



Pojistné podmínky Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023

I. OBECNÁ ČÁST

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pojištění zdravotní asistence Provident, které pojistník sjednává u pojistitele INTER PARTNER ASSISTANCE, S. A., člen skupiny AXA, se sídlem Boulevard du Régent 7, 1000 Brusel, Belgie, zapsaného 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 se řídí zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění (dále také jen „občanský zákoník“) a skupinovou pojistnou smlouvou, jejíž nedílnou součástí jsou tyto „Pojistné podmínky Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023“ (dále jen „pojistné podmínky“).
2. V případě rozporu mezi ustanoveními pojistné smlouvy a pojistných podmínek má přednost skupinová pojistná smlouva. Za rozpor se nepovažuje, pokud tyto pojistné podmínky obsahují podrobnější úpravu, na kterou skupinová pojistná smlouva odkazuje.
3. Pojištění se řídí právním řádem České republiky.

Článek 2. Výklad pojmů

Pro účely tohoto pojištění jsou následující pojmy vymezeny takto:

asistenční služba – 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.

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

druhý lékařský názor – odborné lékařské posouzení dosavadní léčby pojištěného anebo doporučení možných způsobů dalšího léčebného postupu smluvním lékařem.

hospitalizace – předem neplánovaný pobyt pojištěného v nemocnici způsobený úrazem nebo nemocí, který trvá nepřetržitě nejméně 24 hodin, v souvislosti se zdravotním ošetřením pojištěného, které nelze léčit ambulantně.

nemoc – náhlé a neočekávané zhoršení zdravotního stavu pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

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

oprávněná osoba – osoba, která má za podmínek uvedených v těchto pojistných podmínkách nárok na pojistné plnění.

pojistná událost – událost, na základě které je asistenční služba l povinna poskytnout pojištěnému asistenční služby dle ustanovení pojistných podmínek.

pojistník – je společnost Provident Financial, IČO: 256 21 351, se sídlem Olbrachtova 2006/9, 140 00 Praha 4 - Krč, která s pojistitelem uzavřela skupinovou pojistnou smlouvu.

pojištěný – fyzická osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje a která má nárok na poskytnutí asistenčních služeb), a která přistoupila k pojištění sjednanému na základě skupinové pojistné smlouvy. V případě sjednání varianty pojištění RODINA je pojištěným rovněž rodinný příslušník pojištěného.

práce – služby poskytované dodavatelem služeb, které má asistenční služba zabezpečit či zabezpečit a uhradit pojištěnému v případě pojistné události a na jejichž poskytnutí pojištěnému vznikl nárok v souladu s těmi pojistnými podmínkami a na kterých se pojištění dohodl s asistenční službou..

rodinný příslušník – manžel/manželka, registrovaný partner/partnerka, a nejvíce 3 děti pojištěného, které v době pojistné události nedovršily věk 18 let a žijí s pojištěným v jedné domácnosti.

smlouva o spotřebitelském úvěru – smlouva uzavřená mezi pojistníkem a pojištěným, jejímž předmětem je poskytnutí spotřebitelského úvěru pojistníkem pojištěnému dle zákona č. 257/2016 Sb., o spotřebitelském úvěru.

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

škodní událost – 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 škodní událost **pojistnou událostí** a oprávněně osobě vzniká nárok na poskytnutí pojistného plnění.

škodové pojištění – pojištění, jehož účelem je nahradit újmu vzniklou v důsledku pojistné události. Může se jednat o újmu, která vznikla pojištěnému, nebo újmu, kterou pojištěný způsobil někomu jinému.

upoutání na lůžko – situace, ve které zdravotní stav pojištěného vyžaduje nepřetržitý klid na lůžku a umožňuje pojištěnému vzdálit se od lůžka výjimečně a jen v nezbytně nutných případech.

úhrada – forma pojistného plnění, v jejímž rámci pojistitel oprávněně 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 – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného 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 pojištěnému způsobeno poškození zdraví a v jejichž důsledku je pojištěný omezen na pohyblivost.

zabezpečení a úhrada služby – forma plnění, kdy asistenční služba provede úkony umožňující poskytnutí služby pojištěnému a současně uhradí náklady na poskytnutí této služby až do výše finančního limitu plnění. Případnou část nákladů spojených s poskytnutím služby přesahující finanční limit plnění nese pojištěný.

zabezpečení služby – forma plnění, kdy asistenční služba provede úkony umožňující poskytnutí služby pojištěnému, přičemž náklady na poskytnutí této služby nese pojištěný.

zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu - dokument vystavený pojistníkem pojištěnému po přistoupení pojištěného k pojištění sjednaného na základě skupinové pojistné smlouvy. Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu obsahuje údaje o identifikaci pojistitele, identifikaci pojistníka, identifikaci pojištěného, zvolené variantě pojištění, době trvání pojištění, úplatě za pojištění, přehledu pojistného plnění a další tam uvedené informace. Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu je zároveň pojistkou ve smyslu ustanovení § 2775 občanského zákoníku.

Článek 3. Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění zdravotní asistence je soukromým neživotním škodovým pojištěním.
- Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým došlo během doby trvání pojištění.
- Pojistné krytí poskytuje pojistitel v souladu s ustanoveními těchto pojistných podmínek.
- Předmětem pojištění je poskytnutí pojistného plnění formou asistenčních služeb v rozsahu dle těchto pojistných podmínek a sjednané variantě pojistného programu.
- Pojištění lze sjednat ve variantách Plus, Rodina a Senior. Varianta PLUS kryje pouze pojištěného ve věku 18 – 64 let, varianta RODINA kryje pojištěného ve věku 18-64 let a jeho rodinné příslušníky, varianta SENIOR kryje pojištěného ve věku 65 let a více. Pojištěná rizika, která jsou zahrnuta v jednotlivých variantách pojištění a jsou uvedena v následujících tabulkách:

VARIANTA PLUS / RODINA	
PŘEDMĚT POJIŠTĚNÍ / POJIŠTĚNÁ RIZIKA	FINANČNÍ / ASISTENČNÍ LIMIT PLNĚNÍ
Lékař na telefonu	Neomezeně
Nadstandardní ubytování ve zdravotnickém zařízení	max. 1250 Kč/den, max. 10 000 Kč/událost 10 000 Kč / kalendářní rok
Finanční kompenzace za pobyt v nemocnici	max. 5 000 Kč/událost 1 událost / kalendářní rok
Doprava do / ze zdravotnického zařízení	max. 5000 Kč/událost 2 události / kalendářní rok
Pojištění doplatků za léky (po hospitalizaci)	Max. 5 000 Kč / událost 10 000 Kč / kalendářní rok

Asistence pro nákup potřeb do domácnosti	1x týdně 4 týdny / událost 2 události / kalendářní rok
--	--

VARIANTA SENIOR	
PŘEDMĚT POJIŠTĚNÍ / POJIŠTĚNÁ RIZIKA	FINANČNÍ / ASISTENČNÍ LIMIT PLNĚNÍ
Lékař na telefonu	Neomezeně
Druhý lékařský názor	Neomezeně
Asistence sestry v případě: užívání předepsané medikace	Max. 15 000 Kč / kalendářní rok
Asistence sestry v případě: kontroly zdravotního stavu klienta	
Asistence sestry v případě: cvičení pro seniory	
Asistence sestry v případě: tréninky soběstačnosti	
Asistence pro nákupy potravin a hygienických pomůcek	
Úklid domácnosti	
Doprava do/z zdravotnického zařízení či ordinaci lékaře	
Family Manager: fyzioterapie (online)	
Family Manager: psychoterapie (online)	

Článek 4. Vznik, trvání, zánik pojištění, pojistné a úplata za pojištění

- Pojištění vzniká (tj. je platné) dnem sjednání pojištění a je účinné (tj. pojistné krytí začíná) v 00:01 hodin dne následujícího po dni sjednání pojištění. Den sjednání pojištění je uveden na Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu.
- Pojištění se sjednává na dobu určitou. Pojistná doba každého jednotlivého pojištění je shodná s dobou trvání smlouvy o spotřebitelském úvěru.
- Účinnost pojištění nemůže být stanovena přede dnem, kdy došlo ke vzniku pojištění. Pojištění nemůže být přerušeno.
- Každé jednotlivé pojištění zaniká:
 - dnem následujícím po sjednaném dni splatnosti poslední splátky spotřebitelského úvěru sjednaném ve smlouvě o spotřebitelském úvěru;
 - dnem splatnosti nejbližší splatné splátky dle smlouvy o spotřebitelském úvěru, která by následovala dle smlouvy o spotřebitelském úvěru po předčasném splacení částky spotřebitelského úvěru dle podmínek pro předčasné splacení sjednaných ve smlouvě o spotřebitelském úvěru;
 - dnem úmrtí pojištěného;
 - dnem splatnosti nejbližší splatné splátky dle smlouvy o spotřebitelském úvěru, která následuje dle smlouvy o spotřebitelském úvěru po dni, kdy se pojištěný stal invalidním, tj. byl mu přiznán důchod pro I. až III. stupeň invalidity;
 - odstoupením pojištěného od smlouvy o spotřebitelském úvěru v zákonné lhůtě; v tomto případě pojištění zaniká od počátku, tj. pojištěný nebyl od počátku pojištěn;
 - dnem zrušení/zániku účinnosti smlouvy o spotřebitelském úvěru bez ohledu na důvod;
 - dnem splatnosti nejbližší splatné splátky dle smlouvy o spotřebitelském úvěru, která následuje dle smlouvy o spotřebitelském úvěru po dni, kdy pojištěný dosáhl maximálního věku pro pojištění;
 - dnem splatnosti nejbližší splatné splátky dle smlouvy o spotřebitelském úvěru, která následuje dle smlouvy o spotřebitelském úvěru po dni předání dluhu pojištěného ze smlouvy o spotřebitelském úvěru pojistníkem k vymáhání do oddělení Centrálního vymáhání pohledávek dle podmínek smlouvy o spotřebitelském úvěru; pojištěný bude pojistníkem o předání dluhu ze smlouvy o spotřebitelském úvěru do oddělení Centrálního vymáhání pohledávek informován písemně;
 - dnem splatnosti nejbližší splatné splátky dle smlouvy o spotřebitelském úvěru následující po dni doručení oznámení zákazníka o tom, že nadále nechce být pojištěným dle skupinové pojistné smlouvy způsobem uvedeným na Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu;
 - písemnou dohodou pojistitele a pojistníka či pojištěného;
 - výpovědí pojistitele nebo pojištěného v souladu s ustanovením § 2805 občanského zákoníku;
 - dalšími způsoby stanovenými občanským zákoníkem.
- V případě zániku jednotlivého pojištění před uplynutím pojistné doby daného pojištění náleží pojistiteli celá týdenní či měsíční výše sazby pojistného za kalendářní týden či kalendářní měsíc, ve kterém dané pojištění zaniklo.

6. Pojistné se sjednává jako pojistné jednorázové. Výše pojistného a způsob úhrady se řídí ustanoveními skupinové pojistné smlouvy. Pojistné je stanoveno podle rozsahu pojištění, ohodnocení rizika, limitu pojistného plnění, případně dalších skutečností rozhodujících o jeho výši.
7. Závisí-li výše pojistného na věku pojištěného, rozhoduje pro stanovení výše pojistného věk pojištěného ke dni počátku pojištění uvedeného na Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu, není-li v těchto pojistných podmínkách nebo v skupinové pojistné smlouvě uvedeno jinak.
8. Výše a splatnost úplaty za pojištění hrazené pojištěným pojistníkovi za sjednání pojištění jsou uvedeny v Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu.

Článek 5. Územní rozsah pojištění

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události vzniklé na území České republiky.

Článek 6. Práva a povinnosti z pojištění

1. Povinnosti pojistníka:

- a) řádně a včas uhradit pojistiteli pojistné za každé jednotlivé pojištění dle skupinové pojistné smlouvy;
- b) seznámit každého pojištěného s obsahem těchto pojistných podmínek, Informačním dokumentem o pojistném produktu, Informacemi pro zájemce o pojištění a Informačním memorandem o zpracování osobních údajů, jakožto i dalšími informacemi týkajícími se sjednávaného pojištění a tyto předat pojištěnému se Zařazením a přistoupením zákazníka do Pojistného programu neprodleně po sjednání pojištění způsobem dohodnutým ve skupinové pojistné smlouvě
- c) spolupracovat s pojistitelem při ověřování vzniku škodné události a při likvidaci pojistné události;
- d) bez zbytečného odkladu informovat pojistitele o veškerých změnách týkajících se pojištění;
- e) bez zbytečného odkladu v případě změny již sjednaného pojištění informovat ty pojištěné, kterým pojištění na základě sjednaného pojištění zaniklo, o jeho zániku a ty pojištěné, kterým bylo pojištění na základě sjednaného pojištění nově sjednáno, o jeho vzniku;
- f) bez zbytečného odkladu informovat pojistitele nebo asistenční službu o každé škodní události, o které se dozvěděl.

2. Povinnosti pojištěného / oprávněné osoby:

- a) pravdivě a úplně zodpovědět veškeré dotazy pojistitele nebo asistenční služby pojistitele týkající se sjednávaného 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) v případě vzniku škodní události v první řadě kontaktovat asistenční službu (telefonicky či prostřednictvím e-mailu) informovat ji zejména o datu a místě vzniku škodní události, vyžádat si od ní pokyny a postupovat v souladu s nimi, umožnit realizovat všechna potřebná šetření rozhodující pro posouzení nároku oprávněné osoby na pojistné plnění a jeho výši a odpovědět pravdivě a úplně na všechny otázky týkající se újmy a rozsahu jejích následků. Pokud oprávněné osobě po vzniku škodní události objektivní překážka nedovolí obrátit se na asistenční službu s žádostí o asistenci ještě před poskytnutím služeb (např. zdravotní péče), jste povinni se na asistenční službu obrátit ihned potom, co taková objektivní překážka odpadne.
- d) učinit vše potřebné ke snížení rozsahu újmy a jejích následků.
- e) při spojení s telefonickým střediskem asistenční služby je oprávněná osoba povinna sdělit následující informace:
 - jméno, příjmení a adresu oprávněné osoby,
 - číslo pojištění (uvedeno na Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu),
 - 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.
- f) 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.

3. Povinnosti pojistitele:

Kromě povinností stanovených občanským zákoníkem a skupinovou pojistnou smlouvou máme dále tato práva a povinnosti:

- a) přešetřit nahlášenou škodní událost v zákonné lhůtě;
- b) v případě vzniku pojistné události poskytnout oprávněné osobě pojistné plnění v souladu s těmito pojistnými podmínkami;
- c) projednávat s oprávněnou osobou výsledky šetření škodní události nebo tyto výsledky bez zbytečného odkladu

oznámit;

- d) vrátit originály dokladů předaných oprávněnou osobou, jejichž navrácení si oprávněná osoba žádá, s výjimkou originálních dokladů o zaplacení, na základě kterých bylo poskytnuto pojistné plnění.

4. Práva pojistitele:

- a) požadovat písemné oznámení pojistné události na příslušném formuláři pojistitele, uzná-li asistenční služba jeho vyplnění za nutné;
- b) požadovat dle vlastního uvážení originální doklady potřebné pro poskytnutí pojistného plnění, zejména originály účtů a další originální doklady prokazující skutečně vynaložené náklady;
- c) prověřit vznik, průběh a rozsah škodní události (včetně vyžádání svědeckých výpovědí zúčastněných osob, znaleckých posudků, případně dalších dokladů);
- d) požadovat a prověřit lékařské zprávy, výpisy z individuálního účtu pojištěnce ze zdravotních pojišťoven;
- e) vyzvat oprávněnou osobu, aby náklady na poskytnuté služby uhradila dodavateli služeb sama, ze svých vlastních prostředků a následně doklad o zaplacení zaslala k proplacení na adresu asistenční služby spolu s dalšími písemnými dokumenty a údaji, které si asistenční služba případně vyžádá;
- f) přiměřeně snížit pojistné plnění, došlo-li k navýšení nákladů spojených s vyřizováním pojistné události zaviněním oprávněné osoby;
- g) přiměřeně snížit pojistné plnění o částku, kterou oprávněná osoba obdržela jako náhradu od třetí strany za výlohy vzniklé oprávněné osobě nebo na základě jiného právního titulu;
- h) v případě porušení kterékoliv z povinností oprávněné osoby uvedených v odst. 2 tohoto článku pojistných podmínek, má pojistitel právo krátit oprávněné osobě pojistného plnění.

Článek 7. Šetření pojistné události

1. Nastane-li škodní událost, je nutné ji bez zbytečného odkladu nahlásit pojistiteli, podat pravdivé vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu následků. Současně je nutné předložit pojistiteli veškeré potřebné doklady a postupovat způsobem uvedeným v těchto pojistných podmínkách.
2. Nedodáním podkladů se zastaví lhůta k šetření pojistné události, a to až do doby jejich dodání. Uplynutím 4 let ode dne pojistné události, nárok na pojistné plnění zaniká.
3. Po nahlášení škodní události provede pojistitel bez zbytečného odkladu veškerá nezbytná šetření pro stanovení rozsahu jeho povinnosti poskytnout plnění z pojištění. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků oprávněné osobě; na žádost oprávněné osoby jí v písemné formě zdůvodníme výši pojistného plnění, popřípadě důvod zamítnutí jeho výplaty.
4. Obsahuje-li jakékoli oznámení týkající se škodní události vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo jsou-li v takovém oznámení vědomě zamlčeny údaje týkající se škodní události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž nám byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Vyvolá-li pojištěný nebo oprávněná osoba zvýšení nákladů šetření porušením povinností stanovených v těchto pojistných podmínkách, má pojistitel právo na jejich náhradu. Vědomě nepravdivé, hrubě zkreslené nebo zamlčené podstatné údaje týkající se oznámené škodní události mohou být také vyhodnoceny jako podezření na spáchání trestného činu pojistného podvodu a lze pak postupovat dle trestního zákoníku.
5. V případě vzniku práva na pojistné plnění toto plnění poskytne pojistitel v rozsahu sjednaném na Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu a dle těchto pojistných podmínek.
6. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů od ukončení šetření události. Nelze-li do 3 měsíců ode dne, kdy pojistiteli byla pojistníkem nahlášena událost, její šetření ukončit, bude pojistitel pojistníka o tom informovat a zároveň uvede důvody, proč nebyla škodní událost v této lhůtě ukončena.
7. Pojistné plnění je vždy splatné v měně platné na území České republiky podle středového kurzu České národní banky (ČNB) platného v den vzniku pojistné události a na území České republiky s výjimkou přímých plateb zahraničním zdravotnickým zařízením, zahraničním poškozeným nebo jiným zahraničním subjektům, kteří nejsou zároveň pojištěným.

Článek 8. Ostatní ustanovení

1. Obsahuje-li pojištění pojistné plnění formu poskytnutí asistenční služby, bude tato služba poskytnuta bezodkladně poté, co asistenční služba ověří vznik nároku oprávnění osoby na poskytnutí asistenční služby.
2. Pokud na pojistitele dle ustanovení § 2820 občanského zákoníku přešlo právo oprávněné osoby na náhradu újmy a uplatňuje nárok na náhradu újmy vůči třetí osobě odpovědné za vznik újmy nebo vůči pojistiteli třetí osoby, je oprávněná osoba povinna informovat třetí osobu nebo pojistitele třetí osoby o existenci práva pojistitele na náhradu újmy podle tohoto článku. Dále je oprávněná osoba povinna vyvinout potřebnou součinnost, aby právo pojistitele na náhradu újmy vůči třetí osobě nebo vůči pojistiteli třetí osoby mohlo být uplatněno a je povinna vykonat vše potřebné, aby nedošlo k promlčení nebo zániku našeho práva na náhradu újmy podle tohoto článku. Zmaří-li oprávněná osoba přechod práva na náhradu újmy na pojistitele, má pojistitel právo snížit pojistné plnění o částku, kterou by pojistitel jinak mohli získat. Pokud již pojistitel poskytli pojistné plnění, má právo na náhradu až do výše této částky.

Článek 9. Doručování písemností a forma právního jednání

1. Právní jednání směřující ke změně nebo zániku pojištění musí být učiněna v písemné formě.
2. Korespondence při šetření škodní události může být doručována i prostřednictvím e-mailu na e-mailovou adresu pojistitele a/nebo oprávněné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění.
3. 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.
1. 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.
2. Písemnosti včetně stížností 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). Pojištěný může rovněž využít služby, které nabízí Evropská komise na adrese <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.
3. Doručování písemností se řídí ustanovením § 573 občanského zákoníku.
4. Veškerá právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

Článek 10. 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 ve skupinové pojistné smlouvě a obecně závazných právních předpisech. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje subjektu údajů po dobu nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze skupinové 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, skupinovou pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami, a to i po skončení trvání smluvního nebo pracovněprávního vztahu.

Článek 11. Kontaktní údaje asistenční služby

1. E-mail: provipojisteni@axa-assistance.cz
- 1.1 Telefonicky nonstop na telefonním čísle **+420 272 099 959**

III. POJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ ASISTENCE – VARIANTA PLUS / RODINA

Článek 1. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí v případě **pojištění zdravotní asistence ve variantě PLUS / RODINA** se rozumí změna zdravotního stavu pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu a další s tím související skutečnosti uvedené v těchto pojistných podmínkách, zejména:
 - a) Hospitalizace pojištěného nebo
 - b) Potřeba pojištěného obdržet asistenční službu, které v souhrnu objektivně vyžadují zabezpečení a úhradu či zabezpečení služeb a/nebo poskytnutí peněžitého pojistného plnění.

Článek 2. Rozsah pojistného plnění

1. Lékař na telefonu

V případě pojistné události poskytne pojistitel prostřednictvím asistenční služby pojištěnému pojistné plnění spočívající v:

- a) telefonické konzultaci, on-line konzultaci nebo vyšetření pojištěného prostřednictvím videohovoru nebo chatu,
- b) doporučení lékaře k dalšímu postupu a možnostem léčby nemoci nebo úrazu, a/nebo
- c) vystavení lékařské zprávy nebo e-receptu, pokud je to z lékařského hlediska odůvodněné.

Doktor na telefonu je k dispozici v pracovních dnech od 8:00 hod do 18:00 hod.

Doktor na telefonu nenahrazuje linky záchrany života. V případě akutního zdravotního stavu, který vyžaduje okamžité ošetření lékařem, je nutné přivolat záchrannou službu, případně požádat asistenční službu o zajištění lékařské pomoci.

2. Nadstandardní ubytování ve zdravotnickém zařízení

V případě hospitalizace pojištěného uhradí pojistitel prostřednictvím asistenční služby náklady na nadstandardní formu ubytování pojištěného ve zdravotnickém zařízení. Úhrada nadstandardního ubytování je omezena denní sazbou vyhlášenou daným zdravotnickým zařízením pro tento typ ubytování, s limitem pojistného plnění 1 250 Kč za den, 10 000 Kč za jednu pojistnou událost a 10 000 Kč za kalendářní rok.

3. Finanční kompenzace za pobyt v nemocnici

V případě hospitalizace pojištěného, jejíž trvání přesáhne délku trvání nepřetržitě 6 dnů, vyplatí pojistitel prostřednictvím asistenční služby jednorázové pojistné plnění po skončení hospitalizace ve výši 5 000 Kč, max. za 1 pojistnou událost za kalendářní rok.

4. Doprava do/ze zdravotnického zařízení

V případě pojistné události, která si s ohledem na zdravotní stav pojištěného vyžádá hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení (nemocnici) v minimální délce 48 hodin, pojistitel prostřednictvím asistenční služby na žádost pojištěného zorganizuje a uhradí jeho dopravu ze zdravotnického zařízení do jeho bydliště. Dále pak zajistí odvoz do/ze zdravotnického zařízení po ukončení hospitalizace, které byly uskutečněny do 21 dnů od ukončení hospitalizace, prostředkem odpovídajícím jeho zdravotnímu stavu (taxi, sanitní vůz, apod.). O způsobu dopravy rozhoduje lékař asistenční služby. Pojistitel prostřednictvím asistenční služby zorganizuje a uhradí náklady na zorganizovanou službu do limitu 5 000 Kč za jednu pojistnou událost a 10 000 Kč za kalendářní rok.

5. Pojištění doplatků za léky (po hospitalizaci)

V případě pojistné události, kterou se rozumí hospitalizace pojištěného, má pojištěný nárok na pojistné plnění za doplatky za volně prodejné léky nebo doplňky stravy předepsané lékařem, které přímo souvisí s hospitalizací, ke které došlo ne déle než před 21 dny. Nárok na proplacení doplatků k jednotlivým lékům a jejich souvislost s léčením nemoci nebo úrazu, který byl důvodem pro proběhlou hospitalizaci, určuje lékař asistenční služby. Limit pojistného plnění činí 5 000 Kč za jednu pojistnou událost a 10 000 Kč za kalendářní rok. Pojistitel prostřednictvím asistenční služby uhradí doplatky za léky v případě nákupu léků souvisejících s hospitalizací.

6. Asistence pro nákup potřeb do domácnosti

V případě snížení fyzické mobility pojištěného následkem náhlé změny zdravotního stavu z důvodu nemoci či úrazu, uhradí pojistitel prostřednictvím asistenční služby po ukončení hospitalizace náklady na dopravu nákupu běžných domácích potřeb, které zahrnují běžné potraviny, hygienické potřeby a potřeby pro domácí zvířata. Pojistitel prostřednictvím asistenční služby uhradí náklady spojené s dopravou nákupu do místa bydliště pojištěného. Hodnotu nákupu hradí pojištěný. Pojistitel uhradí doručení nákupu v množství obvyklém dostačujícím pro čtyřčlennou rodinu na 1 týden. O poskytnutí služby může pojištěný požádat nejpozději do 28 dnů po ukončení hospitalizace. Službu lze čerpat 1x týdně po dobu 4 týdnů za jednu pojistnou událost, max. 2 pojistné události za kalendářní rok.

III. POJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ ASISTENCE – VARIANTA SENIOR

Článek 1. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí v případě **pojištění zdravotní asistence ve variantě SENIOR** se rozumí změna zdravotního stavu pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu a další s tím související skutečnosti uvedené v těchto pojistných podmínkách, které dle lékařské zprávy s datem vyhotovení max. 1 měsíc před jejich zasláním vyjma pojistného rizika **LÉKAŘ NA TELEFONU** v souhrnu objektivně vyžadují zabezpečení a úhradu či zabezpečení služeb a/nebo poskytnutí peněžitého pojistného plnění.

Článek 2. Rozsah pojistného plnění

1. Lékař na telefonu

V případě pojistné události poskytne pojistitel prostřednictvím asistenční služby pojištěnému pojistné plnění spočívající v:

- a) telefonické konzultaci, on-line konzultaci nebo vyšetření pojištěného prostřednictvím videohovoru nebo chatu,
- b) doporučení lékaře k dalšímu postupu a možnostem léčby nemoci nebo úrazu, a/nebo
- c) vystavení lékařské zprávy nebo e-receptu, pokud je to z lékařského hlediska odůvodněné.

Doktor na telefonu je k dispozici v pracovních dnech od 8:00 hod do 18:00 hod.

Doktor na telefonu nenahrazuje linky záchrany života. V případě akutního zdravotního stavu, který vyžaduje okamžité ošetření lékařem, je nutné přivolat záchrannou službu, případně požádat asistenční službu o zajištění lékařské pomoci.

2. Druhý lékařský názor

- a) V případě pojistné události, kterou se rozumí vznik potřeby pojištěného konzultovat svůj zdravotní stav v souvislosti s diagnózou uvedenou v tabulce Seznam specializací v odst. 9. tohoto článku pojistných podmínek s jiným lékařem, než jeho ošetřující lékař, zajistí pojistitel prostřednictvím asistenční služby smluvního dodavatele službě k poskytnutí druhého lékařského názoru, ve formě lékařské zprávy.
- b) Jako podklad pro vyhotovení lékařské zprávy slouží pojištěným poskytnutá zdravotní dokumentace k posouzení zdravotního stavu pojištěného s datem jejich vyhotovení max. 1 měsíc před jejich zasláním pro posouzení a poskytnutí služby podle tohoto článku.
- c) Posudek bude vypracován v českém jazyce.
- d) Posudek nenahrazuje lékařská vyšetření, lékařské nálezy a zprávy provedené ošetřujícím lékařem pojištěného. Posudek je vypracován výlučně za účelem získání lékařského stanoviska a není považován za určující, pokud jde o určení diagnózy a stanovení další léčby, je odpovědný výlučně ošetřující lékař pojištěného.

3. Asistence kvalifikované sestry

- a) V případě pojistné události vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění v podobě zprostředkování asistenčních služeb v následujícím rozsahu:
 - **užívání předepsané medikace** – poskytnutí pomoci a podpory kvalifikované všeobecné sestry za účelem pomoci pojištěnému s užíváním předepsané medikace, s aplikací injekcí, podáváním infúzí či tišících prostředků, zaváděním žilních katetrů, měřením krevního tlaku a tepové frekvence, měřením a kontrolou glykemie, kontrolou dietního a pitného režimu, zácvikem pojištěného a rodinných příslušníků k samostatnému zvládnutí některých výkonů (např. aplikace podkožních injekcí), odběrem biologického materiálů, péčí o permanentní močové katetry u žen vč. jejich výměny, prevencí proleženin a jejich ošetřováním, nácvikem soběstačnosti, mobilizací vč. péče po mozkových příhodách a poúrazových stavech, prováděním bandáží.
 - **kontrola zdravotního stavu** – poskytnutí pomoci kvalifikované všeobecné sestry za účelem kontroly zdravotního stavu pojištěného měřením krevního tlaku a tepové frekvence, měřením a kontrolou glykémie, kontrolou dietního a pitného režimu apod.
 - **cvičení pro seniory** – poskytnutí pomoci kvalifikované všeobecné sestry za účelem cvičení s pojištěným, např. rehabilitační cvičení po lékařských zákrocích či jiných událostech následkem snížené fyzické mobility pojištěného.
 - **trénink soběstačnosti** – poskytnutí pomoci kvalifikované všeobecné sestry za účelem nácviku soběstačnosti a mobility, vč. péče o pojištěného po mozkových příhodách a poúrazových stavech.
- b) Zajištění služby bude pojistitelem poskytnuto formou video rozhovoru, chatu, telefonického hovoru nebo osobní návštěvou, podle rozhodnutí zdravotní sestry.
- c) Pojištění se sjednává s limitem plnění pro každou jednotlivou službu ve výši 15 00 Kč za kalendářní rok.

4. Doprava do/ze zdravotnického zařízení

- a) V důsledku snížení fyzické mobility pojištěného následkem náhlé změny zdravotního stavu z důvodu nemoci či úrazu zajistí pojistitel prostřednictvím asistenční služby dodavatele služeb za účelem odvozu pojištěného do/ze zdravotnického zařízení, prostředkem odpovídajícím jeho zdravotnímu stavu (taxi, sanitní vůz, apod). O způsobu dopravy rozhoduje lékař asistenční služby.
- b) Odvoz pojištěného do/ze zdravotnického zařízení nenahrazuje akutní převoz na urgentní příjem.
- c) Pojištění se sjednává s limitem plnění ve výši 15 000 Kč za kalendářní rok.

5. Asistence pro nákupy potravin a hygienických potřeb

- a) V důsledku snížení fyzické mobility pojištěného následkem náhlé změny zdravotního stavu z důvodu nemoci či úrazu zajistí pojistitel prostřednictvím asistenční služby dodavatele služeb za účelem nákupu běžných domácích potřeb, který zahrnuje potraviny a hygienické potřeby, a to maximálně v množství obvykle dostačujícím pro dvoučlennou rodinu na 1 týden.
- b) Pojistitel hradí náklady spojené s organizováním služby a její realizací. Hodnotu nákupu hradí pojištěný.
- c) Pojištění se sjednává s limitem plnění ve výši 15 000 Kč za kalendářní rok.

6. Úklid domácnosti

- a) V důsledku snížení fyzické mobility pojištěného následkem náhlé změny zdravotního stavu z důvodu nemoci či úrazu zajistí pojistitel prostřednictvím asistenční služby dodavatele služeb za účelem úklidu domácnosti pojištěného v rozsahu mytí nebo luxování podlahových ploch, stírání prachu z vnitřního vybavení, mytí koupelny a WC, mytí nádobí a vynášení odpadu.
- b) Pojištění se sjednává s limitem plnění ve výši 15 000 Kč za kalendářní rok.

7. Fyzioterapie

- a) V důsledku snížení fyzické mobility pojištěného následkem náhlé změny zdravotního stavu z důvodu nemoci či úrazu zajistí pojistitel prostřednictvím asistenční služby konzultace pojištěného s fyzioterapeutem prostřednictvím videohovoru nebo chatu, jejímž účelem je určení rozsahu zdravotních potíží pojištěného a doporučení dalšího léčebného postupu vč. fyzického cvičení, pro dané onemocnění.
- b) Pojištění se sjednává s limitem plnění ve výši 15 000 Kč za kalendářní rok.

8. Psychoterapie

- a) V důsledku náhlé životní změny, krizové životní situace či traumatizující události vzniklé pojištěnému zajistí pojistitel prostřednictvím asistenční služby konzultace pojištěného s psychologem prostřednictvím videohovoru nebo chatu, jejímž účelem je určení rozsahu zdravotních potíží pojištěného a doporučení dalšího léčebného postupu vč. fyzického cvičení, pro dané onemocnění.
- b) Pojištění se sjednává s limitem 15 000 Kč za kalendářní rok.

9. Seznam specializací lékařských oborů

SEZNAM SPECIALIZACÍ
- Diabetologie
- Gastroenterologie
- Interní medicína
- Kardiologie
- Neurologie
- Oční lékařství
- Onkologie
- ORL
- Ortopedie
- Psychiatrie
- Urologie

IV. VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

1. Právo na poskytnutí asistenčních služeb nevznikne, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti 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, nebo jakýmkoliv jiným zásahem vyšší moci.
2. Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění v případech, že škodní událost souvisí:
 - a) s pokusem o sebevraždu či se sebepoškozením;
 - b) s účastí na hrách, závodech, sázkách nebo sportovních soutěžích;

- c) s úrazem souvisejícím s účastí nebo s přípravou na následující rizikové aktivity: letecké sporty všeho druhu, bojové sporty, motoristické sporty, horolezectví;
 - d) 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;
 - e) s účastí pojištěného jako pachatele na trestných činech nebo trestných činech, za které byl uznán vinným pravomocným rozsudkem soudu.
 - f) úrazy, nemoci nebo poruchami, s nimiž se pojištěný léčil nebo navštívil lékaře 12 měsíců před vstupem do 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 projevily již před uzavřením pojistné smlouvy nebo v důsledku úrazu, který nastal před vznikem pojištění;
4. Právo na poskytnutí pojistného plnění formou organizace a úhrady služeb nevznikne pojištěnému:
- o v případě, že pojištěný není v důsledku úrazu a/nebo nemoci hospitalizován nebo upoután na lůžko nepohyblivý
 - o v případě, že si úraz nebo nemoc pojištěný způsobil úmyslně sám anebo mu ho, na jeho popud, způsobil třetí osoba
 - o v případě, že ke škodní události došlo před sjednání pojištění.

V. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

1. Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí skupinové pojistné smlouvy a řídí se jimi každé jednotlivé pojištění sjednané na základě smlouvy o přistoupení k pojištění.
2. V případě, že dojde mezi pojištěným a pojistníkem ke vzniku spotřebitelského sporu, který se nepodaří vyřešit vzájemnou dohodou, může pojištěný podat návrh na mimosoudní řešení takového sporu určenému subjektu mimosoudního řešení spotřebitelských sporů, kterým je Česká obchodní inspekce (www.coi.cz).
3. Pokud se některá ustanovení těchto pojistných podmínek stanou neplatnými nebo spornými v důsledku změny všeobecně závazných právních předpisů, použije se takový všeobecně závazný právní předpis, který je jim svojí povahou a účelem nejbližší.
4. Pokud se tyto pojistné podmínky odvolávají na všeobecně závazné právní předpisy, rozumí se jimi právní předpisy platné a účinné v České republice nebo ve státu, ve kterém došlo k pojistné události.
5. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo vzniklé v souvislosti s ním řeší, pokud nedojde k dohodě účastníků pojištění, příslušný soud v České republice podle všeobecně závazných právních předpisů.
6. Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dne 1. 9. 2023.