

Úvodní ustanovení

Pojištění je upraveno těmito všeobecnými pojistnými podmínkami a všeobecnými pojistnými podmínkami – obecnou částí – UCZ/05, které tvoří nedílnou součást.

Článek 1 Všeobecná ustanovení

Pojištění se sjednává jako pojištění škodové. Komerční zdravotní pojištění je ve smyslu zákona o pojišťovnictví pojištěním pro případ nemoci.

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění

2.1. Předmětem pojištění jsou:

- organizace zprostředkování ambulantního vyšetření nebo ošetření (dále jen Zdravotní výkon) pojištěného u lékaře specialisty ve vybrané síti smluvních zdravotnických zařízení pojištěitele na území České republiky (dále jen Organizace péče Call Centrem UNIQA – Call Centrem pojištěitele se rozumí útvar pojištěitele dosažitelný telefonicky na bezplatné lince 800 120 020);
- konzultace zdravotního stavu po telefonu;
- konzultace lékařské diagnózy (dále jen Lékařská konzultace);
- organizace lékařských prohlídek v rozsahu stanoveném v pojistné smlouvě (dále jen Lékařská prohlídka); další služby definované v pojistné smlouvě.

2.2. Rozsah pojištění je určen v pojistné smlouvě.

2.3. Pojištění je možno sjednat pro osoby ve věku do 60 let, které mají trvalé bydliště v České republice. Jiné osoby mohou být pojištěny za zvláštních podmínek. Změní-li pojištěný v době pojištění trvalé bydliště mimo území České republiky, pojištění zaniká.

2.4. Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, které nastanou v době trvání pojištění.

Článek 3 Pojistné

3.1. Výše pojistného se určuje podle sazeb stanovených pojištěitelem v závislosti na sjednaném rozsahu pojištění, věku a zdravotním stavu pojištěného.

3.2. Výše pojistného je závislá na věku pojištěného a vstupní věk se stanoví jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.

3.3. Pojištěitel je oprávněn zvýšit pojistné a/nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění u osob se zvýšeným pojistným rizikem.

Článek 4 Změny pojištění

4.1. Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, vztahuje se tato změna na pojistné události, které nastanou po dni účinnosti změny.

4.2. Změna pojištění je možná pouze po dohodě s pojištěitelem a je účinná ode dne stanoveného pojištěitelem v jeho písemném vyjádření.

4.3. Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit bez zbytečného odkladu pojištěiteli všechny změny oproti údajům uvedeným v návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

Článek 5 Pojistná událost

Pojistnou událostí se podle sjednaného rozsahu pojištění rozumí v případě potřeby pojištěného:

5.1. Organizace zdravotní péče - „ASISTENCE“

5.1.1. Organizací zdravotní péče se rozumí organizace ambulantního vyšetření či ošetření podle požadavku pojištěného nebo sjednání zdravotního výkonu u specialisty ve vybrané síti smluvních zdravotnických zařízení UNIQA tak, aby byl maximálně ušetřen čas pojištěného. Ve všech případech jde o organizaci první návštěvy v zařízení k jednotlivému zdravotnímu případu klienta (k jedné diagnóze). Organizace následných návštěv, kontrol a další péče k tomuto jednotlivému zdravotnímu případu už nejsou pojistnou událostí ve smyslu těchto všeobecných pojistných podmínek.

5.1.2. Smluvní zdravotnická zařízení jsou uvedena v seznamu smluvních zdravotnických zařízení, který pojištěitel pravidelně aktualizuje. Úplný seznam smluvních zdravotnických zařízení včetně kontaktů je na www.uniqa.cz.

5.1.3. Pojištěitel se zavazuje:

- podle požadavku klienta sjednat termín Zdravotního výkonu ve smluvním zdravotnickém zařízení u lékaře specialisty a zorganizovat Zdravotní výkon pro pojištěného;
- zajistit klientovi poskytnutí zdravotní péče do třiceti minut od okamžiku, kdy se klient dostaví na sjednanou návštěvu, nejdříve však od okamžiku sjednaného termínu, s výjimkou případu, kdy se klient nedostaví ani do třiceti minut po sjednaném termínu;
- zajistit ve smluvních zdravotnických zařízeních individuální přístup k pojištěnému;
- zajistit ve smluvních zdravotnických zařízeních poučení pojištěného o jeho zdravotních obtížích;
- zajistit ve smluvních zdravotnických zařízeních profesionální péči lékařů specialistů;
- v případě, že zdravotnické zařízení není schopno dodržet sjednaný termín poskytnutí zdravotní péče, informovat pojištěného bezprostředně poté, co se o této skutečnosti dozvěděl, nejpозději však 2 hodiny před původně sjednaným termínem návštěvy. Zároveň bude s klientem řešen náhradní termín;
- zajistit ošetření klienta co nejdříve, přičemž o upřednostnění akutních případů rozhoduje lékař;
- zajistit klientovi poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, které pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby a jeho provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.

5.1.4. Pojištěný je povinen:

- v případě pojistné události „Organizace zdravotní péče“ podle článku 5 těchto všeobecných pojistných podmínek objednat organizaci zdravotní péče výhradně telefonicky prostřednictvím Call Centra pojištěitele;
- nemůže-li se ve stanovený termín dostavit k poskytnutí zdravotní péče zorganizované v souladu s ujednáním v předchozí větě; omluvit se prostřednictvím Call Centra pojištěitele z lékařské prohlídky minimálně 2 hodiny před plánovaným termínem návštěvy, pokud není ujednáno jinak;
- hradit doplatky u lékaře specialisty, které jsou účtovány nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

5.2. Organizace zdravotní péče TOP ASISTENCE

5.2.1. TOP ASISTENCE je pojištění, kterým se rozumí zprostředkování ambulantního ošetření u dětského specialisty. Nárok na poskytnutí zprostředkování TOP ASISTENCE je podmíněn vyšetřením u praktického dětského lékaře a specializovaného lékaře, který diagnostikoval one-

mocnění nebo shledal zdravotní stav vyžadující specializovanou péči v některé z oblastí, pro které je zprostředkování TOP ASISTENCE poskytováno. TOP ASISTENCE zabezpečuje sjednání termínu první návštěvy k jedné diagnóze u špičkového dětského specialisty prostřednictvím Call Centra UNIQA pojišťovny nejpozději do 14 dnů od klientova zavolání co Call Centra UNIQA pojišťovny ve specializacích: V Brně – ORL, kardiologie, chirurgie, hematologie, neurologie V Praze – ORL, kardiologie, chirurgie, hematologie, neurologie, vrozené vady metabolismu, urologie, revmatologie Provedením (zprostředkováním) TOP ASISTENCE u odborného dětského specialisty nevzniká nárok na převzetí klienta pojišťovny do péče tohoto lékaře. Pojištění TOP ASISTENCE zaniká v nejbližší výroční den pojištění ve kterém pojištěné dítě dosáhne věku 18 let.

5.3. Konzultace zdravotního stavu po telefonu - „RYCHLÁ RADA“

5.3.1. Konzultací zdravotního stavu po telefonu se rozumí zejména vysvětlení diagnózy, výsledků laboratorních vyšetření, interpretace lékařských nálezů, medikace pojištěného či vysvětlení technických otázek souvisejících s MedUNIQA nebo zdravotním pojištěním.

5.3.2. Pojistné plnění v případě pojistné události podle předchozího odstavce se uskutečňuje formou telefonické služby dosažitelné prostřednictvím Call Centra pojištěitele a lze ji čerpat kdykoli během trvání pojištění.

5.4. Konzultace lékařské diagnózy - „KONSILIUM“

5.4.1. Konzultací lékařské diagnózy pojištěného se rozumí vypracování druhého odborného názoru k diagnóze v písemné formě.

5.4.2. Pojistné plnění v případě pojistné události podle předchozího odstavce se uskutečňuje formou organizace konzultace lékařské diagnózy. Konzultace je prováděna specialisty různých oborů, kteří jsou zajišťováni prostřednictvím UNIQA pojišťovny.

5.4.3. Účelem konzultace lékařské diagnózy je pomoci pojištěnému a jeho ošetřujícímu lékaři při rozboru současného stavu léčení a/nebo navržení dalších léčebných a/nebo diagnostických postupů.

5.4.4. O konzultaci lékařské diagnózy musí pojištěný požádat písemně s doložením zdravotní dokumentace vztahující se k diagnóze.

5.4.5. Poprvé může pojištěný o konzultaci lékařské diagnózy požádat kdykoliv během trvání pojištění, o každou následující konzultaci lékařské diagnózy lze požádat nejdříve po uplynutí dvou let od uskutečnění předchozí konzultace lékařské diagnózy. V případě, že klient bude požadovat konzultaci dříve než po uplynutí dvou let od předchozí konzultace, bude tato služba klientovi zpoplatněna.

5.5. Organizace lékařské prohlídky

5.5.1. Lékařskou prohlídkou (preventivní či jinou) se rozumí lékařské vyšetření ve smluvním zdravotnickém zařízení pojištěitele v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě.

5.5.2. Preventivní lékařskou prohlídkou je pojištěnému povinen zorganizovat a na preventivní lékařskou prohlídku je povinen pojištěného aktivně vyzvat.

5.5.3. Jinou zdravotní prohlídkou je pojištěnému povinen zorganizovat v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě.

Článek 6 Další služby

V souvislosti s pojistnými událostmi dle Článku 5 poskytuje pojištěitel další služby určené v pojistné smlouvě.

Článek 7 Pojistné plnění

7.1. Pojistným plněním je úhrada nákladů za pojistné události pojištěného, a to formou přímého zúčtování dohodnutých nákladů mezi pojištěitelem a příslušným smluvním zdravotnickým zařízením, případně smluvním lékařem či dodavatelem služby.

7.2. Úprava těchto nákladů se uskuteční zpravidla k 1. lednu kalendářního

roku. V souladu s dohodnutou změnou nákladů zdravotnických služeb se smluvními zdravotnickými zařízeními pak pojištěitel uskuteční nový výpočet pojistného a postupuje následně podle článku 8.

Článek 8 Úpravy pojistného

8.1. Pojištěitel je oprávněn k výročnímu dni počátku pojištění upravovat pojistné, a to na základě porovnání kalkulovaného a skutečného škodného průběhu pojištění, a rovněž podle změny nákladů dle odstavce 7.2.

8.2. Pojištěitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojištěníkovi nejpozději dva měsíce před výročním dnem počátku pojištění.

8.3. Nesouhlasí-li pojištěník s takovou úpravou pojistného, je povinen to pojištěiteli sdělit do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Nesdělí-li pojištěník pojištěiteli ve stanovené lhůtě, že s úpravou pojistného nesouhlasí, a dále platí původní pojistné, nebo když pojistnou smlouvu nevypoví, je oprávněn pojištěnitel k výročnímu dni pojištění vypovědět pojištěitele, a to i zpětně.

Článek 9 Právo pojištěitele související se zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu

9.1. Pojištěitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat při sjednání pojištění i při jeho změně, jakož i v souvislosti se šetřením pojistné události, v souladu s příslušnou legislativou, zdravotní stav pojištěného a další skutečnosti, týkající se předmětného pojištění, a to na základě souhlasu pojištěného, který je uveden v návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

9.2. Za tímto účelem pojištěný zmocňuje pojištěitele k jednání s ošetřujícími lékaři a zdravotnickými zařízeními a zprostřuje je mlčenlivosti.

9.3. Pojištěitel a další subjekty, které smluvně spolupracují s pojištěitelem podle předchozích ujednání těchto všeobecných pojistných podmínek, smějí použít veškeré získané informace při zjišťování zdravotního stavu pouze pro svou potřebu, jinak pouze se souhlasem pojištěného, nebo v souladu s platnými zákony.

Článek 10 Vyluky z pojištění

Pojištění se nevztahuje na pojistné události, k nimž dojde:

- následkem válečných událostí, teroristických činů, stávek nebo jiných ozbrojených konfliktů, působením nukleárních, chemických nebo biologických zbraní, vlivem jaderné energie nebo vlivem ionizačního záření;
- v souvislosti s následky nadměrného požívání alkoholu, požívání návykových či omamných látek.

Článek 11 Zánik pojištění

Kromě způsobů zániku pojištění upravených v obecné části všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a v zákoně, pojištění zanikne také:

- k výročnímu dni pojištění následujícímu po dni, kdy se pojištěný stane nepojistitelnou osobou podle článku 12 těchto pojistných podmínek;
- nejpozději k poslednímu dni pojistného období, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.

Článek 12 Nepojistitelné osoby

Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojištění, a jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby, kterým byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně, dále pak osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, a dále osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách.

Článek 13 Účinnost

Tyto VPP nabývají účinností dnem 1. 9. 2012.