UNIQA pojišťovna, a. s.
Zapsána u Městského soudu v Praze, oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Všeobecné pojistné podmínky
pro pojištění denních dávek v pracovní neschopnosti – zvláštní část –

UCZ/DDPN/12G

Úvodní ustanovení

Pojištění je upraveno touto zvláštní částí pojistných podmínek a Všeobecnými pojistnými podmínkami – obecná část – UCZ/05, které spolu tvoří nedílný celek. Toto pojištění lze sjednat jako pojištění obnosové nebo pojištění škodové.

Článek 1
Všeobecná ustanovení

1. Pojistná ochrana platí na území České republiky, není-li ujednáno jinak.

2. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, není-li dohodnuto jinak.

3. Je-li přijetí návrhu závislé na poskytnutí výpisů ze zdravotní dokumentace nebo na výsledku lékařské prohlídky, náklady s tím spojené nese navrhovatel.

4. Pojistit lze osoby ve věku od 18 let.

5. Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“), a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („osoby samostatně výdělečně činné“).

Článek 2
Předmět a rozsah pojištění, pojistné nebezpečí

1. Pojištění se sjednává pro pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“) a které může být příčinou pojistné události definované v těchto pojistných podmínkách.

2. Je-li pojištění sjednáno jako škodové, je v případě pojistné události pojistitel povinen poskytnout náhradu škody způsobenou snížením nebo ztrátou příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti, a to výplatou denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční lhůty. Výše denní dávky je v pojistné smlouvě stanovena pojistnou částkou. Pojistitel je povinen poskytnout náhradu škody jen ve výši prokázané skutečné ztráty příjmu pojištěného, a to ve výši pojistitelné denní dávky ve smyslu těchto pojistných podmínek (pojistitelná denní dávka).

3. Je-li pojištění sjednáno jako obnosové, je v případě pojistné události pojistitel povinen vyplatit od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční lhůty denní dávku při pracovní neschopnosti, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

4. Podmínky přijetí do pojištění určuje pojistitel.

Článek 3
Stanovení pojistného

1. Pojistné stanoví pojistitel zejména s ohledem na sjednanou výši denní dávky a příslušnou sazbu (danou vstupním věkem, sjednanou karenční lhůtou a způsobem výdělečné činnosti) a na zdravotní stav pojištěného, jakož i s ohledem na vykonávanou pracovní, zájmovou a sportovní činnost.

2. Určuje-li pojistitel výši pojistného s přihlédnutím k věku pojištěného, pak se vstupní věk pojištěného vypočte jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.

3. Pojistitel je oprávněn zvýšit pojistné nebo upravit navrhovanou výši denní dávky nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění u osob, které jsou vystaveny zvýšenému pojistnému riziku.

4. Platnost ustanovení VPP – obecná část – UCZ/05 se rozšiřuje i pro toto obnosové pojištění

Článek 4
Pojistná událost a pojistné plnění

1. Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, při které dochází ke ztrátě příjmu pojištěného ze zaměstnání či výdělečné činnosti a která nastala v době trvání pojištění.

2. Škodná událost se stává pojistnou událostí v okamžiku, kdy pojistitel může z předložených dokladů jednoznačně určit, že pojištěné osobě vznikl nárok na pojistné plnění.

3. Pracovní neschopností se pro účely tohoto pojištění rozumí stav, kdy pojištěný nemůže z lékařského rozhodnutí pro nemoc nebo úraz žádným způsobem vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání či výdělečnou činnost (uvedené v návrhu na pojištění), vč. řídící a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne.

4. Pracovní neschopnost pojištěný dokládá vystaveným potvrzením - dokladem o pracovní neschopnosti vystaveným příslušným zdravotnickým zařízením (ošetřujícím lékařem) a dalšími k likvidaci potřebnými doklady.

5. Opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (lékař určený pojistitelem), a to návazně na revizní lékařské vyšetření provedené lékařem určeným pojistitelem nebo na základě předložené zdravotní dokumentace.

6. Pokud pojistná událost končí dnem, který stanoví lékař určený pojistitelem (neopodstatněnost trvání pracovní neschopnosti), končí tímto dnem i povinnost pojistitele poskytnout plnění, tj. vyplácet denní dávku.

7. Pojistitel poskytne pojistné plnění až po předložení veškerých dokladů. Nebylo-li ujednáno jinak, případné náklady spojené s vystavením požadovaných dokladů hradí pojištěný. Doklady vystavené manželem, manželkou, rodičem, dítětem či jinou, pojištěnému blízkou či příbuznou osobou, pojistitel neuznává.

8. Pojistné plnění pojistitel poskytne za kalendářní dny pracovní neschopnosti.

9. Pojistitel vyplatí pojistné plnění maximálně za 365 dnů pracovní neschopnosti v časovém intervalu tří let.

10. Pojistnou událostí se pro toto pojištění rozumí i změna diagnózy. Trvá-li pracovní neschopnost pro další, jinou diagnózu (za předpokladu ukončení léčení kvůli diagnóze, pro kterou byla původně pracovní neschopnost vystavena), dnem změny diagnózy počíná nová pojistná událost (plnění se poskytne po uplynutí nové karenční lhůty).

11. Je-li pracovní neschopnost vystavena pro souběh více diagnóz, jedná se o jednu pojistnou událost.

12. Při pojistné události, kdy pracovní neschopnost přesahuje okamžik zániku pojištění, náleží pojistné plnění pouze za období do zániku pojištění.

13. Dojde-li k pojistné události mimo území České republiky, plní pojistitel pouze za dobu z lékařského hlediska nezbytně nutné hospitalizace, vznikne-li nárok podle ostatních ustanovení těchto pojistných podmínek (např. pokud je vystavena pracovní neschopnost i zpětně).

EU 8413/1/E

14. Pojistitel může snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, došlo-li k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným. To neplatí, pokud uvedené látky obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a nebyl-li lékařem nebo výrobcem upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

Článek 5
Čekací doba a předběžné pojištění

1. Nárok na pojistné plnění z titulu uzavřené pojistné smlouvy vzniká až po uplynutí čekací doby. Čekací doba začíná běžet od počátku pojištění a činí 3 měsíce, není-li ujednáno jinak.

2. V době předběžného pojištění běží čekací doba od počátku pojištění uvedeného v návrhu.

3. Pro pojistné události, které vzniknou během čekací doby, náleží pojistné plnění pouze za období po uplynutí čekací doby.

4. Čekací doba se nevztahuje na pojistnou událost vzniklou:

a) následkem úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění

b) vyjmenovaným akutním infekčním onemocnění – zarděnky, spalničky, plané neštovice, neštovice, spála, záškrt, černý kašel, příušnice, spinální dětská obrna, meningitida, úplavice, paratyfus, skvrnitý tyfus, tyfus, cholera, febris recurrens (návratná horečka), malárie, sněť slezinná, růže, žlutá zimnice, mor, tularémie a psitakóza.

5. Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení sjednané denní dávky se na navýšenou část vztahuje opětovně čekací doba uvedená v bodě 1 tohoto článku. Dokud není pojistná smlouva uzavřena, poskytuje pojistitel pojistné plnění z předběžného pojištění v navrhovaném rozsahu s tím, že jeho maximální výše je omezena způsobem uvedeným na návrhu.

6. Pojistitel poskytuje předběžné pojištění dle čl. 4, odst. 4.7. až 4.11. VPP UCZ/05. Pokud není pojistná smlouva uzavřena, poskytuje pojistitel pojistné plnění z předběžného pojištění v navrhovaném rozsahu: pro výpočet pojistného plnění z pojištění denních dávek při pracovní neschopnosti se použije nanejvýš částka 300 Kč/den.

Článek 6
Pojistná částka

1. V případě obnosového pojištění je pojistnou částkou výše denní dávky stanovená v pojistné smlouvě.

2. V případě škodového pojištění se výše pojistné částky stanoví z dosaženého čistého příjmu pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem, případně změnou pojištění. Pojistitel je oprávněn při uzavření pojištění i při likvidaci pojistných událostí zkoumat výši příjmu pojištěného.

3. V případě škodového pojištění za každý den pracovní neschopnosti, za který pojištěnému vzniká právo na pojistné plnění, plní pojistitel výši sjednané denní dávky, nejvýše však do výše pojistitelné denní dávky.

4. Pojistitelnou denní dávkou se rozumí skutečná ztráta na výdělku pojištěného připadající na jeden kalendářní den. Ztráta se vypočítá ze součtu čistých příjmů pojištěného za posledních 12 měsíců, resp. za poslední účetní rok před vznikem pojištění nebo pojistné události sníženého o nároky náležející pojištěnému z důvodu pracovní neschopnosti. Jedná se např. o dávky sociálního pojištění, platby od zaměstnavatele nebo od všech pojistitelů, odškodnění pro pracovní úraz nebo nemoc z povolání, apod.

5. Přesáhne-li v případě škodového pojištění pojistná částka pojistitelnou denní dávku, je pojistitel oprávněn pojistnou částku upravit (snížit) dle skutečných poměrů.

Článek 7
Výluky

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za škodné události, které vznikly:

a) jako důsledek pracovního úrazu nebo nemoci z povolání;

b) v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestním činem, nebo při kterém si úmyslně poškodil zdraví;

c) v souvislosti s válečnými událostmi, teroristickými činy, stávkami nebo jinými ozbrojenými konflikty;

d) při vnitřních nepokojích, pokud se jich pojištěným účastnil na straně organizátora;

e) jakýmkoliv působením nukleárních, chemických nebo biologických zbraní;

f) přímo či nepřímo působením jaderné energie nebo vlivem ionizovaného záření;

g) poškozením zdraví při léčebných opatřeních a zákrocích, které pojištěný provede nebo si nechá provést na svém těle;

h) při profesionálním provozování sportu;

i) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány;

j) pro léčení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, poruchy duševní a poruchy chování;

k) z důvodu léčení alkoholismu nebo toxikomanie;

l) z důvodu léčebné péče v souvislosti s kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné a neslouží-li tyto zákroky k odstranění následků úrazu;

m) v souvislosti s léčením v léčebnách dlouhodobě nemocných či hospitalizací pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče, s pobytem v lázeňských zařízeních či sanatoriích a v rehabilitačních zařízeních, s pracovní neschopností vystavenou z důvodu doprovodu či ošetřování osoby blízké;

n) pro pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s normálním, abnormálním a předčasným porodem, rizikovým těhotenstvím, potratem, léčením neplodnosti vč. umělého oplodnění, při těhotenských vyšetřeních a onemocněních souvisejících s těhotenstvím (gestózy);

o) v souvislosti s úrazem, který pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla bez platného řidičského oprávnění.

2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:

a) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení škodné události (čl.10.7);

b) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl lékařské vyšetření lékařem, kterého pojistitel určil, nebo se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy a uvedení důvodu nedostavil nebo se nenechal lékařem vyšetřit;

c) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, zvláště pak pokud se prokázalo, že pojištěný v době pracovní neschopnosti vykonává zaměstnání či jinou výdělečnou činnost (i činnost řídící nebo kontrolní) či nedodržuje léčený režim;

d) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel zjistil, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem na potvrzení o pracovní neschopnosti;

e) za dobu pracovní neschopnosti v souvislosti s léčením nemocí či úrazů, které pojistitel uvedl ve svém výslovném prohlášení (výluky – smluvní ujednání).

Článek 8
Zánik pojištění

Kromě případů uvedených v obecné části VPP UCZ/05 pojištění zaniká:

1. K 1. dni v měsíci následujícím po datu, ve kterém došlo k zániku příjmu pojištěného z výkonu povolání nebo výdělečné činnosti, na jejímž základě bylo, nebo aktuálně je, pojištění sjednáno.

2. Uplynutím pojistného období, ve kterém vzniká pojištěnému nárok na starobní důchod dle platných předpisů, nejpozději však dosažením 65 let věku pojištěného, není-li ujednáno jinak.

3. K 1. dni v měsíci následujícím po datu přiznání invalidního důchodu na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení.

4. K 1. dni v měsíci následujícím po datu, ve kterém pojištěný přestane vykonávat zaměstnání nebo výdělečnou činnost uvedenou na návrhu pojištění. Při změně zaměstnání nebo podnikání, případně změně způsobu výdělečné činnosti, může pojistník požádat o pokračování pojištění. Pojištění může pokračovat pouze na základě písemného vyjádření pojistitele.

5. Smrtí pojistníka, neprojeví-li pojištěná osoba zájem o pokračování pojištění.

6. Změní-li pojištěný v době trvání pojištění trvalé bydliště mimo území České republiky.

Článek 9
Změny pojištění

1. Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Všechny navrhované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, případně pojistníka i pojištěného. Pojistitel akceptuje navrhované změny písemným potvrzením.

2. Vznikne-li při změně zaměstnání nebo zájmové činnosti pojištěného nárok na nižší pojistné, sníží pojistitel pojistné k datu nejbližší splatnosti, pokud nebylo ujednáno jinak.

3. Je-li v případě škodového pojištění denní dávka na základě skutečností zjištěných při likvidaci škodné události přizpůsobena (snížena) podle skutečných poměrů a pojistné plnění poskytováno v této výši, upraví pojistitel pojistné k datu nejbližší splatnosti pojistného, nebylo-li ujednáno jinak.

4. Změny pojištění jsou platné ode dne stanoveného pojistitelem v jeho písemném vyjádření.

Článek 10
Práva a povinnosti účastníků pojištění

Vedle povinností stanovených zákonem je pojistník a pojištěný povinen:

1. Nahlásit pojistiteli neprodleně veškeré změny oproti údajům uvedeným v návrhu na uzavření pojistné smlouvy, např. změnu jména, bydliště, zaměstnání, zájmové či sportovní činnosti, zdravotního stavu, apod. V případě poklesu příjmů oproti příjmům, na základě kterých bylo pojištění sjednáno, v posledních 12 měsících o více jak 20 %, oznámit tuto skutečnost pojistiteli.

2. Pojištěný je povinen léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklady vyšetřit pojistitelem určeným lékařem.

3. Požaduje-li pojištěný kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady spojené s tímto vyšetřením. Pokud na základě kontrolního vyšetření pojistitel poskytne další pojistné plnění, náklady na kontrolní vyšetření pojištěnému uhradí.

4. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu se provádí na základě zpráv a zdravotní dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od lékařů pojištěného, v případě potřeby i vyšetřením provedeným pojistitelem určeným lékařem. I v případě smrti pojištěného je pojistitel oprávněn vyžadovat lékařské zprávy potřebné k šetření.

5. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný zejména svým podpisem návrhu, na jehož základě vzniká pojištění a akceptováním návrhu pojistitele, jakož i svým podpisem na příslušném tiskopisu, kterým škodnou událost oznamuje. Tímto souhlasem současně zbavuje lékaře a zdravotnická zařízení mlčenlivosti. Odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká.

6. Při pojistné události v případě škodového pojištění musí pojištěný doložit výši čistého příjmu, a to způsobem určeným pojistitelem. Dále je na výzvu pojistitele pojištěný povinen předložit další požadované doklady (např. doklad o plnění od jiných pojistitelů, zaměstnavatele, nemocenského či důchodového pojištění apod.).

7. Pojištěný je povinen nejpozději do poloviny karenční lhůty od počátku trvání pracovní neschopnosti nahlásit pojistnou událost. Výjimky jsou možné pouze v případě, kdy vzhledem k zdravotnímu stavu pojištěného nebylo toto možné provést.
Dále je pojištěný povinen do konce karenční lhůty od počátku trvání pracovní neschopnosti předložit pojistiteli lékařem vyplněný doklad o pracovní neschopnosti se stanovením diagnózy. Je-li ohlášení škodné události provedeno po uplynutí této lhůty, pak se za prvý den pracovní neschopnosti považuje ve smyslu těchto podmínek den, kdy bylo ohlášení pojistiteli prokazatelně doručeno. Výjimky jsou možné pouze v případě, kdy vzhledem k zdravotnímu stavu nebylo možné tyto doklady odeslat.

8. Při pracovní neschopnosti delší než tři týdny je pojištěný povinen v pravidelných 14-ti denních intervalech předkládat pojistiteli lékařem potvrzený příslušný tiskopis o trvání pracovní neschopnosti, pokud pojistitel nestanoví jinak.

9. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti, kromě odůvodněných případů (např. hospitalizace či za výslovného souhlasu svého ošetřujícího lékaře), v místě určeném lékařem na potvrzení o pracovní neschopnosti, a to na území ČR, nedohodne-li se s pojistitelem jinak.

10. Pojištěný je povinen dostavit se ve stanoveném termínu k lékařskému vyšetření k pojistitelem určenému lékaři a nechat se vyšetřit.

11. Pojistitel je oprávněn kontrolovat plnění povinností pojistníka i pojištěného a při porušení povinností je oprávněn snížit či neposkytnout pojistné plnění.

Článek 11
Výklad pojmů

1. Nemocí se rozumí podle všeobecně uznávaného stavu lékařských věd anomální tělesný nebo duševní stav.

2. Hospitalizací se rozumí pobyt pojištěného v nemocnici, jestliže jeho ošetření musí být podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy provedeno v nemocnici na lůžkové části vzhledem k závažnosti nemoci či úrazu nebo vzhledem k charakteru prováděného ošetření.

3. Léčebnou péčí se rozumí lékařské ošetření, které se podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy jeví vhodným k obnovení zdraví, ke zlepšení zdravotního stavu nebo k zamezení jeho zhoršení.

4. Karenční lhůtou se rozumí v pojistné smlouvě sjednané období započítávané od vzniku pojistné události, za které pojistitel neposkytuje plnění.

5. Úrazem se pro účely tohoto pojištění rozumí neočekávané a náhlé působení vnějších sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví.

6. Za úraz se považuje pouze takové poškození páteře, vč. hernií (výhřezů) meziobratlových plotének, ke kterému došlo přímým mechanickým působením na páteř a nejedná-li se pouze o zhoršení projevu nemoci, která již existovala před úrazem. Poruchy hybnosti páteře v důsledku obvykle vykonávaných pohybů nebo zvedání břemene nejsou považovány za úraz.

7. Břišní nebo tříselná kýla jakéhokoliv druhu se považuje za úraz pouze tehdy, byla-li způsobena přímým mechanickým působením zvenčí a nebyla-li dispozičně podmíněna.

Článek 12
Závěrečná ustanovení

Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.9.2012.