného na území ČR nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění,
 - d) dnem, kdy se pojištěný stal nebo měl stát účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (na základě zaměstnaneckého poměru na území ČR nebo získáním trvalého pobytu na území ČR),
 - e) odstoupením od pojistné smlouvy.

6. Pro úhradu zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem se uplatňuje čekací doba v délce 8 měsíců ode dne počátku pojištění, po kterou se pojištění nevztahuje na těhotenství a porod. Čekací doba se neuplatňuje, pokud je sjednáno pojištění typu Pregnancy.

Článek X. Pojistné

1. Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojistné se sjednává jako jednorázové, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
3. Pojistné náleží pojistiteli v celé výši a za celou pojistnou dobu, nejsou-li splněny zákonné nebo smluvní podmínky pro jeho vrácení v poměrné výši.
4. Pojistné se považuje za uhrazené dnem, kdy bylo v plné výši připsáno na účet pojistitele. Pojistná smlouva může stanovit odlišné podmínky úhrady pojistného.

Článek XI. Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Kromě dalších povinností stanovených platnými právními předpisy jsou pojistník a pojištěný povinni:
 - a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění,
 - b) oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které se pojistitel tázal, zejména skutečností, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě,
 - c) sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách účinných v době vzniku pojistné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojištěného nebezpečí,
 - d) učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu způsobené újmy,
 - e) dbát pokynů a doporučení zdravotního personálu,
 - f) dodržovat předpisy o ochraně veřejného zdraví,
 - g) podrobit se podle pokynu lékaře potřebnému vyšetření nebo zákroku,
 - h) podrobit se na žádost pojistitele vyšetření lékařem, kterého stanoví pojistitel, lze-li to v dané situaci rozumně pojištěným požadovat,
 - i) na žádost pojistitele zprostit třetí osobu (zejména zdravotnické zařízení) mlčenlivosti o skutečnostech souvisejících se škodnou událostí.
2. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen zejména:
 - a) informovat asistenční službu o všech důležitých skutečnostech pro uplatnění nároku z tohoto pojištění a řídit se jejími pokyny,
 - b) učinit vše, co lze v dané situaci rozumně požadovat, aby zamezil dalšímu zhoršení zdravotního stavu a zmírnil následky škodné události,
 - c) podrobit se zdravotnímu ošetření ve smluvním zdravotnickém zařízení pojistitele, je-li to možné. Při tom je pojištěný vždy povinen předložit ošetřujícímu lékaři potvrzení o uzavření pojistné smlouvy,

- d) oznámit bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním nebo přestupkovém řízení vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku,
 - e) postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody způsobené pojistnou událostí, jakož i právo na postih a vypořádání, a v této souvislosti pojistiteli poskytnout součinnost,
 - f) podstoupit repatriaci, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje a pojištěný s ní souhlasí.
3. Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a pojistnými podmínkami.

Článek XII. Zjišťování zdravotního stavu

1. Při uzavírání pojistné smlouvy je pojištěný povinen pojistiteli odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného. Totéž platí i v případě, jedná-li se o změnu pojištění nebo skutečností, na které byl pojistník tázán při sjednávání pojištění.
2. Pojistitel je oprávněn přezkoumat informace, které o svém zdravotním stavu pojištěný uvedl, u zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil. Pojistitel je též oprávněn nechat přešetřit zdravotní stav pojištěného lékařem, kterého sám určí. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný podpisem pojistné smlouvy. Tento souhlas se týká i šetření zdravotního stavu v souvislosti se změnou pojištění a s uplatněním nároku na pojistné plnění.
3. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem nebo pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným poskytovatelem zdravotních služeb, kterého pověřil pojistitel. Pojištěný svým souhlasem zprůtňuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, poskytovatele zdravotních služeb, zdravotnické pracovníky, jiné odborné pracovníky a další osoby poskytující zdravotní služby, které pojistitel požádá o uvedené informace.
4. Informace, které pojistitel získal o zdravotním stavu pojištěného, jsou důvěrné a mohou být využívány pouze pro potřeby tohoto pojištění.

Článek XIII. Povinnosti pojistitele

Kromě dalších povinností, které jsou stanoveny právními předpisy, je pojistitel povinen:

1. odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistníka nebo pojištěného týkající se sjednávání pojištění nebo projednávání změny pojištění,
2. poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události, pokud jsou splněny všechny podmínky pro její výplatu,
3. po oznámení škodní události bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit,
4. sdělit oprávněné osobě výsledky šetření nutného ke zjištění nároku na poskytnutí pojistného plnění a stanovení jeho výše,
5. zajistit prostřednictvím asistenční společnosti potřebné informační služby pojištěným i zdravotnickým zařízením, zejména ověřování platnosti a účinnosti pojistné smlouvy, vyhledávání zdravotnických zařízení případně poskytování informací o pojištění. Prostřednictvím asistenční společnosti poskytnout v případě potřeby garanci na úhradu nákladů vynaložené zdravotní péče.

Článek XIV. Přechod práv na pojistitele

1. Pokud bylo oprávněné osobě poskytnuto pojistné plnění za škodu, na jejíž náhradu má pojištěný nárok vůči třetí osobě, přechází tento nárok na pojistitele až do výše pojistného plnění, které pojistitel poskytl.

2. Jestliže pojistiteli v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinnou oprávněné osoby další náklady, má pojistitel právo tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Článek XV.

Právní jednání a doručování písemností

1. Pojistná smlouva a všechna právní jednání týkající se pojištění musí mít písemnou formu, pokud není stanoveno jinak.
2. Písemnosti týkající se pojištění jsou doručovány:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední známou adresu účastníka pojištění,
 - b) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele,
 - c) elektronicky, podepsané podle zvláštních předpisů.
3. Písemnost pojistitele se považuje za doručenou dnem prokazatelného převzetí zásilky, odepření přijetí zásilky nebo vrácení zásilky jako nedoručitelné, jinak třetí pracovní den po jejím odeslání. Nebyl-li pojistník nebo pojištěný zastižen a písemnost pojistitele byla uložena u doručovatele, považuje se písemnost pojistitele za doručenou posledním dnem úložní lhůty, i když se pojistník nebo pojištěný o uložení nedozvěděl.

4. Změnil-li pojistník nebo pojištěný korespondenční adresu, tuto změnu písemně pojistiteli neoznámil a písemnost pojistitele bude vrácena jako nedoručitelná, považuje se písemnost za doručenou dnem vrácení pojistiteli, i když se pojistník nebo pojištěný o zaslání nedozvěděl.

Článek XVI.

Závěrečná ustanovení

1. Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem ČR.
2. Pro spory plynoucí z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy ČR.
3. Komunikačním jazykem je čeština. Součástí pojistné smlouvy jsou pojistné podmínky. Jsou-li pojistné podmínky, pojistná smlouva nebo další dokumenty, které jsou součástí závazné smluvní dokumentace, vyhotoveny ve více jazykových verzích, rozhodující je české znění.
4. Obvyklé náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 15 % z předepsaného pojistného.
5. Tyto pojistné podmínky vstupují v účinnost dnem 1. 1. 2016.