



ERGO

Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců Welcome – 120917

Platnost od 17.9.2012

Úvodní ustanovení

Pro zdravotní pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. (dále jen pojistitel) platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů v platném znění, příslušná ustanovení zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví v platném znění, příslušná ustanovení občanského zákoníku v platném znění, tyto Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců – WELCOME 120917 (dále jen VPP) a případná smluvní ujednání, která jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Článek 1 Předmět pojištění, územní platnost pojištění

1. Předmětem pojištění jsou prokazatelné náklady související s pobytem pojištěného na území ČR, které vznikly v rámci lékařského ošetření.
2. Pojištění též platí pro výjezdy z ČR do ostatních států Schengenského prostoru. Počet výjezdů je neomezený a doba trvání jednotlivých cest z ČR nesmí překročit 30 dnů. Pojištění se nevztahuje na dojíždění za prací. Je-li sjednáno pojištění v tarifu Welcome Komplex nebo Welcome Baby, platí na území států Schengenského prostoru pouze v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče dle tarifu Welcome Plus.

3. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, pojištění se nevztahuje na pojistné události vzniklé:
 - a) ve státech, v nichž je pojištěný státním příslušníkem;
 - b) ve státech, ve kterých je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění nebo kde má nárok na bezplatnou zdravotní péči.
4. Předmětem pojištění jsou též náklady spojené s převozem pojištěného nebo jeho tělesných ostatků do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolen pobyt.
5. Pojištění dle těchto VPP se sjednává jako pojištění škodové
6. Pojištění splňuje podmínky zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, v platném znění.

Článek 2 Vznik pojištění, doba trvání pojištění, pojistné

1. Pojištění vzniká dnem a časem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění s účinností pojistné smlouvy nejdříve ode dne následujícího po dni, kdy bylo zapláceno první nebo jednorázové pojistné.
2. Doba trvání pojištění je omezena na počet dní uvedený v pojistné smlouvě.



Pojištění končí dnem a časem uvedeným v pojistné smlouvě jako konec pojištění. Pokud léčebná péče pokračuje i po skončení pojištění a pojištěný není způsobilý k převozu do státu, jehož cestovní doklad vlastní, poskytuje pojistitel pojistné plnění do té doby, než se pojištěný stane způsobilým k převozu, maximálně však po dobu 4 týdnů (tj. 28 dnů) od konce pojištění.

3. Pojistník je povinen platit pojistné.
4. Pojistné je nutné platit na účet určený pojistitelem s uvedením variabilního symbolu, kterým je číslo pojistné smlouvy. Pojistné zaplacené bez nebo se špatným variabilním symbolem je považováno za neuhrazené.
5. Pojistné je jednorázovým pojistným.
6. Pojistné se považuje za uhrazené:
 - a) při placení převodem z účtu okamžikem připsání příslušné částky pojistného na účet pojistitele pod správným variabilním symbolem; pro platbu prvního pojistného se však pojistné považuje za uhrazené okamžikem odesání příslušné částky pojistného z účtu, ze kterého je pojistné hrazeno;
 - b) při placení prostřednictvím pošty dnem podáním platby na poště;
 - c) při placení v hotovosti dnem zaplacení zástupci pojistitele proti vydanému potvrzení.

Článek 3 Rozsah pojištění

1. Pojištění se sjednává v rozsahu „**komplexní zdravotní péče**“, která je poskytována v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění. Pojištění tedy nezajišťuje úhradu v rozsahu ani ve výši, v jaké by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a není totožné s pojištěním pro případ nemoci podle § 62 odst. 3 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů.
2. Pojištění se vztahuje na ošetření onemocnění, úrazů a jiných skupin diagnóz, které vznikly po počátku pojištění.
3. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na léčebnou péči poskytovanou oprávněným zdravotnickým personálem.
4. Pojištění se vztahuje na:
 - a) ambulantní lékařské ošetření;
 - b) léky a obvazový materiál na základě lékařského předpisu; za léky se nepovažují podpurné preparáty, a to i pokud jsou předepsány lékařem a obsahují léčebné prvky, preventivní léky, kosmetické přípravky a drogy;
 - c) léčebné prostředky podmíněné zdravotním ošetřením určené k fixaci končetin např. sádra, bandáž, dále pomocné prostředky (např. berle) v běžném provedení;



- d) fyzikální terapie, pokud je předepsána lékařem, např. léčba ozařováním, teplem apod.;
 - e) rentgenová diagnostika;
 - f) v případě stacionárního ošetření standardní umístění v nemocnici dle pravidel místního zákonného zaopatření, která je pod stálým lékařským dohledem, disponuje dostačujícími terapeutickými a diagnostickými možnostmi, pracuje podle všeobecně uznávaných vědeckých metod a vede kartotéky;
 - g) náklady na zdravotně indikovaný převoz do nejbližší vhodné nemocnice nebo k lékaři;
 - h) bezodkladné operace;
 - i) náklady na léky pořízené na základě lékařského předpisu;
 - j) kontrolní vyšetření, pokud první ošetření předmětné diagnózy bylo pojistitelem hrazeno;
 - k) stomatologické ošetření v důsledku úrazu.
5. Pojištění se dále vztahuje na:
- a) dispensární péči vztahující se k onemocněním a úrazům, jejichž příčina vznikla po počátku pojištění;
 - b) ošetření v souvislosti s alergií, jedná-li se u pojištěné osoby o první výskyt

- daného typu alergie včetně následných nezbytných alergologických či imunologických vyšetření; nevztahuje se však na léky a veškeré podpurné přípravky související s danou diagnózou;
- c) veškerou lékařskou péči, kterou pojištěná osoba podstoupí v souvislosti s těhotenstvím a porodem v ČR ve smluvním zařízení pojistitele nebo jiném zařízení předem schváleném pojistitelem. Touto péčí se rozumí veškeré lékařské prohlídky, které pojištěná osoba podstoupí v průběhu těhotenství, porod, následná kontinuální poporodní hospitalizace a 1. následné gynekologické vyšetření v šestinedělí po propuštění z porodnice;
 - d) stomatologické ošetření za účelem odstranění bolesti, zubní výplň v jednoduchém provedení a nezbytnou opravu zubní protézy, to vše do celkové výše 6.000 Kč za rok pro jednotlivou pojištěnou osobu v rámci všech jejich pojistných smluv.
6. Pojištění se vztahuje též na preventivní péči v následujícím rozsahu:
- a) pro děti od 0 do 5 let veškeré preventivní prohlídky u praktického lékaře do maximálního limitu 3.000 Kč za rok (podmínkou je uzavření pojistné smlouvy na dobu minimálně 12 měsíců, čekací doba dle článku 4 VPP odpadá);
 - b) pro děti do 18 let jednou ročně preventivní prohlídka u praktického lékaře;
 - c) pro dospělého jednou za dva roky preventivní prohlídka u praktického lékaře;



- d) pro ženy od 15 let jednou ročně preventivní prohlídka u gynekologa;
 - e) jednou ročně preventivní prohlídka u stomatologa;
 - f) povinná očkování do maximálního limitu 1.000 Kč za rok.
7. Pojistitel poskytne pojistné plnění za zdravotní péči poskytnutou maximálně v rozsahu nároku občanů ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu platných právních předpisů.
 8. Dojde-li k úmrtí pojištěného následkem úrazu nebo nemoci jsou pojištěny přiměřené a účelně vynaložené náklady na:
 - a) kremaci v místě úmrtí;
 - b) převoz tělesných ostatků pojištěného do státu jehož cestovní doklad vlastnil, tj. výlohy na dočasnou rakev, balzamování a přepravu ostatků v souladu s příslušnými právními předpisy.
 9. Celkové pojistné plnění na jednu pojistnou událost je omezeno částkou 80.000 EUR. Tato částka je limitní a nelze ji v součtu jednotlivých nákladů na léčebnou péči včetně případné repatriace překročit.
2. Na zdravotní péči uvedenou v článku 3 odst. 5 písm. a), b) a d) a odst. 6 VPP se vztahuje čekací doba v délce 3 měsíců od počátku pojištění.
 3. Na zdravotní péči související s těhotenstvím dle článku 3 odst. 5 písm. c) se vztahuje čekací doba v délce 3 měsíců, tzn. že pojistnou událostí není těhotenství pojištěné osoby, které nesporně vzniklo před uplynutím třetího měsíce pojistné doby.
 4. Na porod a následnou zdravotní péči dle článku 3 odst. 5 písm. c) se vztahuje čekací doba v délce 8 měsíců, tzn. že pojistnou událostí není porod, ke kterému došlo před uplynutím osmého měsíce pojistné doby a ani následná poporodní péče, která souvisí s předmětným porodem.
 5. Čekací doba dle odst. 3 a 4 tohoto článku se neuplatní v případě nutného ošetření při ohrožení života matky a dítěte v případě komplikací v těhotenství, kdy bude hrazeno pojistné plnění dle rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče.
 6. Čekací doba odpadá v případě, že pojištěná osoba byla u pojistitele pojištěna minimálně po dobu jednoho roku bezprostředně předcházejícího počátku pojištění.

Článek 4 Čekací doba

1. Čekací doba se uplatňuje pouze na pojištění sjednané v rozsahu „komplexní zdravotní péče“.



Článek 5 Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na:

- a) ošetření onemocnění, úrazů a jiných skupin diagnóz, které existovaly před počátkem pojištění;
- b) zdravotní péči, která není hrazena občanům ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu platných právních předpisů;
- c) zdravotní péči, která je pojištěné osobě poskytnuta ve zdravotnickém zařízení, které tuto péči standardně neposkytuje občanům ČR, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění ve smyslu platných právních předpisů s výjimkou akutního ohrožení života (např. některé soukromé kliniky);
- d) náklady na léky, které pojištěný pořídil bez lékařského předpisu;
- e) náklady na kosmetické ošetření a jeho následky, chiropraktické výkony nebo terapie;
- f) zhotovení a úpravy protéz, ortéz, brýlí, kontaktních čoček, naslouchacích přístrojů a obdobných pomůcek;
- g) přerušování těhotenství, nejde-li o ohrožení života nebo zdraví ženy nebo geneticky vadný vývoj plodu, tzn. že se jedná o případy, kdy je přerušování těhotenství z lékařského hlediska odůvodnitelné;
- h) léčení neplodnosti či sterility a umělé oplodnění;
- i) lékařský zákrok a jeho případné důsledky, pokud pojištěný podnikl cestu do ČR nebo zahraničí za účelem podstoupení tohoto lékařského zákroku;
- j) náklady za ošetření, které bylo provedeno příbuzným pojištěného (např. manželem, manželkou, rodiči);
- k) ošetření duševních a psychických poruch;
- l) lázeňské a sanatorní ošetření a rehabilitační opatření;
- m) náklady na ošetření vzniklé jako důsledek aplikace léčení, které není odbornou lékařskou veřejností považováno za postup lege artis;
- n) ošetření nakažlivých pohlavních onemocnění;
- o) ošetření onemocnění, úrazů a jejich následků, které jsou způsobeny válečnými událostmi nebo účastí na hromadných protestech, akcích občanské neposlušnosti, či jiných nepokojích;
- p) ošetření úrazů vzniklých při řízení motorových vozidel bez příslušného oprávnění (řidičský průkaz);
- q) převoz, přeložení nebo přepravu s použitím letecké ambulance, není-li přeprava předem schválena asistenční službou;
- r) regulační poplatky a doplátky;
- s) ošetření v souvislosti se spácháním trestného činu a výtržností charakteru přestupku;



- t) ošetření v důsledku sebevraždy či pokusu o ni;
 - u) na záměrně způsobená onemocnění a úrazy, pokud nastanou mimo území ČR;
 - v) na úrazy, ke kterým došlo pod vlivem alkoholu, drog či jiných psychotropních látek, pokud nastanou mimo území ČR;
 - w) čerpání zdravotní péče na léčení takových nemocí a zdravotních stavů, kdy je zdravotní péče vhodná, účelná a potřebná, ale lze ji poskytnout až po návratu do mateřské země pojištěného.
2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, že pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele.
3. Pojištění se nevztahuje na úrazy, které nastanou při parašutizmu a paraglidingu, seskocích s padákem z výšin, při používání bezmotorových letadel, motorových rogal, ultralehkých letadel, raketoplánu, bungee-jumpingu, létání v balónech, vznášedlech; dále se pojištění nevztahuje na úrazy, které nastanou při výkonu služby pilotů, ostatních členů posádky a osob, které služební činnost vykonávají pomocí letadel; pojištění se nevztahuje rovněž na potápění včetně dekomprese, horolezectví, skálolezectví, slézání ledových a vodních vodopádů, rafting, kanoistiku na divoké řece, canioning, skialpinismus, lyžování mimo vyznačené trasy, motokros a motozávod, karate, taekwondo, aikido, kung-fu, judo, box,

kick-box apod.

4. Pojištění se nevztahuje na sportovní činnost profesionálních sportovců. Za profesionálního sportovce se dle těchto VPP považuje ten, kdo vykonává sportovní činnost pod profesionální smlouvou; ten, kdo se účastní soutěží, závodů, turnajů nebo tréninku či soustředění na úrovni světového poháru, olympiády, mistrovství světa, kontinentu nebo jednotlivých států.
5. Provozování jednotlivých činností uvedených v odstavci 3 a 4 tohoto článku je možno do pojištění po písemné dohodě s pojistitelem zahrnout, popřípadě připojistit za vyšší pojistné a podmínek dle sazebníku pojistitele.

Článek 6 Asistenční služby

1. Asistenční služba je služba poskytovaná pojištěnému v souvislosti se sjednaným pojištěním a je zabezpečována smluvní organizací pojistitele.
2. Asistenční služba nebo jiný pověřený zahraniční zástupce mají právo jednat jménem pojišťovny v případě veškerých škodných či pojistných událostí a doporučit příp. vyhledat vhodné zdravotnické zařízení.
3. Pomoc asistenční služby je poskytována v případě potřeby:
- a) převozu, přeložení, přepravy v případě nemoci či úrazu pojištěného;
 - b) převozu tělesných ostatků pojištěného;



- c) zaručení se za pojistnou ochranu a úhradu nákladů za ošetření ze strany pojistitele.

Článek 7 Nepojistitelné osoby

1. Nepojistitelné a rozhodně nepojištěné jsou:

- a) osoby s těžkými nervovými poruchami – k těm patří zejména poškození, která s sebou přinášejí silné tělesné omezení resp. omezení denních životních a pracovních činností. Za tyto poruchy se považují mimo jiné stádia roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy (ALS), Morbus Parkinson resp. stav po mrtvici s omezením pohybové schopnosti, epilepsie, nová tvorba tkání (tumory) centrálního nervového systému, polyneuropatie s omezením pohybové schopnosti, těžká poranění mozku nebo míchy s omezením pohybové schopnosti, deprese, záchvaty bezvědomí a závratí.
- b) osoby s duševními nemocemi. K těm patří zejména maniodepresivní psychózy, schizofrenní a paranoidní poruchy, Morbus Alzheimer a jiné formy demence, psychoorganický syndrom, Downův syndrom, vodnatost mozku (hydrocefalus), autismus.
- c) osoby s následujícími onemocněními a omezeními: hluchota (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogová, alkoholová závislost a závislost na

léčivech, cirhóza jater, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), TBC, dialýza ledvin, infekce HIV, AIDS.

2. U nepojistitelné osoby nedochází ke vzniku pojistné smlouvy.

Článek 8 Oprávnění pojistitele zjišťovat a přezkoumávat údaje pojistníka a pojištěného

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat všechny potřebné informace o pojistníkovi a pojištěném související s pojištěním. Pojistník i pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění. Pojištěný i pojistník mají tuto povinnost i v případě změny pojistné smlouvy a v případě pojistné události.
2. Pokud je to pro sjednaný druh pojištění nezbytné, je pojistitel oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
3. Pojistník i pojištěný svým podpisem pojistné smlouvy souhlasí se zjišťováním údajů o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti ze



strany pojistitele, pokud je to pro sjednaný druh pojištění nezbytné a zprošťují lékaře a zaměstnance zdravotních zařízení, úřadů a pojišťoven, u kterých byli, jsou a budou ošetřeni, vedeni v evidenci nebo pojištění, povinnosti mlčenlivosti a zmocňují je k poskytnutí všech potřebných informací pojistiteli.

4. Pokud je to pro sjednaný druh pojištění nezbytné, je pojistitel dále oprávněn zjišťovat a přezkoumávat pracovní i mimopracovní činnost pojištěného (rozumí se sportovní příp. jiná zájmová činnost). Pojistitel je dále oprávněn přezkoumávat všechny odpovědi na písemné dotazy pojistitele.

Článek 9 Výplata a splatnost pojistného plnění

1. Pojistné plnění je splatné v ČR v tuzemské měně a je poskytováno pojištěnému nebo tomu, kdo má právo na plnění. Náklady v zahraniční měně se přepočítávají dle úředního devizového kurzu ČNB, který byl platný v den pojistné události.
2. Pojistitel je povinen po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit.
3. Pojistitel ukončí šetření do tří měsíců po tom, co mu byla pojistná událost oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění důvody, pro které nelze

šetření ukončit a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.

4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle tohoto článku. Šetření je ukončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
5. Pojistitel je oprávněn výplatu pojistného plnění nebo zálohy na pojistné plnění odložit, jestliže:
 - a) existuje pochybnost o oprávněnosti výplaty pojistného plnění pojištěnému, a to až do dodání potřebných důkazů;
 - b) proti pojistníkovi nebo pojištěnému bylo zahájeno trestní nebo soudní řízení v souvislosti se škodou, a to až do skončení tohoto řízení;
6. Bylo-li pojistné plnění, popř. záloha na pojistné plnění vyplacena neoprávněně, je osoba, které bylo plnění vyplaceno, povinna toto vrátit, a to i po skončení pojištění.
7. Pokud byly náklady na šetření vynaložené pojistitelem vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníků soukromého pojištění, má pojistitel právo požadovat na tom, kdo povinnost porušil, přiměřenou náhradu.
8. Jestliže pojištěnému vznikne v souvislosti s pojistnou událostí vůči třetí osobě nárok na finanční úhradu, která je předmětem tohoto pojištění, přechází jeho



právo na pojistitele, a to do výše plnění vyplaceného na základě pojistné smlouvy. Pokud se pojištěný tohoto práva či nároku bez svolení pojistitele vzdá, nevzniká povinnost pojistitele plnit do výše nároku vůči třetí osobě.

9. Pokud pojištěný obdrží úhradu od třetí osoby, která je povinna tuto úhradu poskytnout, je pojistitel oprávněn odpovídajícím způsobem pojistné plnění snížit. Pojištěný je povinen o této skutečnosti pojistitele bezodkladně informovat.
10. Pokud existuje nárok pojištěného na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění či podobného zákonného zabezpečení, je pojistitel povinen poskytnout plnění jen nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění či jiného zákonného zabezpečení. Pojištěný není oprávněn se těchto svých nároků vzdát. Pokud tak učiní, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně krátit.
11. Nároky na pojistné plnění nemohou být postoupeny.

Článek 10 Odmítnutí a snížení pojistného plnění

1. Pojistitel může odmítnout plnění z pojistné smlouvy jestliže:
 - a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti

v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo

- b) oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
2. Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zanikne.
3. Porušil-li při sjednávání soukromého pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností uvedených v zákoně o pojistné smlouvě nebo v pojistné smlouvě a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit.
4. Pokud mělo porušení povinností uvedených v zákoně o pojistné smlouvě nebo v pojistné smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. To platí i v případě, kdy porušení povinnosti znemožnilo předložení důkazů o tom, že pojistná událost nastala ve smyslu těchto VPP.
5. Pojistitel je oprávněn ke snížení pojistného plnění v případě poskytnutí nadstandardní lékařské péče a to na nutnou a přiměřenou míru podle posudku



odborného lékaře určeného pojistitelem.

Článek 11 Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný je zejména povinen:

- a) při sjednávání pojistné smlouvy pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednání nebo změny pojistné smlouvy a oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změny, které během trvání pojištění nastanou ve skutečnostech, na něž byl tázán při sjednání pojištění a které mají vliv na výpočet pojistného;
- b) oznámit pojistiteli změnu bydliště, resp. adresu pro doručování;
- c) poskytnout pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškeré informace potřebné k posouzení pojištěného rizika a k uzavření pojistné smlouvy;
- d) oznámit pojistiteli, že uzavřel další pojištění proti témuž riziku u jiného pojistitele; přitom je povinen sdělit jméno pojistitele a výši pojistné částky;
- e) provést přiměřená opatření k odvrácení vzniku hrozící škody a dbát, aby pojistná událost nenastala, zejména neporušovat povinnosti směřující k odvrácení nebo zmenšení nebezpečí stanovené platnými právními předpisy nebo pojistnou smlouvou.

2. V případě vzniku pojistné události je pojištěný povinen:

- a) vznik pojistné události neprodleně písemně oznámit pojistiteli;
- b) podat pojistiteli důkaz o vzniku a rozsahu pojistné události;
- c) sdělit pojistiteli na jeho žádost každou informaci, která je potřebná ke zjištění pojistné události či rozsahu povinností pojistitele plnit;
- d) prokázat pojistiteli datum počátku cesty do zahraničí;
- e) oznámit pojistiteli jméno a příjmení pojistníka, pojištěného a číslo pojistné smlouvy;
- f) neprodleně oznámit orgánům činným v trestním řízení vznik pojistné události, která nastala za okolností, nasvědčujících spáchání trestného činu, nebo pokusu o něj;
- g) požádat pojistitele o potřebné pokyny ke zmírnění následků škody a postupovat v souladu s nimi;
- h) umožnit pojistiteli nebo osobám jím pověřeným provádět veškerá šetření potřebná pro posouzení nároku na pojistné plnění a na jeho výši a předložit kompletní potřebné originály dokladů, které si pojistitel k tomuto účelu vyžádá, případně i umožnit pojistiteli poříditi si z těchto dokladů kopie;
- i) zabezpečit vůči jinému právo na náhradu vzniklé škody a jiná obdobná práva a uplatnit nárok na náhradu vzniklé škody vůči tomu, kdo za škodu odpovídá;
- j) v případě cizojazyčných dokladů dodat pojistiteli úřední překlad do češtiny,



který nechá pojištěný vyhotovit na vlastní náklady;

- k) podrobit se na žádost pojistitele lékařskému vyšetření a to u lékaře, kterého stanoví pojistitel. Náklady na toto vyšetření nese pojistitel;
 - l) dodat originály účtů a účetní doklady, které musí obsahovat jméno ošetřovaného, označení nemoci, údaje o jednotlivých lékařských úkonech včetně nákladů na ošetření a veškeré lékařské zprávy týkající se daného ošetření;
 - m) dodat recepty, na kterých musí být zřetelně uveden název předepsaného léku, cena, jméno a příjmení pojištěného a razítko lékárny;
 - n) při ošetření chrupu předložit pojistiteli lékařskou zprávu, ve které je uvedeno označení jednotlivých zubů a popis provedeného ošetření.
3. Povinnosti uvedené v tomto článku, které pojištěný z objektivních důvodů nemůže splnit, přecházejí na pojistníka.
 4. Doklady předané pojistiteli přecházejí do jeho vlastnictví.
 5. V případě, že osoba pojistníka a pojištěného není totožná a právo na plnění má pojistník, přecházejí povinnosti uvedené v tomto článku i na pojistníka.
 6. V případě, že pojistník nebo pojištěný nesplní některou z povinností uvedených v tomto článku, může pojistitel snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na možnost přezkoumání povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Článek 12 Zánik pojištění

1. Toto pojištění mohou obě smluvní strany vypovědět:
 - a) do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká. Pojistitel má v tomto případě právo na úhradu nákladů spojených se vznikem a správou pojištění ve výši 50 % z předepsaného pojistného, maximálně však 1.000 Kč na každou pojištěnou osobu.
 - b) ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
 - c) do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
 2. Pojistník může též požádat o ukončení pojištění v případě:
 - a) neudělení povolení pobytu v ČR;
 - b) ukončení pobytu v ČR;
 - c) přestupu do veřejného zdravotního pojištění v ČR.
- Pokud pojistník pojistiteli vrátí všechny doklady, které od pojistitele obdržel, může mu pojistitel vrátit nespotřebované pojistné po odečtení stornopoplatku ve výši 1.000 Kč na každou pojištěnou osobu. Pojistitel si vyhrazuje právo žádosti o ukončení pojištění nevyhovět či stanovit pro ukončení pojištění další podmínky.



3. Pojištění může zaniknout též z dalších důvodů uvedených v zákoně.
4. Pojistiteli náleží část pojistného do konce pojištění.

Článek 13 Právní úkony, doručování

1. Všechna sdělení pojistníka či pojištěného je nutno zasílat na adresu pojistitele písemně. Zástupci pojistitele jsou oprávněni sdělení převzít, sdělení se však považují za doručena až okamžikem, kdy je pojistitel obdrží.
2. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému se doručují zpravidla držitelem poštovní licence. Mohou být rovněž doručeny i zástupcem pojistitele, a to na jejich poslední pojistiteli známou adresu.
3. Odepřou-li pojistník nebo pojištěný písemnost bezdůvodně přijmout, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy její přijetí bylo pojistníkem nebo pojištěným odepřeno.
4. Nebyli-li pojistník či pojištěný zastíženi a písemnost pojistitele byla uložena doručovatelem u držitele poštovní licence nebo u místně příslušného obecního úřadu, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem její úložné lhůty, i když se pojistník či pojištěný o jejím uložení nedozvěděli.
5. Pokud pojistník či pojištěný nesplní povinnost stanovenou v čl. 11 odst. 1 písm. b) těchto VPP a nesdělí pojistiteli svoji novou adresu, považuje se písemnost za

doručenou dnem vrácení nedoručitelné písemnosti pojistiteli zpět.

Článek 14 Výklad pojmů

1. **Běžné pojistné** je pojistné stanovené za pojistné období.
2. **Čekací doba** je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnou pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi, a její běh začíná dnem počátku pojištění.
3. **Dojíždění za prací** je pravidelné dojíždění pojištěného za účelem výkonu práce mimo území ČR.
4. **Jednorázové pojistné** je pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.
5. **Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
6. **Pojistitelem** je ERGO pojišťovna, a. s.
7. **Pojistná doba** je časové období, na které je pojištění sjednáno.
8. **Pojistná událost** je nahodilá skutečnost blíže označená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
9. **Pojistné** je úplata za soukromé pojištění.
10. **Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události.



11. **Pojistné období** je časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné.
12. **Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a která je povinna platit pojistné.
13. **Pojištěná osoba / Pojištěný** je osoba, na jejíž život a zdraví se soukromé pojištění vztahuje.
14. **Repatriace** je lékařský převoz pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt.
15. Ostatní státy **Schengenského prostoru** k 1.1.2011 jsou Belgie, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Island, Itálie, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemí, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko.
16. **Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.

Článek 15 Ustanovení společná a závěrečná

1. Od těchto VPP se lze v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění.
2. Za autentický se považuje český text všeobecných pojistných podmínek a smluvních ujednání.
3. Tyto VPP jsou účinné pro pojistné smlouvy uzavřené po 17. září 2012.



Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Standard

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 120917 (dále jen „VPP“)

Odchylně od článku 3 odst. 1 VPP se pojištění v tarifu Welcome Standard sjednává v rozsahu **„nutné a neodkladné zdravotní péče“** definované těmito smluvními ujednáními.

1. Odchylně od článku 3 odst. 9 VPP se sjednává, že celkové pojistné plnění na jednu pojistnou událost je omezeno částkou 60.000 EUR. Tato částka je limitní a nelze ji v součtu jednotlivých nákladů na léčebnou péči včetně případné repatriace překročit.
2. Pojištění se nevztahuje na náklady za ošetření onemocnění, která jsou léčitelná volně prodejnými léky a pomůckami.
3. Pojištění se nevztahuje na úhradu nákladů na ambulantně předepsané léky.
4. Odchylně od článku 3 odst. 4 písm. j) VPP se pojištění nevztahuje na následná

kontrolní vyšetření.

5. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle článku 3 odst. 5 a 6 VPP s výjimkou nutného ošetření v případě ohrožení života v důsledku alergické reakce, pokud se u pojištěné osoby jedná o první výskyt daného typu alergie.
6. Asistenční služby dle článku 6 VPP jsou pojištěné osobě poskytnuty pouze v případě, že náklady na ošetření pojištěné osoby přesáhnou 5.000 Kč, případně ekvivalent v cizí měně. Jsou-li náklady na ošetření pojištěné osoby nižší než 5.000 Kč a pojištěná osoba se přesto rozhodne využít asistenčních služeb, je povinna uhradit náklady, které pojistiteli v souvislosti s poskytnutím asistenčních služeb vzniknou, nejméně však 1.500 Kč. Tyto náklady může pojistitel nebo asistenční služba odečíst od pojistného plnění.



Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Plus

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 120917 (dále jen „VPP“)

Odchylně od článku 3 odst. 1 VPP se pojištění v tarifu Welcome Plus sjednává v rozsahu „**nutné a neodkladné zdravotní péče**“ definované těmito smluvními ujednáními.

1. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle článku 3 odst. 5 písm. a) VPP (dispenzární péče).
2. Pojištění se odchylně od článku 3 odst. 5 písm. b) VPP nevztahuje na následná alergologická či imunologická vyšetření.
3. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle článku 3 odst. 5 písm. c) VPP (těhotenství) s výjimkou nutného ošetření při ohrožení života matky a dítěte v případě komplikací v těhotenství.
4. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle článku 3 odst. 5 písm. d), pokud není pojištění sjednáno na dobu alespoň jednoho roku.
5. Pojištění se nevztahuje na zdravotní péči dle článku 3 odst. 6 VPP (preventivní péče).

Smluvní ujednání pro zdravotní pojištění cizinců sjednané v tarifu Welcome Baby

Tato smluvní ujednání jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců. Obecné zásady zdravotního pojištění cizinců, které sjednává ERGO pojišťovna, a. s. jsou stanoveny ve Všeobecných pojistných podmínkách pro zdravotní pojištění cizinců – Welcome 120917 (dále jen „VPP“).

Pojištění se sjednává v rozsahu „**komplexní zdravotní péče**“ dle VPP.

1. Na pojištění sjednané v tomto tarifu se nevztahuje čekací doba na těhotenství dle článku 4 odst. 3 VPP.
2. Na pojištění sjednané v tomto tarifu se nevztahuje čekací doba na porod a následnou poporodní péči dle článku 4 odst. 4 VPP.
3. Rozsah pojištění u tohoto tarifu se rozšiřuje i na lékařskou péči o všechny nově narozené děti pojištěné osoby a to až do jednoho měsíce věku. Tato péče je v rozsahu „komplexní zdravotní péče“ a rozumí se jí nepřetržitá poporodní hospitalizace, jedna preventivní prohlídka u praktického lékaře po propuštění z porodnice a povinná očkování do maximálního limitu 1.000 Kč.



Informativní přehled rozsahu pojištění

Tarif Welcome	Baby	Komplex	Plus	Standard
Celkový limit na pojistnou událost	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR
Lékařský převoz	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR
Repatriace tělesných ostatků	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR
Zubní ošetření - úraz	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč
Ostatní stomatologie	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	ne
Ambulantně předepsané léky	ano	ano	ano	ne
Ošetření onemocnění léčitelných volně prodejnými léky	ano	ano	ano	ne
Těhotenství, komplikace v těhotenství, porod	ano	ano *)	ne **)	ne
Péče o novorozence	ano	ne	ne	ne
Asistenční služby	ano	ano	ano	ano ***)
Preventivní péče	ano	ano	ne	ne
Dispenzární péče	ano	ano	ne	ne

*) na těhotenství a porod se vztahují čekací doby v délce 3 a 8 měsíců

***) neplatí pro případ akutního ohrožení života

**) pouze v případě ošetření, jehož cena přesáhne 5.000 Kč