

**Skupinová pojistná smlouva
č. 5718000000**

mBank S.A.

se sídlem Warszawa, Senatorska 18, PSČ 00 950, Polská republika, zapsaná ve Vnitrostátním soudním rejstříku s č. zápisu 0000025237 a identifikačním číslem – REGON 001254524

působící v České republice prostřednictvím

mBank, S. A., organizační složka

se sídlem Pernerova 691/42, 186 00 Praha

IČ: 27943445

zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl A, vložka 58319

jejímž jménem jednájí:

Pawel Kucharski, vedoucí organizační složky

Zdeněk Rys, ředitel depozitních produktů, pojištění a investic

(dále jen "**pojistník**")

a

AXA životní pojišťovna a.s.

se sídlem: Lazarská 13/8, Praha 2, PSČ 120 00

IČ: 61 85 95 24 DIČ: CZ699001406

zapsaná u rejstříkového soudu v Praze oddíl B, vložka 2831

za kterou jednájí: Robert Gauci, předseda představenstva

Peter Socha, člen představenstva

(dále jen "**pojistitel**")

uzavírají tímto

podle zákona č. 89/2012., občanský zákoník (dále jen „**Občanský zákoník**“), tuto Pojistnou smlouvu o skupinovém pojištění č. 5718000000 (dále též jen „**pojistná smlouva**“ či „**smlouva**“)

Článek 1.

Úvodní ustanovení

1. Pro sjednané skupinové pojištění platí příslušná ustanovení Občanského zákoníku, Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu 1118TM/CZ , které obsahují zejména informace o rozsahu pojištění, plnění, výlukách z pojištění, právech a povinnostech jednotlivých účastníků pojištění a důsledcích jejich porušení, definici nepojistitelných osob, zásady a způsob výpočtu plnění a obsahují i Oceňovací tabulku chirurgických zákroků následkem úrazu 0212, která zejména stanovuje rozsah plnění (dále jen „PP“), které jsou nedílnou součástí této smlouvy jako její Příloha č. 1, a ustanovení této pojistné smlouvy.

Článek 2.

Výklad pojmů

Pro tuto pojistnou smlouvu se definují následující pojmy:

- Pojištěný** je fyzická osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje; Pojištěným je klient pojistníka, který je majitelem běžného účtu vedeného pojistníkem (dále též jen „Účet“), a který se přihlásil do pojištění (Pojistného programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti pojistné smlouvy skupinového pojištění (dále také „klient pojistníka“), přičemž bylo pojistiteli za něj následně uhrazeno pojistné odpovídající zvolené variantě Pojistného programu, ve smyslu této smlouvy. Pojištěným je rovněž manžel/manželka pojištěného klienta pojistníka, pokud je sjednána varianta Pojistného programu – plán Rodina a pojistiteli bylo za ně následně uhrazeno pojistné odpovídající zvolené variantě Pojistného programu.
- Pojistná událost** – nahodilá událost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistné období** – pravidelně se opakující časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí běžné pojistné. Pro účely této smlouvy je pojistným obdobím 1 měsíc.
- Pojistný program** – jednotlivé pojištění jednotlivého pojištěného poskytované ve variantách dle této pojistné smlouvy uvedených v čl. 3. odst. 3. této pojistné smlouvy. Pojistný program je též nazýván jako „Pojistný program mDoktor“ či jako „Program mDoktor“.

Článek 3. Předmět smlouvy

- Předmětem této smlouvy je závazek pojistitele poskytnout klientům pojistníka (pojištěným) pojištění a poskytnout pojistné plnění dle této smlouvy a PP, pokud nastane pojistná událost a závazek pojistníka hradit pojistné za pojištění jednotlivých pojištěných dle této smlouvy.
- Touto smlouvou se sjednává pojištění:
 - denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu - tarif 758B,
 - pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu - tarif 782B.
 Všechna uvedená pojištění lze sjednat pro jednotlivé pojištěné osoby pouze společně, a to v dále uvedených variantách Pojistného programu mDoktor.
- Pojištění se sjednává v následujících variantách Pojistného programu mDoktor:

	VARIANTA POJISTNÉHO PROGRAMU					
	KLASIK			PRÉMIUM		
	Individuální Plán	Plán Rodina		Individuální plán	Plán Rodina	
Pojištěná osoba	Klient	Klient + manžel/ka	děti Klienta	Klient	Klient + manžel/ka	děti Klienta
Typ pojištění	Pojistná částka					
Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu	500 Kč /den	500 Kč /den	250 Kč /den	800 Kč /den	800 Kč /den	400 Kč /den
Pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu	30 000 Kč	30 000 Kč	15 000 Kč	50 000 Kč	50 000 Kč	25 000 Kč
BONUS	3 000 Kč	3 000 Kč	1 500 Kč	5 000 Kč	5 000 Kč	2 500 Kč

4. Pojistitel vyplatí dvojnásobné pojistné plnění v případě, že k pojistné události u výše uvedených pojištění dojde během cesty pojištěného mimo území České republiky do jakéhokoli ze států Evropy.
5. Pojistitel vyplatí BONUS ve výši uvedené v odst. 3 tohoto článku v případě, kdy pojištěnému vznikl nárok na plnění z pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a rovněž na plnění z pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem téhož úrazu. Násobení dle předchozího odstavce se na BONUS dle tohoto odstavce nevztahuje.
6. Klient pojistníka se může přihlásit pouze do jedné z variant Pojistného programu.

Článek 4 **Přistoupení k pojištění**

1. Přistoupení k pojištění je právní jednání klienta pojistníka, které provede klient pojistníka přihlášením do pojištění (Pojistného programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti této pojistné smlouvy, pokud bylo pojistiteli za něj následně uhrazeno pojistné odpovídající zvolené variantě Pojistného programu, ve smyslu této smlouvy.
2. Podmínkou přijetí klienta pojistníka do pojištění je, že klient pojistníka:
 - a) byl seznámen a souhlasí s obsahem PP a této smlouvy,
 - b) je majitelem Účtu,
 - c) přihlásil se do pojištění (Pojistného programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti této pojistné smlouvy,
 - d) dosáhl věku 18 let a více a nepřekročil věk 63 let, resp. dítě dosáhlo věku 0 nepřekročilo 17, resp. 25 let,
 - e) nepatří mezi nepojistitelné osoby dle čl. 5 PP,
 - f) souhlasí s tím, aby zúčtování měsíčního pojistného za pojištění bylo provedeno formou trvalého příkazu z jeho Účtu.

Toto ustanovení platí přiměřeně i pro manžela/manželku a děti pojištěného.

3. Pro manžela/manželku či děti klienta pojistníka platí, že okamžikem přistoupení k pojištění se rozumí buď okamžik přistoupení k pojištění klienta pojistníka (případně za manžela/manželku v rámci plánu Rodina), pokud k tomuto okamžiku tyto osoby splňují podmínky definice podle čl. 2 odst. 8. resp. 9. této smlouvy, nebo okamžik následující po přistoupení klienta pojistníka k pojištění, ke kterému tyto osoby začaly splňovat podmínky definice podle čl. 2 odst. 8. resp. 9. této smlouvy. Uplatněním práva na pojistné plnění projeví manžel/manželka či děti klienta pojistníka souhlas s touto smlouvou a PP.

Článek 5 **Počátek, zánik a změna pojištění**

1. Počátek pojištění jednotlivého pojištěného je od 00:01 hodin dne následujícího po přistoupení k pojištění za předpokladu, že bude řádně a včas zapláceno příslušné pojistné.
2. První pojistné období pojištění jednotlivého pojištěného začíná dnem, který je uvedený v pojistném certifikátu. První měsíční pojistné za pojištěného klienta se hradí až za druhý kalendářní měsíc následující po měsíci, ve kterém nastal počátek pojištění jednotlivé pojištěné osoby, tj. den následující po telefonickém přihlášení do programu mDoktor (např. pokud se klient pojistníka přihlásí do pojištění 15. 9. 2018, počátek pojištění nastane 16. 9. 2018 a první měsíční pojistné se hradí za pojistné

období, které začíná 1. 11. 2018). Pojištění jednotlivého pojištěného se sjednává na dobu neurčitou. Pojištění nemůže být přerušeno.

3. Pojištěnému je poskytována pojistná ochrana po dobu, po kterou:
 - a) je v platnosti tato pojistná smlouva, a rovněž
 - b) nedošlo k některé z událostí uvedených v odst. 4 tohoto článku smlouvy.
4. Pojištění jednotlivé pojištěné osoby zaniká k první z následujících událostí, přičemž se zánikem pojištění klienta pojistníka zaniká i pojištění jeho manžela/manželky:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém přestal být pojištěný klient pojistníka majitelem Účtu,
 - b) dnem smrti pojištěného,
 - c) posledním dnem pojistného roku, ve kterém pojištěný klient pojistníka dosáhl věku 65 let, v případě dítěte 18 let, resp. 26 let,
 - d) odstoupením od jednotlivého pojištění nebo odmítnutím pojistného plnění;
V případě odstoupení od jednotlivého pojištění pozbývá takové pojištění od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku, pojistitel vrátí pojistníkovi již uhrazené pojistné (pokud již bylo uhrazeno) a účastníci pojištění si vrátí případná další plnění, které mezi nimi již proběhla;
 - e) pokud nesouhlasí pojistník se změnou pojistného podle čl. 6 odst. 8 a 9,
 - f) ke konci pojistného období, ve kterém došlo k zániku této smlouvy,
 - g) na základě žádosti pojištěného o ukončení pojištění (telefonické žádosti formou nahrávaného hovoru na určenou telefonickou linku pojistitele), přičemž jednotlivé pojištění končí posledním dnem pojistného období následujícím po pojistném období, ve kterém byla takováto žádost o ukončení doručena pojistiteli,
 - h) dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování zdravotního stavu a příčiny smrti,
 - i) posledním dnem pojistného období, ve kterém pojištěný zrušil souhlas s trvalým příkazem,
 - j) nezaplacením příslušného pojistného za první dvě pojistná období nejpozději do konce druhého pojistného období, pozbývá takovéto pojištění pojištěného klienta pojistníka od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku,
 - k) nezaplacením pojistného za následné pojistné období, za 3 po sobě následující pojistná období, nejpozději do konce takového třetího pojistného období; v takovémto případě dochází k ukončení pojištění pojištěného klienta pojistníka k poslednímu dni pojistného období, za které bylo pojistné uhrazeno,
 - l) zrušením jednotlivého pojištění pojištěným klientem pojistníka do 30 dnů ode dne, kdy za něj bylo pojistníkem řádně uhrazeno první pojistné, a to na základě jeho žádosti (telefonické formou nahrávaného hovoru na určenou telefonickou linku pojistitele) doručené pojistiteli; v tomto případě bude již uhrazené pojistné vráceno a pojištění pozbývá od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku.
5. Ukončení nebo zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění nemá vliv na účinnost této smlouvy ani na trvání dalších pojištění, která vznikla na základě této smlouvy, vyjma pojištění manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka.
6. Pojištěný klient pojistníka je oprávněn změnit variantu Pojistného programu jedenkrát ročně telefonickou žádostí na určenou telefonickou linku pojistitele formou nahrávaného hovoru. Nová varianta Pojistného programu je účinná počínaje následujícím pojistným obdobím po datu doručení/obdržení takovéto žádosti pojistitelem. Pokud došlo ke změně z varianty plán Rodina na Individuální plán, pojištění manžela/manželky a děti

pojištěného klienta pojistníka zanikají ke konci pojistného období, ve kterém byla takováto žádost o změnu pojistitelem obdržena.

7. Ke změně varianty z plánu Rodina na Individuální plán dochází v případech:
- a) zániku pojištění manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka v rámci plánu Rodina (dosažení věku 65let manžela/manželky dříve než věku 65 let dosáhne pojištěný klient pojistníka),
 - b) úmrtí manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka v rámci plánu Rodina. Ke změně varianty plánu dochází k nejbližšímu následujícímu pojistnému období poté, co pojištěný informoval o této skutečnosti pojistitele, pokud není mezi pojistníkem, pojištěným a pojistitelem dohodnuto jinak.
 - c) kdy pojistitel v rámci likvidace pojistné události zjistí, že manžel/manželka pojistníka při přistoupení do pojištění patřil/patřila mezi nepojistitelné osoby v smyslu čl. 5 PP, je pojištění takovéto osoby od počátku neplatné a neúčinné a ke dni počátku pojištění dojde ke změně z plánu Rodina na Individuální plán.
- V případě, kdy dojde ke změně z varianty Rodinný plán na variantu Individuální plán, dojde k okamžiku změny k zániku pojištění dalších pojištěných osob, tj. manžela/ky a dětí pojištěného klienta pojistníka.
8. Skutečnost, že v rámci sjednaného plánu Rodina došlo k úmrtí další pojištěné osoby - manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka nebo manžel/manželka pojištěného klienta pojistníka dosáhl/a věku 65let, je pojištěný klient pojistníka povinen písemně oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

Článek 6. Pojistné

1. Právo pojistitele na pojistné vzniká okamžikem vzniku pojištění podle ustanovení čl. 5 odst.1 této smlouvy.
2. Výše měsíčního pojistného je stanovena bez ohledu na pohlaví a zdravotní stav pojištěného a je uvedena v tabulce níže:

	VARIANTA POJISTNÉHO PROGRAMU			
	KLASIK		PREMIUM	
	Individuální Plán	Plán Rodina	Individuální plán	Plán Rodina
Pojištěná osoba	Klient	Klient + manžel/ka+ děti	Klient	Klient + manžel/ka+ děti
Měsíční pojistné/varianta*	190 Kč	380 Kč	310 Kč	620 Kč

*měsíční pojistné za variantu Pojistného programu zvolenou jednotlivým pojištěným klientem pojistníka je stanoveno ze základní pojistné částky dle čl. 3 ods.3

3. Na základě přistoupení pojištěného k pojištění a poskytnutí souhlasu se způsobem platby měsíčního pojistného ve výši vymezené touto smlouvou, pojistník provádí výběr měsíčního pojistného za pojištění od pojištěných formou trvalého příkazu ve prospěch sběrného účtu pojistníka. První měsíční pojistné za pojištěného klienta se hradí až za druhý kalendářní měsíc následující po měsíci, ve kterém nastal počátek pojištění jednotlivé pojištěné osoby, tj. den následující po telefonickém přihlášení do programu (např. pokud se klient pojistníka přihlásí do pojištění 15. 9. 2018, počátek pojištění

nastane 16. 9. 2018 a první měsíční pojistné se hradí za pojistné období, které začíná 1. 11. 2018).

4. Celkové měsíční pojistné za pojistnou smlouvu je rovno součtu měsíčního pojistného za všechna sjednaná pojištění jednotlivých pojištěných klientů pojistníka a manželů/manželek klientů pojistníka v daném měsíci. Souhrnnou částku měsíčního pojistného bude pojistník převádět ze sběrného účtu pojistníka jako pojistné na běžný účet AXA.
5. V případě zániku jednotlivého pojištění podle této smlouvy z jiného důvodu než z důvodu zániku této smlouvy, je pojistník povinen hradit pojistné za toto pojištění do konce pojistného období, v němž příslušné pojištění zaniklo.
6. V případě, že je pojistník v prodlení s úhradou pojistného, zašle pojistitel pojistníkovi upomínku o zaplacení pojistného. V upomínce pojistitel pojistníka poučí, že pojištění zanikne, nebude-li pojistné zaplaceno ani v dodatečné lhůtě, která musí být stanovena nejméně v trvání jednoho měsíce ode dne doručení upomínky. Marným uplynutím lhůty stanovené v upomínce zanikne každé jednotlivé pojištění. Smluvní strany se dohodly, že zánikem posledního z pojištění dle předchozí věty tohoto odstavce zaniká i tato smlouva.
7. V případě, že je pojistník v prodlení s úhradou pojistného, je pojistník povinen zaplatit pojistiteli smluvní pokutu ve výši 0,05 % z dlužné částky za každý den prodlení. Zaplacení smluvní pokuty nezbavuje pojistníka povinnosti zaplatit pojistiteli dlužné pojistné.
8. Pojistitel je oprávněn zahájit jednání s pojistníkem o valorizaci výše jednotkové sazby pojistného za druhý rok a další roky trvání smluvního vztahu, a to o míru inflace vyjádřené přírůstkem průměrného indexu spotřebitelských cen na základě vyhlášení Českého statistického úřadu, vypočítané za období 12 měsíců. Pojistitel je dále oprávněn zahájit jednání s pojistníkem o zvýšení pojistného i v případě, kdy škodní poměr v rámci pojištění přesáhne procento, se kterým pojistitel kalkuloval při určení výše pojistného. Škodním poměrem se pro účely této smlouvy míní součet pojistných plnění a změna stavu rezerv na pojistná plnění vůči součtu předepsaného pojistného a změny stavu rezerv na nezasloužené pojistné. Návrh změny výše pojistného dle tohoto odstavce musí být pojistníkovi oznámen nejméně 6 kalendářních měsíců před začátkem příslušného období, od kterého má být nově stanovené pojistné účinné, nově stanovené pojistné se bude vztahovat na všechna pojištění, za která bude pojistník od účinnosti změny pojistného platit pojistiteli pojistné.
9. Pokud do tří měsíců (nebo v jiné lhůtě dohodnuté mezi stranami) od okamžiku, kdy byl pojistník o návrhu změny podle odst. 8 tohoto článku informován, nedojde k dohodě smluvních stran ohledně této změny, zanikne každé jednotlivé pojištění, a to uplynutím pojistného období každého jednotlivého pojištění, ve kterém uplyne výše uvedená lhůta k uzavření dohody. Smluvní strany se dohodly, že zánikem posledního z pojištění dle předchozí věty tohoto odstavce zaniká i tato smlouva.

Článek 7

Práva a povinnosti smluvních stran

1. Pojistník se pojistnou smlouvou zavazuje:
 - a) seznámit svého klienta (ještě před přistoupením k pojištění) s obsahem této smlouvy a PP (a přiměřeně, prostřednictvím svého pojištěného klienta, zajistit totéž ve vztahu k manželce/manželovi pojištěného klienta), upozornit ho na důsledky spojené s tím, že se nestává pojistníkem ve smyslu § 93 zák. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění (dále jen „zákon o distribuci“), a za tímto účelem zveřejnit na svém webovém sídle nebo jiném, pro pojištěné volně přístupném místě, tuto smlouvu a PP,

- b) zařadit do pojištění všechny své klienty, kteří po datu účinnosti této smlouvy provedli právní jednání přistoupení k pojištění,
- c) platit pojistiteli pojistné za poskytované pojištění podle čl. 6 této smlouvy,
- d) zajistit souhlas klientů pojistníka, kteří přistoupili k pojištění, se zpracováním a předáváním jejich osobních údajů pojistiteli za účelem pojištění dle této pojistné smlouvy,
- e) v případě pojistné události poskytnout pojistiteli součinnost při vyřizování pojistných událostí, je-li to potřebné ke zpracování podkladů z pojištění jednotlivých pojištěných. Pojistník se dále zavazuje odevzdat bezodkladně pojistiteli jakoukoli písemnou žádost, oznámení o pojistné události či jiné dokumenty předané/doručené pojistníkovi pojištěnou osobou týkající se sjednaného pojištění,
- f) neprodleně informovat pojištěného klienta písemnou formou o jakékoli události související se změnou nebo zánikem pojištění, pokud tuto skutečnost po vzájemné písemné dohodě nebo na základě této smlouvy neoznamuje pojistitel.
- g) plnit povinnosti pojistníka dle § 4 zákona o distribuci
- h) zajistit, aby jeho pracovníci, kteří se podílí na nabízení možnosti stát se pojištěným měli odborné znalosti a dovednosti, které jsou přiměřené rozsahu činnosti, kterou skutečně vykonávají

2. Pojistitel se pojistnou smlouvou zavazuje:

- a) poskytnout pojistníkovi součinnost nezbytnou k plnění předmětu pojistné smlouvy,
- b) oznamovat pojistníkovi skutečnosti vedoucí k zániku pojištění,
- c) informovat na žádost pojistníka dohodnutým způsobem o oznámených škodných událostech, výsledku šetření škodných událostí a rozsahu pojistného plnění z pojistných událostí,
- d) informovat na žádost pojistníka o případech, kdy na základě šetření škodných událostí odstoupil od jednotlivého pojištění nebo odmítl pojistné plnění,
- e) poskytnout pojistníkovi nebo jím zmocněným osobám, které vstupují do kontaktu se zájemci o pojištění a pojištěnými, bezplatně školení,
- f) zajistit pravidelnou komunikaci s pojistníkem včetně určení odpovědné osoby,
- g) informovat pojištěného klienta pojistníka písemnou formou o jakékoliv události související se vznikem a změnami Pojistného programu, s výjimkou změn požadovaných pojistníkem; takové změny je pojistník povinen oznámit sám pojištěnému,
- h) informovat pojištěného klienta pojistníka o zániku Pojistného programu, ke kterému došlo na základě žádosti pojištěného klienta pojistníka,
- i) zaslat všem pojištěným klientům pojistníka elektronicky, případně i jinou s klientem dohodnutou formou, soubor dokumentů (Pojistné podmínky, Pojistný certifikát, Informace o pojistném programu, Informace o zpracování osobních údajů IZOU, marketingová brožura, IPID a průvodní list) týkajících se pojištění poskytovaného v rámci Pojistného programu (též jen „Pojistná dokumentace“).

3. Smluvní strany se dohodly, že jsou oprávněny používat logo druhé smluvní strany pouze po předchozím písemném souhlasu smluvní strany, jejíž logo má být použito. Smluvní strana není oprávněna používat bez předchozího písemného souhlasu druhé smluvní strany její logo na žádných materiálech a/nebo dokumentech, které souvisí s předmětem této smlouvy anebo s pojištěním. Podmínky a způsob užití loga budou odsouhlaseny mezi smluvními stranami v písemné formě.

Článek 8 Salvátorská klauzule

1. Je-li nebo stane-li se některé ustanovení této smlouvy neplatné či neúčinné, nedotýká se to ostatních ustanovení této smlouvy, která zůstávají platná a účinná. Smluvní strany se

v tomto případě zavazují dohodou bez zbytečného odkladu nahradit ustanovení neplatné/neúčinné novým ustanovením platným/účinným, které nejlépe odpovídá původně zamýšlenému účelu ustanovení neplatného/neúčinného. Do té doby platí odpovídající úprava obecně závazných právních předpisů České republiky.

Článek 9 Trvání a ukončení smlouvy

1. Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.
2. Tato pojistná smlouva se sjednává do doby, kdy dojde k zániku posledního jednotlivého pojištění jednotlivého pojištěného klienta pojistníka, sjednaného dle této smlouvy.
3. Tato smlouva dále zaniká:
 - a) v důsledku nezaplacení pojistného dle čl. 6 odst. 6 této smlouvy,
 - b) nastane-li situace uvedená v ustanovení čl. 6 odst. 9 této smlouvy,
 - c) uplynutím výpovědní doby v délce tří měsíců počítaných od doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně,
 - d) dalšími způsoby uvedenými v Občanském zákoníku.
4. Dojde-li k zániku této smlouvy, nejsou smluvní strany zproštěny od povinnosti řádného a včasného splnění těch svých závazků, které jsou výslovně zakotveny v této smlouvě nebo vyplývají z platných právních předpisů, a které vznikly v době trvání této smlouvy, a to i v případech, kdy doba trvání těchto závazků přesahuje účinnost této smlouvy.

Článek 10 Závěrečná ustanovení

1. Právní vztahy z pojištění se řídí právními předpisy České republiky, zejména ustanoveními Občanského zákoníku a PP a dalšími dokumenty, uvedenými v čl. 1. odst. 1. této smlouvy.
2. Pojistník svým podpisem stvrzuje, že byl ještě před uzavřením smlouvy řádně informován v souladu s § 1811, § 1820 a § 2760 Občanského zákoníku a že byl před uzavřením smlouvy rovněž plně seznámen s pojistnými podmínkami pojistitele.
3. V případě, že jednáním pojistníka v rozporu s jeho povinnostmi při nabízení skupinového pojištění dle zákona o distribuci vznikne pojistiteli škoda, včetně uložené správní sankce, zavazuje se jí pojistník pojistiteli nahradit bez zbytečného odkladu po obdržení výzvy k úhradě. Pojistitel a pojistník se zavazují poskytovat si vzájemně součinnost nezbytnou k plnění povinností při nabízení možnosti stát se pojištěným dle § 4 zákona o distribuci a při prokazování jejich plnění orgánu dohledu.
4. V případě rozporu mezi ustanoveními této smlouvy a ustanoveními PP má přednost smlouva. Za rozpor se nepovažuje, pokud PP obsahují podrobnější úpravu, na kterou tato smlouva odkazuje.

5. Smluvní strany se dohodly, že podpisem této smlouvy oběma smluvními stranami se tato smlouva stává rovněž pojistkou ve smyslu Občanského zákoníku.
6. Tato smlouva je vyhotovena ve dvou vyhotoveních, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Smlouvu lze měnit pouze písemně, formou chronologicky číslovaných a oběma stranami podepsaných dodatků.
7. Obě smluvní strany prohlašují, že si tuto smlouvu přečetly, posoudily její obsah a neshledávají jej rozporným a dále, že smlouva byla uzavřena na základě jejich pravé a svobodné vůle po pečlivém zvážení všech okolností a vzájemném vysvětlení jejího obsahu.

Přílohy:

Příloha č. 1 Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu 1118TM/CZ (mDoktor) a Oceňovací tabulka chirurgických zákroků následkem úrazu 0212

Příloha č. 2 – Informační dokument o pojistném produktu (IPID)

Příloha č. 3 – Produktová karta

Příloha č. 4 – Informace o zpracování osobních údajů (IZOU)

V Praze dne

Za mBank, S.A.

.....

Pawel Kucharski,
vedoucí organizační složky

.....

Zdeněk Rys, ředitel depozitních produktů,
pojištění a investic

V Praze dne

Za AXA životní pojišťovna a.s.:

.....

Robert Gauci, předseda představenstva

.....

Peter Socha, člen představenstva

Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu 1118TM/CZ (mDoktor)

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pro skupinové pojištění, které sjednává AXA životní pojišťovna a.s., platí příslušná ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, tyto Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu 1118TM/CZ a Oceňovací tabulka chirurgických zákroků následkem úrazu 0212 (dále jen „pojistné podmínky“ nebo „PP“) a ujednání Skupinové pojistné smlouvy. Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojistitelem se rozumí AXA životní pojišťovna a.s., IČ: 61 85 95 24, se sídlem Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, kontaktní adresa – AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 488/8, 602 00 Brno, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl B, vložka 2831, provozující pojišťovací činnost v oblasti životního pojištění a rovněž v pojistných odvětvích uvedených v části B bodech 1 a 2 přílohy k zákonu č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (tj. úrazové pojištění a pojištění nemocí) a dále činnosti přímo vyplývající z povolené činnosti (dále jen „pojistitel“).

Článek 2. Výklad pojmů

Pro účely tohoto pojištění jsou následující pojmy vymezeny takto:

pojistník – právnická osoba, která má s pojistitelem uzavřenou platnou pojistnou smlouvu; pojistníkem je mBank S.A., se sídlem Warszawa, Senatorska 18, PSČ 00 950, Polská republika, zapsaná ve Vnitrostátním soudním rejstříku s č. zápisu 0000025237 a identifikačním číslem – REGON 001254524, působící v České republice prostřednictvím mBank, S. A., organizační složka se sídlem Sokolovská 668/136 d, 186 00 Praha IČ: 27 94 34 45 zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl A, vložka 58319 (dále též jen „mBank“)

pojištěný – fyzická osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje; Pojištěným je klient pojistníka:

- který je majitelem běžného účtu vedeného pojistníkem (dále též jen „Účet“) a
- který se přihlásil do pojištění (Pojistného programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti pojistné smlouvy skupinového pojištění, přičemž bylo pojistiteli za něj následně uhrazeno pojistné odpovídající zvolené variantě Pojistného programu, ve smyslu této smlouvy

Pojištěným je rovněž manžel/manželka a děti pojištěného klienta pojistníka, pokud je sjednána varianta Pojistného programu – plán Rodina a pojistiteli bylo za ně následně uhrazeno pojistné odpovídající zvolené variantě Pojistného programu,

pojištění – pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu,

chirurgický zákrok – chirurgický výkon provedený lékařem na pacientovi. Jedná se o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pacienta nebo výkon, který vede k odstranění okolností hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností. V případě chirurgického zákroku provedeného ve státech Evropy (mimo České republiky) se chirurgickým zákrokem rozumí pouze chirurgický výkon v přímé souvislosti s bezprostředně život ohrožujícím nebo urgentním stavem.

hospitalizace - pobyt v nemocnici z lékařského hlediska nezbytný, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v její lůžkové části, která je pod stálým lékařským dozorem, a tato nemocnice disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými právními předpisy,

pojistný program – pojištění jednotlivého pojištěného poskytované ve variantách dle pojistné smlouvy. Pojistný program je též nazýván jako „pojistný program mDoktor“ či jako „program mDoktor“ a je poskytován ve variantách KLASIK, a PREMIUM. Každou z těchto variant je možné sjednat jako Individuální plán nebo jako plán Rodina,

Individuální plán/Individual – v rámci pojistné smlouvy je pojištěnou osobou klient pojistníka,

plán Rodina/Rodina – v rámci pojistné smlouvy je pojištěnou osobou kromě klienta pojistníka též manžel/manželka a děti pojištěného klienta pojistníka, přičemž tato skutečnost bude uvedena v ujednáních pojistné smlouvy;

manžel/manželka – osoba, jež s pojištěným klientem pojistníka uzavřela manželství či pro účely těchto pojistných podmínek i registrované partnerství dle příslušných právních předpisů a k datu její pojistné události je manželem/manželkou pojištěného klienta pojistníka,

děti – všechny děti pojištěného klienta pojistníka, vlastní nebo nezrušitelně osvojené, do maximálního věku uvedeného v pojistné smlouvě,

oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění;

pojistná smlouva – Skupinová pojistná smlouva č. 5718000000 uzavřená mezi pojistníkem a pojistitelem, dle které jsou pojištěny pojištěné osoby a která stanoví podmínky jejich pojištění a jejíž nedílnou součástí jsou tyto pojistné podmínky

skupinové pojištění – soubor pojištění, které se vztahuje na skupinu jednotlivých pojištěných blíže vymezených v pojistné smlouvě. Není-li v pojistné smlouvě či v podmínkách dále stanoveno jinak, lze činit právní jednání týkající se pouze jednotlivého pojištění jednotlivého pojištěného

pojistný rok - roční období začínající dnem počátku pojištění jednotlivého pojištěného, na která se dělí pojistná doba,

pojistný certifikát – potvrzení o vzniku pojištění vystavené pojistitelem pojištěným osobám,

vstupní věk – věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného, vstupní věk pojištěného je 18 – 63 let, v případě dítěte je vstupní věk 0–17, resp. 25 let. v případě, kdy je dítě studentem denního studia na vysoké škole a zároveň žije ve společné domácnosti s pojištěným klientem pojistníka,

výstupní věk – maximální věk pojištěného stanovený pro určité pojištění, kde věk pojištěného je dán rozdílem kalendářního roku konce pojistného roku a kalendářního roku narození pojištěného. Pojištění zaniká nejpozději koncem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne výstupního věku, tj. 65 let. Výstupní věk dítěte je 18 let, resp. 26 let, v případě, kdy je dítě studentem denního studia na vysoké škole a zároveň žije ve společné domácnosti s pojištěným klientem pojistníka,

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), které způsobilo tělesné poškození pojištěného nebo jeho smrt. Za úraz se považuje také úder blesku, utonutí, nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu, udušení výlučně následkem úrazu, nemoc vzniklá výlučně následkem úrazu, místní zhnisání po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem a dále také úraz, který vznikl jako následek mikrospláchnutí nebo nevolnosti a újma na zdraví způsobená pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které slouží k vyléčení následků úrazu.

• za úraz se nepovažuje:

- úraz, jehož podstatnou příčinou je již dříve přítomný úraz nebo onemocnění, či zhoršení dříve přítomné nemoci v důsledku úrazu, nebo úraz, jehož léčení či trvalé následky vzniklé v jeho důsledku byly v podstatné míře ztíženy či zhoršeny již dříve přítomným úrazem nebo onemocněním,
- náhlá cévní příhoda a amocce sítnice,
- poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle,
- aseptické záněty tíhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů,
- přerušení degenerativně změněných orgánů (např. Achillova šlacha, meniskus) malým nepřímým násilím a porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetětí z vnějšku,
- organicky podmíněné poruchy nervového systému, vyjma těch, které jsou způsobeny poškozením při úrazu,

• za následky úrazu se nepovažují duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily v souvislosti s úrazem,

nemoc - změna fyzického anebo psychického zdraví, jejíž první příznaky nastaly po počátku pojištění (resp. po uplynutí čekací doby), a to bez ohledu na to, zda a kdy pojištěný vyhledal lékaře, resp. kdy byla nemoc diagnostikována.

Oceňovací tabulka - oceňovací tabulka chirurgických zákroků následkem úrazu 0212 platná v době uzavření pojistné smlouvy, která stanovuje maximální plnění pro jednotlivé chirurgické zákroky a která je nedílnou součástí uzavřené pojistné smlouvy,

Evropa – státy Evropské unie a Švýcarsko, Norsko, Island, Černá Hora, Bosna a Hercegovina, Srbsko, Makedonie, Andorra, Lichtenštejnsko, Monako, San Marino a Vatikán, Spojené království Velké Británie a Severního Irska.

cesta – znamená soukromou nebo služební cestu nepřesahující 60 po sobě následujících dnů od data odjezdu do Evropy, s výjimkou ČR, do dne návratu, (v případě, že soukromá nebo služební cesta trvá více než 60 dní, od 61. dne již není považována za cestu ve smyslu těchto pojistných podmínek),

Článek 3. Předmět pojištění

1. Pojistitel sjednává skupinové pojištění jako pojištění obnosové.
2. V rámci skupinového pojištění je možné za podmínek uvedených v těchto pojistných podmínkách sjednat pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu (tarif 758B) a pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu (tarif 782B).

Článek 4. Podmínky přistoupení k pojištění

1. Podmínkou přistoupení k Pojištění klientů pojistníka je, že klienti pojistníka:
 - a) byli seznámeni a prokazatelně souhlasí s obsahem pojistné smlouvy a těchto PP,
 - b) jsou majiteli Účtu
 - c) přihlásili se do pojištění (Pojistného programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti pojistné smlouvy,
 - d) dosáhli věku 18 let a více a nepřekročí věk 63 let, resp. dítě dosáhlo věku 0 až 17 let a nepřekročilo 18, resp. 26 let,
 - e) nepatří mezi nepojistitelné osoby dle čl. 5 PP,
 - f) souhlasí s tím, aby zúčtování měsíčního pojistného za pojištění bylo provedeno formou trvalého příkazu z jejich Účtu.
2. Ustanovení předchozího odstavce platí přiměřeně i pro manžela/manželku a děti pojištěného.
3. Potvrdí-li klient pojistníka přistoupením k pojištění podmínky přijetí k pojištění uvedené v odst. 1, tohoto článku a vyjde-li najevo, že klient pojistníka tyto podmínky při přihlášení k pojištění nesplňoval, je povinen uhradit pojistiteli náklady vzniklé přihlášením k pojištění. Přiměřeně se toto ustanovení použije i na manželku/manžela či děti klienta pojistníka.

Článek 5. Nepojistitelné osoby

1. Pojištění podle pojistné smlouvy a těchto pojistných podmínek nelze poskytnout nepojistitelným osobám, tj. takovéto osoby nemohou přistoupit k pojištění (nemohou pojištění platně sjednat) a nemohou se stát pojištěnými osobami; na nepojistitelné osoby se pojistná ochrana nevztahuje. Nepojistitelnými osobami jsou:
 - a) profesionální pyrotechnici, záchranáři zapojení do integrovaného záchranného systému, artisté, kaskadéři, krotitelé, akrobati, speleologové, horníci, průzkumníci nerostných surovin, pracovníci pracující s výbušninami (výroba, doprava, skladování) nebo zařízeními obsahujícími výbušniny, pracovníci v zařízeních na těžbu ropy anebo plynu, dřevorubci, profesionální potápěči, piloti a palubní personál dopravních a vojenských letadel, posádky námořních plavidel, osoby přepravující hotovost, pracovníci v jaderných zařízeních,
 - b) vojáci, profesionální hasiči, policisté, policejní agenti a osoby zpravodajských služeb s výjimkou pracovníků vykonávajících v rámci těchto povolání výlučně administrativní činnost,
 - c) osoby zabezpečující ochranu osob, pracovníci důlní a horské záchranné služby, vojáci a policisté útvaru rychlého nasazení a podobné speciální jednotky, profesionální sportovci,
 - d) osoby, které mají z titulu zdravotních problémů omezenou pohyblivost a/nebo limitované schopnosti v zaměstnání anebo v běžném životě, osoby, kterým byl přiznán invalidní důchod (plný i částečný, resp. pro invaliditu I. – III. stupně),
 - e) osoby postižené nervovou nebo duševní poruchou/onemocněním; osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách,
 - f) osoby s těžkým zdravotním postižením (např. trpícími závažným srdečně-cévním onemocněním, slepotou, závažnými revmatickými těžkostmi, roztroušenou sklerózou, jiné demyelinizační onemocnění CNS),
 - g) trpící cukrovkou (jakéhokoliv stupně),

- h) osoby, které jsou pojištěny na jakékoliv další pojistné smlouvě sjednané s pojistitelem, a součet pojistných částek sjednaných pro dané riziko pro tyto pojištěné přesahuje maximum stanovené interními pravidly pojistitele.
2. Profesionál je definovaný jako osoba, které plyne větší část příjmů z dané činnosti nebo z aktivit souvisejících s danou činností.
 3. V případě, že toto pojištění bude poskytnuto osobě, která je v okamžiku vstupu do pojištění (tj. v okamžiku, kdy došlo ke vzniku jejího pojištění, resp. kdy by ke vzniku jejího pojištění došlo) osobou nepojistitelnou, je pojištění takovéto osoby od počátku neplatné a neúčinné. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi a pojištěnému oznámení o tom, že pojištění takovéto osoby je od počátku neplatné a neúčinné a pojistník, pojištěný a pojistitel jsou povinni si v takovém případě vrátit veškerá plnění, která byla na základě pojistné smlouvy, související s takovýmto pojištěním jednotlivé pojištěné osoby, poskytnuta.
 4. Pokud se v důsledku nepojistitelnosti osoby změni plán Rodina na Individuální plán, výše pojistného se mění k nejbližšímu pojistnému období následujícímu po dni, který je rozhodný pro změnu Pojistného programu. Pokud je sjednán plán Rodina a v průběhu trvání pojistné smlouvy/ pojištění dojde k změně manžela/ky pojistníka a tato osoba je ke dni vstupu do pojištění (t.j. ke dni vzniku manželství s pojistníkem) nepojistitelnou osobou, dochází ke změně z plánu Rodina na Individuální plán k nejbližšímu pojistnému období následujícímu po dni, ve kterém takováto osoba vstoupila do pojištění (tj. kdy se takováto osoba stala pojištěnou osobou), tedy uzavřela manželství s pojistníkem.

Článek 6. Vznik, trvání, zánik a změny pojištění

1. Pojištění vzniká v 00.01 hodin dne následujícího po přistoupení k pojištění (v rámci telemarketingové nabídky) za předpokladu, že bude řádně a včas zapláceno příslušné pojistné.
2. První pojistné období pojištění jednotlivého pojištěného začíná dnem, který je uveden v pojistném certifikátu. První měsíční pojistné za pojištěného klienta se hradí až za druhý kalendářní měsíc následující po měsíci, ve kterém nastal počátek pojištění jednotlivé pojištěné osoby, tj. den následující po telefonickém přihlášení do programu mDoktor (např. pokud se klient pojistníka přihlásí do pojištění 15. 9. 2018, počátek pojištění nastane 16. 9. 2018 a první měsíční pojistné se hradí za pojistné období, které začíná 1. 11. 2018). Pojištění jednotlivého pojištěného se sjednává na dobu neurčitou. Pojistné období pojištění je 1 měsíc. Pojištění nemůže být přerušeno.
3. Pojištění jednotlivého pojištěného zaniká první z následujících událostí:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém přestal být pojištěný klient pojistníka majitelem Účtu ,
 - b) dnem smrti pojištěného,
 - c) posledním dnem pojistného roku, ve kterém pojištěný klient pojistníka dosáhl věku 65 let; v případě dítěte 18 let, resp. 26 let.,
 - d) odstoupením od jednotlivého pojištění nebo odmítnutím pojistného plnění.
V případě odstoupení od jednotlivého pojištění pozbývá takové pojištění od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku, pojistitel vrátí pojistníkovi již uhrazené pojistné (pokud již bylo uhrazeno) a účastníci pojištění si vrátí případná další plnění, které mezi nimi již proběhla;
 - e) nesouhlasí-li pojistník se změnou měsíčního pojistného dle pojistné smlouvy, za podmínek dle pojistné smlouvy,
 - f) ke konci pojistného období, ve kterém došlo k zániku pojistné smlouvy,
 - g) na základě žádosti pojištěného o ukončení pojištění (telefonické žádosti formou nahrávaného hovoru na určenou telefonickou linku pojistitele), přičemž jednotlivé pojištění končí posledním dnem pojistného období následujícím po pojistném období, ve kterém byla takováto žádost o ukončení doručena pojistiteli.
 - h) dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu se zjišťováním zdravotního stavu a příčiny smrti,
 - i) posledním dnem pojistného období, ve kterém pojištěný zrušil souhlas s trvalým příkazem,
 - j) nezaplacením příslušného pojistného za první dvě pojistná období nejpozději do konce druhého pojistného období, pozbývá takovéto pojištění pojištěného klienta pojistníka od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku,
 - k) nezaplacením pojistného za následné pojistné období, za 3 po sobě následující pojistná období, nejpozději do konce takového třetího pojistného období; v takovémto případě dochází k ukončení pojištění pojištěného klienta pojistníka k poslednímu dni pojistného období, za které bylo pojistné uhrazeno;

l) zrušením jednotlivého pojištění pojištěným klientem pojistníka do 30 dnů ode dne, kdy za něj bylo pojistníkem řádně uhrazeno první pojistné, a to na základě jeho žádosti (telefonické formou nahrávaného hovoru na určenou telefonickou linku pojistitele) doručené pojistiteli; v tomto případě bude již uhrazené pojistné vráceno a pojištění pozbývá od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku.

4. Pojištěný je oprávněn změnit variantu Pojistného programu jedenkrát ročně telefonickou žádostí na určenou telefonickou linku pojistitele formou nahrávaného hovoru. Nová varianta Pojistného programu je účinná počínaje následujícím pojistným obdobím po datu doručení/obdržení takovéto žádosti pojistitelem. Pokud došlo ke změně z varianty plán Rodina na Individuální plán, pojištění manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka zanikají ke konci pojistného období, ve kterém byla takováto žádost o změnu pojistitelem obdržena.

5. Ke změně varianty z plánu Rodina na Individuální plán dochází v případě:

– zániku pojištění manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka v rámci plánu Rodina (dosažení věku 65let manžela/ manželky dříve než věku 65 let dosáhne pojištěný klient pojistníka),

– úmrtí manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka v rámci plánu Rodina. Ke změně varianty plánu dochází k nejbližšímu následujícímu pojistnému období poté, co pojištěný informoval o této skutečnosti pojistitele, pokud není mezi pojistníkem, pojištěným a pojistitelem dohodnuto jinak.

– kdy pojistitel v rámci likvidace pojistné události zjistí, že manžel/ manželka pojistníka při přistoupení k pojištění patřil/patřila mezi nepojistitelné osoby v smyslu čl. 5 PP, je pojištění takovéto osoby od počátku neplatné a neúčinné a ke dni počátku pojištění dojde ke změně z plánu Rodina na Individuální plán.

V případě, kdy dojde ke změně z varianty Rodinný plán na variantu Individuální plán, dojde k okamžiku změny k zániku pojištění dalších pojištěných osob, tj. manžela/ky a dětí pojištěného klienta pojistníka.

6. Skutečnost, že v rámci sjednaného plánu Rodina došlo k úmrtí další pojištěné osoby - manžela/manželky pojištěného klienta pojistníka nebo manžel/manželka pojištěného klienta pojistníka dosáhl/a věku 65let, je pojištěný klient pojistníka povinen písemně oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

Článek 7. Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu (tarif 758B).

1. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v době trvání pojištění, která vznikla v důsledku úrazu. Pojistnou událostí je rovněž hospitalizace v souvislosti se stomatologickým ošetřením. Pojistná událost začíná okamžikem hospitalizace pojištěného a končí okamžikem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.
2. Pojistným nebezpečím je úraz, který vznikl v době trvání pojištění, ve smyslu čl. 2. PP – vymezení pojmu „úraz“, včetně omezení a výluk tam uvedených.
3. Pro účely poskytnutí pojistného plnění z pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu se počet dnů pobytu v nemocnici stanoví podle počtů půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.
4. V pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu se sjednává jednorázové plnění, které se stanoví jako součin sjednané pojistné částky (denní dávky) a příslušného počtu půlnocí hospitalizace (ve smyslu odst. 3 tohoto článku):

Počet půlnocí hospitalizace	Výše plnění pro osobu starší 6 let (od 7. narozenin, včetně dne narozenin)
1 – 365	Pojistná částka/denní dávka (dále jen „PČ“) x počet půlnocí hospitalizace

Počet půlnocí hospitalizace	Výše plnění pro dítě do 6 let věku (do 7. narozenin, bez dne narozenin)
1 – 365	PČ x dvojnásobek počtu půlnocí hospitalizace

5. V případě hospitalizace pojištěného na jednotce intenzivní péče (dále také „JIP“), je za půlnoci strávené na JIP poskytováno navíc další plnění, jehož výše se stanoví jako součin sjednané pojistné částky (denní dávky) a příslušného počtu půlnocí hospitalizace na JIP (ve smyslu odst. 3. tohoto článku), maximálně však za dobu 90 půlnocí pro jednu pojistnou událost.
6. Pojistitel vyplatí dvojnásobné pojistné plnění z pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu za předpokladu, že k úrazu a pojistné události dojde během cesty pojištěného mimo území České republiky do jakýchkoli států Evropy. Pokud dojde k úrazu a pojistné události na území České republiky, či mimo období definované jako cesta v článku 2 těchto PP (v jakémkoli státě Evropy) vyplatí Pojistitel z pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu pojistné plnění ve sjednané výši.
7. Pojistitel vyplatí BONUS ve výši uvedené ve Skupinové pojistné smlouvě v čl. 3 odst. 3 v případě, kdy pojištěnému vznikl nárok na plnění z pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a zároveň i na plnění z pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem téhož úrazu. Násobení dle odst. 6 se na BONUS dle tohoto odstavce nevztahuje.
8. Pokud dojde v době hospitalizace k dalšímu úrazu (tj. v případě souběžnosti nevyhnutelné hospitalizace v důsledku několika úrazů), započítává se hospitalizace ve dnech souběžnosti tak, že pojistitel poskytne pojistné plnění za každou noc hospitalizace pouze jednou.
9. Doba, za kterou je přiznána denní dávka, činí maximálně 1 rok pro každou pojistnou událost.
10. Pojištěný je povinen oznámit pojistnou událost bez zbytečného odkladu po skončení hospitalizace na formuláři pojistitele, ke kterému musí být přiložena propouštěcí zpráva a případně další doklady, které pojistitel považuje za nezbytné pro šetření pojistné události. Případné náklady na vystavení uvedených dokladů nese pojištěný.
11. Pojištěný je oprávněn žádat o dílčí plnění v případě dlouhodobé hospitalizace, v tomto případě musí být pojistiteli předloženy doklady o jejím trvání. Na základě těchto dokladů pojistitel vyplatí odpovídající dílčí plnění.
12. Pojistné plnění poskytne pojistitel nejpozději do 15 dnů ode dne, kdy skončilo šetření nutné ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit, není-li u jednotlivých druhů pojistného plnění uvedeno jinak. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněným osobě.

Článek 8. Pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu (tarif 782B).

1. Pojistnou událostí je podstoupení chirurgického zákroku pojištěným, ke kterému došlo v době trvání tohoto pojištění následkem úrazu, vzniklého v době trvání tohoto pojištění.
2. Pojistným nebezpečím je úraz, který vznikl v době trvání pojištění, ve smyslu čl. 2. PP - vymezení pojmu „úraz“, včetně omezení a výluk tam uvedených.
3. V pojištění chirurgického zákroku následkem úrazu se sjednává jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z dohodnuté pojistné částky. Toto procento odpovídá povaze a rozsahu náročnosti chirurgického zákroku, zároveň toto procento zohledňuje rozsah chirurgického zákroku na orgánu těla, tkáni a rovněž zohledňuje chirurgický zákrok na různých kostech podle jejich délky (chirurgický zákrok na delších kostech je pro účely tohoto pojištění považován za náročnější, chirurgický zákrok na kratších kostech je považován za méně náročný). Výše procenta rovněž zohledňuje vývoj lékařské vědy a praxe a stanoví se v souladu s Oceňovací tabulkou.
4. Pojistné plnění ve výši maximálního procenta z pojistné částky uvedeného v Oceňovací tabulce bude stanoveno při náročných/ obtížných výkonech, přičemž výkony s lehčím průběhem a při použití méně invazivních metod budou ohodnoceny nižší procentní hodnotou.
5. Minimální pojistné plnění bude v rozsahu jedné pětiny stanoveného maximálního procenta uvedeného v Oceňovací tabulce.
6. Pokud je v rámci jedné operace provedeno více chirurgických zákroků, bude vyplaceno pojistné plnění odpovídající jen zákroku ohodnocenému nejvyšším procentem.
7. Bude-li následkem jednoho úrazu pojištěnému provedeno několik chirurgických zákroků, stanoví se pojistné plnění součtem procent pro jednotlivé chirurgické zákroky, nejvýše však do výše pojistné částky, s výjimkou odst. 6. tohoto článku, kdy k součtu procent nedochází.

8. Pokud pojištěný podstoupil chirurgický zákrok krytý tímto pojištěním, který není výslovně uveden v Oceňovací tabulce, pojistitel určí výši plnění podle srovnání se zákrokem v této tabulce uvedeným, který je, co do stupně obtížnosti zohledňující vývoj lékařské vědy a praxe, nejbližší danému zákroku. Stupeň obtížnosti určí lékař pojistitele.
9. Pojistitel vyplatí dvojnásobné pojistné plnění z pojištění chirurgického zákroku následkem úrazu za předpokladu, že k úrazu a pojistné události dojde během cesty pojištěného mimo území České republiky do jakéhokoli ze států Evropy. Pokud dojde k úrazu a pojistné události na území České republiky, či mimo období definované jako cesta v článku 2 těchto PP (v jakémkoliv státě Evropy) vyplatí Pojistitel z pojištění chirurgického zákroku následkem úrazu pojistné plnění dle pojistné smlouvy.
10. Pojištěný je povinen oznámit pojistnou událost na formuláři pojistitele. V případě hospitalizace je vždy nutné doložit propouštěcí zprávu z hospitalizace a operační protokol. V případě, že k hospitalizaci nedošlo, je nutné přiložit vždy lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o provedeném chirurgickém zákroku a předchozím zdravotním stavu pojištěného. Případné náklady na vystavení uvedených dokumentů nese pojištěný.

Článek 9. Omezení a výluky

1. Pojistitel neposkytuje plnění za pojistné události, které nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi, invazí, vnitřními nepokoji, terorizmem (jaderným, biologickým a chemickým), jadernou katastrofou, epidemií, pandemií anebo při plnění služebních úkolů vojáků při zahraničních misích. Toto omezení plnění se nevztahuje na pojistné události, které nastaly v souvislosti s vnitřními nepokoji na území České republiky a v souvislosti s terorizmem i mimo území České republiky a oprávněná osoba prokáže, že se pojištěný na těchto událostech aktivně nepodílel na straně organizátorů nepokojů nebo teroristů
2. Z pojistné ochrany jsou vyloučena poškození, úrazy, onemocnění nebo poruchy zdraví, které nastaly nebo byly diagnostikovány před přistoupením k pojištění jednotlivého pojištěného, resp. pojistitel je oprávněn pojistné plnění z tohoto titulu snížit.
3. Pojistitel má právo odmítnout poskytnutí plnění:
 - a) došlo-li k pojistné události pojištěného v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestním činem, nebo kterým si úmyslně ublížil na zdraví, pokud není v pojistných podmínkách dále uvedeno jinak,
 - b) jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se pojistné události, jejího rozsahu anebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí,
 - c) nastala-li pojistná událost po uplynutí výstupního věku pojištěného.
4. Pojistitel může pojistné plnění odmítnout, byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události, kterou při přistoupení k pojištění nebo jeho změně nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti stanovené v § 2788 občanského zákoníku (povinnost k pravdivým sdělením) a při jejíž znalosti by při uzavírání smlouvy, resp. při sjednávání jednotlivého pojištění tuto smlouvu neuzavřel či takovéto jednotlivé pojištění nesjednal nebo pokud by smlouvu uzavřel či jednotlivé pojištění sjednal, tak za jiných podmínek.
5. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu polovinu:
 - a) pokud došlo k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k pojistné události došlo, to odůvodňují. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události,
 - b) v případě nedodržení léčebného režimu. Tím se rozumí zejména nerespektování pokynů lékaře při léčbě nebo zbytečný odklad vyhledání lékařského ošetření při vzniku úrazu.
6. Oprávněná osoba nemá právo na plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu jiná osoba.
7. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za úrazy vzniklé:
 - a) při řízení motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řidičského oprávnění,
 - b) při jízdě odcizeným motorovým vozidlem,

- c) při použití leteckých prostředků všeho druhu (včetně létání na bezmotorovém či motorovém rogalu a v kluzáku či balonu). Z pojistné ochrany nejsou vyloučeny úrazy, vzniklé při haváriích letadel na pravidelných i nepravidelných linkách,
 - d) při seskocích z letadel (parašutismu), paraglidingu a při bungee jumpingu,
 - e) při účasti na motoristických závodech, včetně přípravných jízd,
 - f) při účasti na soutěžích v lyžování a snowboardingu (mimo amatérských), ve skocích na lyžích, v jízdě na bobech a skeletonech, včetně přípravných skoků a jízd,
 - g) při výkonu horolezeckého sportu, nebo lezení po cvičných stěnách,
 - h) při vykonávání extrémních druhů sportu, kontaktních bojových sportu, vodních motorových sportů, jezdeckých závodů (vč. tréningu), potápění, které je prováděno profesionálně nebo jako součást povolání a pod.
 - i) při profesionálním provozování sportu včetně tréninku,
 - j)– následkem duševních poruch, všech poruch vědomí, které jsou způsobeny chorobami, následkem sebevraždy, pokusu o sebevraždu, jakož i úmyslného poškození vlastního zdraví,
 - k) následkem radioaktivního záření,
 - l) následkem poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle,
 - m) následkem kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné.
 - n) v souvislosti s vykonáváním následujících povolání nebo sportů:
 - o) profesionální pyrotechnici, záchranáři zapojení do integrovaného záchranného systému, artisté, kaskadéři, krotitelé, akrobati, speleologové, horníci, průzkumníci nerostných surovin, pracovníci pracující s výbušninami (výroba, doprava, skladování) nebo zařízeními obsahujícími výbušniny, pracovníci v zařízeních na těžbu ropy anebo plynu, dřevorubci, profesionální potápěči, piloti a palubní personál dopravních a vojenských letadel, posádky námořních plavidel, osoby přepravující hotovost, pracovníci v jaderných zařízeních,
 - p) vojáci, profesionální hasiči, policisté, policejní agenti a osoby zpravodajských služeb s výjimkou pracovníků vykonávajících v rámci těchto povolání výlučně administrativní činnost,
 - r) osoby zabezpečující ochranu osob, pracovníci důlní a horské záchranné služby, vojáci a policisté útvaru rychlého nasazení a podobné speciální jednotky, profesionální sportovci,
8. Pojistitel neposkytuje plnění za:
- vznik a zhoršení kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bércových vředů, diabetických gangrén, epikondylitit,
 - infekční nemoci, i když byly přeneseny v důsledku úrazu (kromě nákazy tetanem nebo vzteklinou při úrazu),
 - výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiné dorzopatie a z nich vyplývající poruchy nervů, nervových kořenů a pletení.
9. Pojistitel neposkytuje plnění také za hospitalizace:
- v rámci léčebného pobytu v lázeňském zařízení a sanatoriu a v rehabilitačním zařízení,
 - v souvislosti pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče, v léčebně pro dlouhodobě nemocné, a při pobytu pojištěného v ústavu sociální péče a na ošetřovně vojenského útvaru,
 - následkem použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
 - v souvislosti s kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - v souvislosti s operací, jejíž výkon byl stanoven příslušným odborným lékařem před počátkem pojištění a pojištěný při přistoupení k pojištění o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl,
 - při hospitalizaci v psychiatrické léčebně a jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - v souvislosti s pobytem v léčebnách alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - jako doprovod dítěte,
 - kratší než 24 hodin,
 - za dny, resp. noci, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval.
10. Pojistitel neposkytuje plnění také za chirurgické zákroky vyplývající z následujících případů a na následující chirurgické zákroky:
- vrozené vady a potíže z nich vyplývající,
 - potrat a interrupce vykonané bez lékařské indikace a s tím související komplikace,
 - tělesná poranění, která existovala před přistoupením k pojištění,
 - kosmetická nebo plastická chirurgie, kromě případů, kdy je nutná jako zákrok po úrazu krytém tímto pojištěním,

- běžná lékařská vyšetření, kontroly nebo zákroky v případech, kdy neexistovaly žádné objektivní náznaky zhoršení normálního zdraví, laboratorní testy, rentgenová vyšetření, CT vyšetření, léčebná ozařování, ultrazvuková vyšetření a zákroky,
- zubní ošetření nebo operace kromě těch, které jsou nutné v důsledku úrazu krytého tímto pojištěním a jsou provedeny na vlastním, nikoli umělém chrupu,
- případy způsobené požitím drog, léků nebo aplikací léčby nepředepsaných lékařem,
- případy způsobené přímo nebo nepřímo nemocí, a/nebo s nemocí související s HIV včetně AIDS,
- v souvislosti s psychiatrickým nebo psychologickým nálezem.

11. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, kdy obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu se zjišťováním zdravotního stavu.

Článek 10. Územní platnost

1. Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci a podstoupení chirurgického zákroku pro státy spadající do územní platnosti Evropa, přičemž za dále uvedených podmínek na státy mimo vymezené území. V případě chirurgického zákroku provedeného ve státech spadajících do územní platnosti Evropa (mimo České republiky) se chirurgickým zákrokem rozumí pouze chirurgický výkon v přímé souvislosti s bezprostředně život ohrožujícím nebo urgentním stavem. Podrobení se pojištěného chirurgickému zákroku mimo území Evropa podléhá předcházejícímu písemnému souhlasu pojistitele. Chirurgické zákroky provedené bez takového souhlasu nejsou pojistnou událostí.

Článek 11. Povinnosti pojištěného

1. Pojištěný/obmyšlená osoba je povinen/a:

- a) Pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající pojištění a nezamíčet nic podstatného. Za podstatné jsou pojistitelem považovány všechny okolnosti související s písemným dotazem.
- b) Podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků pojistné události, vyplnit formulář pojistitele „Oznámení pojistné události“, a zaslat jej na kontaktní adresu pojistitele: Úzká 488/8, 602 00 Brno a předložit k tomu doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a případně originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem. Pojištěný na vlastní náklady zajistí úředně ověřený překlad takových dokladů do českého jazyka.

V případě hospitalizace je vždy nutné doložit propouštěcí zprávu z hospitalizace a operační protokol. V případě, že k hospitalizaci nedošlo, je nutné přiložit vždy lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o provedeném chirurgickém zákroku a předchozím zdravotním stavu pojištěného.

- c) Řídit se pokyny pojistitele (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření; umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
- d) V případě pokud pojištěnou osobou je dítě ve věku 18 až 26 let, které je studentem denního studia na vysoké škole a zároveň žije ve společné domácnosti s pojištěným je povinné doložit pojistiteli potvrzení o návštěvě školy a doklad o trvalém bydlišti dítěte.
- e) Pojištěný je povinen písemně oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu skutečnost, že v rámci sjednaného plánu Rodina došlo k úmrtí další pojištěné osoby - manžela/manželky pojištěného nebo manžel/manželka pojištěného dosáhl/a výstupního věku. Pojištěný je rovněž povinen písemně oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu skutečnost, že došlo ke změně manžela/manželky a pojistníka, který/á je v okamžiku vstupu do pojištění (tj. v okamžiku, kdy došlo k uzavření manželství pojistníka s takovou osobou) nepojistitelnou osobou.

Článek 12. Ustanovení o osobních údajích

1. Pojištěný přistoupením do pojištění uděluje pojistiteli nebo jím pověřené osobě souhlas s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti a dalších citlivých údajů (např. biometrický nebo genetický údaj) a jejich zpracováním. Pojištěný dále souhlasí s nahlédnutím

pojistitele do jeho zdravotnické dokumentace za účelem zjišťování jeho zdravotního stavu nebo příčiny smrti. Tento souhlas poskytuje pojistiteli za účelem zjištění jeho zdravotního stavu nebo příčiny smrti, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události. Tento souhlas uděluje na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním. Tento souhlas uděluje pojištěný i zpracovatelům, se kterými pojistitel uzavřel smlouvu o zpracování osobních údajů a rovněž zajišťitelům. Uvedený souhlas je pojištěný povinen poskytnout pojistiteli rovněž v písemné podobě podpisem formuláře Oznámení o pojistné události, ve kterém je tento souhlas obsažen.

Pojištěný je povinen na vyžádání pojistitele mu kdykoliv bez zbytečného odkladu poskytnout v písemné podobě uvedený souhlas s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti a dalších citlivých údajů (např. biometrický nebo genetický údaj) a jejich zpracováním a s nahlédnutím pojistitele do jeho zdravotnické dokumentace za účelem zjišťování jeho zdravotního stavu nebo příčiny smrti.

Pojištění vzniká za podmínky souhlasu pojištěného s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu, příčiny smrti a dalších citlivých údajů. Jestliže pojištěný tento souhlas neudělí nebo odvolá, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění.

Článek 13. Forma právního jednání a doručování

1. Právní jednání týkající se pojištění a směřující ke změně nebo zániku jednotlivého pojištění musí být učiněna v písemné formě, pokud není uvedeno v pojistné smlouvě či v pojistných podmínkách jinak. Právní jednání v písemné formě musí být účastníkovi pojištění doručeno v souladu s ustanovením tohoto článku. Písemná forma je zachována i při právním jednání učiněném elektronickými nebo jinými technickými prostředky umožňujícími zachycení jeho obsahu a určení jednatelky osoby.
2. Požádá-li o to osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, sdělí pojistitel výsledek šetření pojistné události v písemné formě.
3. Právní jednání v písemné formě (dále jen „písemnost“) je adresátovi doručováno:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního právního předpisu, a to na poslední známou adresu adresáta, jemuž je písemnost určena;
 - b) elektronicky
 - c) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele.Je-li písemnost určena pojistiteli, adresa pro doručování je kontaktní adresa pojistitele: AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 488/8 602 00 Brno, Česká republika. Doručení zmocněnému zástupci pojistitele se považuje za doručení pojistiteli.
Je-li písemnost určena pojištěnému, doručuje se na adresu uvedenou při přistoupení k pojištění. Je-li písemnost určena pojistníkovi, doručuje se na adresu sídla pojistníka.
4. Nebyl-li adresát zastižen, bude písemnost uložena u držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 kalendářních dní ode dne jejího uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
5. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenou dnem odmítnutí přijetí.
6. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenou dnem, kdy byla zásilka vrácena jako nedoručená.
7. Veškerá právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

Článek 14. Ostatní ustanovení

1. Stížnosti a reklamace pojistníka, pojištěných a oprávněných osob vyřizuje pověřený zaměstnanec útvaru, do jehož činnosti stížnost nebo reklamace svým obsahem věcně směřuje. Podrobnosti pro vyřizování stížností a reklamací jsou stanoveny v Reklamačním řádu pro klienty finanční skupiny AXA. Stížnosti a reklamace je možné podávat ústně na pobočkách pojistitele nebo písemně. Se stížností je možné se obrátit také na Českou národní banku se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, jakožto dohledový orgán pojistitele.
2. Pojistník a pojištěný se může obrátit s návrhem na mimosoudní řešení sporů k Finančnímu arbitrovi České republiky, resp. České obchodní inspekci. Návrh na zahájení řízení před Finančním arbitrem lze podat písemně poštou, v elektronické podobě (e-mailem opatřeným zaručeným podpisem nebo

prostřednictvím datové schránky), osobně, resp. ústně do protokolu v sídle Kanceláře finančního arbitra; návrh na zahájení řízení u České obchodní inspekce lze podat prostřednictvím internetových stránek www.coi.cz.

3. Jazykem pro uzavření pojistné smlouvy a sjednání pojištění a pro komunikaci mezi pojistitelem, pojistníkem a pojištěným je český jazyk.
4. Pojistná smlouva/pojištění se řídí právním řádem České republiky. K řešení sporů jsou příslušné obecné soudy. Pojistitel upřednostňuje mimosoudní řešení sporů.
5. Orgánem dohledu je Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.
6. V případě sjednání pojištění formou prostředků komunikace na dálku pojistitel neúčtuje dodatečné náklady za použití prostředků komunikace na dálku. Pojištěnému sjednáním pojištění nevznikají žádné daňové povinnosti a pojistitel neúčtuje v této souvislosti žádné zvláštní poplatky.
7. Zájemce o sjednání pojištění má právo žádat pojistitele o poskytnutí dalších informací týkajících se pojištění.
8. Pojistitel se při své činnosti řídí etickým kodexem České asociace pojišťoven, který je uveřejněn na internetových stránkách České asociace pojišťoven www.cap.cz
9. Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dne 1. 11. 2018.



6. Oceňovací tabulka chirurgických zákroků následkem úrazu 0212

	Procento horního limitu pojistného plnění
Břícho	
1. Resekce střeva	do 70 %
2. Zrušení stomie.....	do 50 %
3. Resekce žaludku	do 50 %
4. Resekce jater.....	do 70 %
5. Resekce pankreatu	do 70 %
6. Odstranění sleziny operačně.....	do 50 %
7. Perianální absces, fisura, píštěl	do 15 %
8. Endoskopické vyšetření GITu a dutiny břišní.....	do 10 %
9. Endoskopické ošetření GITu a dutiny břišní	do 20 %
10. Punkce dutiny břišní.....	do 5 %
11. Drenáž dutiny břišní	do 15 %
12. Chirurgický zákrok v dutině břišní kromě zákroků specifikovaných v této tabulce	do 50 %

Pokud je během jedné operace provedeno více chirurgických zákroků, bude vyplaceno pojistné plnění pouze za jeden zákrok.

Hrudník	
13. Resekce plic, lobektomie.....	do 70 %
14. Zákroky v oblasti mediastina	do 50 %
15. Operace jícnu otevřenou cestou	do 50 %
16. Endoskopické vyšetření orgánů dutiny hrudní	do 10 %
17. Endoskopické ošetření orgánů dutiny hrudní	do 20 %
18. Punkce dutiny hrudní	do 5 %
19. Drenáž dutiny hrudní.....	do 15 %

Kardiiovaskulární systém	
20. Operace srdce	do 100 %
21. Operace velkých cév (bypass, aneurismata...)	do 100 %
22. Zákroky miniinvazivní kardiochirurgie	do 50 %

Urogenitální systém	
23. Odstranění ledviny	do 70 %
24. Resekce ledviny operačně.....	do 50 %
25. Operační zákroky v močovodu	do 30 %
26. Operační zákroky v močové trubici	do 15 %
27. Operační zákroky močového měchýře	do 20 %
28. Odstranění močového měchýře	do 40 %
29. Endoskopické vyšetření urogenitálního systému.....	do 10 %
30. Endoskopické výkony v urogenitálním systému.....	do 20 %
31. Odstranění jednoho varlete nebo nadvarlete	do 20 %
32. Odstranění obou varlat nebo nadvarlat.....	do 25 %
33. Odstranění dělohy a obou vaječníků s vejcovody	do 80 %
34. Odstranění dělohy.....	do 60 %
35. Chirurgická léčba vaječniku a vejcovodu	do 30 %
36. Plastika pánevního dna	do 50 %
37. Chirurgické výkony na vnějších pohlavních orgánech (vulvy, absces, Bartolínioho žlázy...)	do 15 %

Oko	
38. Odchlípení sítnice - vícečetné postižení.....	do 70 %
39. Odstranění oční bulvy (enukleace).....	do 100 %
40. Šití rohovky, šití spojivky	do 10 %
41. Laserové výkony v oblasti oka	do 10 %

Nos, krk, ucho, štítná žláza	
42. Operace vnějšího ucha	do 10 %
43. Operace středního ucha	do 20 %
44. Operace vnitřního ucha	do 30 %
45. Propíchnutí ušního bubínku (paracentéza)	do 5 %
46. Operace paranazálních dutin	do 25 %
47. Resekce submukózy	do 25 %
48. Operace nosní přepážky	do 10 %
49. Diagnostické vyšetření pomocí laryngoskopu.....	do 5 %

Hlava, nervy	
50. Chirurgický zákrok v dutině lebeční kromě trepanace a dekomprese	do 100 %
51. Odstranění kostí, trepanace nebo dekomprese	do 30 %
52. Operace obličejových kostí	do 50 %
53. Operace v míšním kanálu.....	do 80 %
54. Operace hlavních větví periferních nervů.....	do 80 %
55. Operace koncových větví periferních nervů	do 40 %

Pohybový systém	
56. Chirurgické výkony na svazech a šlachách	do 50 %
57. Napravení zlomeniny krátkých kostí bez operace	do 10 %
58. Napravení zlomeniny krátkých kostí miniinvazivní osteosyntézou	do 15 %
59. Napravení zlomeniny krátkých kostí operační	do 20 %
60. Napravení zlomeniny dlouhých kostí bez operace.....	do 40 %
61. Napravení zlomeniny dlouhých kostí miniinvazivní osteosyntézou	do 60 %
62. Napravení zlomeniny dlouhých kostí operační.....	do 80 %
63. Napravení vykloubení malých kloubů bez operace	do 10 %
64. Napravení vykloubení malých kloubů operační.....	do 20 %
65. Napravení vykloubení velkých kloubů bez operace.....	do 20 %
66. Napravení vykloubení velkých kloubů operační.....	do 40 %
67. Artrroskopické vyšetření malého kloubu a kloubu kolena	do 20 %
68. Artrroskopické ošetření malého kloubu a kloubu kolena.....	do 30 %
69. Artrroskopické vyšetření velkého kloubu kromě kloubu kolena	do 30 %
70. Artrroskopické ošetření velkého kloubu kromě kloubu kolena.....	do 50 %
71. Artrotomie malého kloubu a kloubu kolena.....	do 20 %
72. Artrotomie velkého kloubu kromě kloubu kolena.....	do 50 %
73. Operační zákroky na krátkých kostech (osteoplastiky, osteotomie...)	do 30 %
74. Operační zákroky na dlouhých kostech (osteoplastiky, osteotomie...)	do 70 %
75. Totální endoprotéza malého kloubu a kloubu kolena	do 30 %
76. Totální endoprotéza velkého kloubu kromě kloubu kolena	do 75 %
77. Operace meziobratlových plotének	do 70 %
78. Spondylochirurgické operace.....	do 75 %
79. Punkce kloubu.....	do 5 %
80. Amputace prstů.....	do 10 %
81. Amputace na úrovni ruky, nohy.....	do 20 %
82. Amputace na úrovni zápěstí, kotníku	do 30 %
83. Amputace na úrovni předloktí, bérce.....	do 40 %
84. Amputace na úrovni ramene	do 50 %
85. Amputace na úrovni stehna	do 60 %
86. Amputace v bederním, v ramenním kloubu	do 70 %

Kůže, chirurgické ošetření rány	
87. Do 5 cm	neplní se
88. Od 5 cm (včetně) do 10 cm	do 3 %
89. Nad 10 cm (včetně).....	do 5 %

V případě hluboké rány s nutností chirurgické léčby fascie a svalu se maximální pojistné plnění bude rovnat 1,4násobku výše uvedených procent.

Ošetření popálenin	
90. Popáleniny kůže II. stupně pokrývající 27 % a více tělesného povrchu ...	do 80 %
91. Popáleniny kůže II. stupně pokrývající 18 % a více, avšak méně než 27 % tělesného povrchu.....	do 40 %
92. Popáleniny kůže II. stupně pokrývající 9 % a více, avšak méně než 18 % tělesného povrchu	do 10 %
93. Popáleniny kůže II. stupně pokrývající 4,5 % a více, avšak méně než 9 % tělesného povrchu.....	do 5 %
94. Popáleniny kůže III. stupně pokrývající 27 % a více tělesného povrchu	do 100 %
95. Popáleniny kůže III. stupně pokrývající 18 % a více, avšak méně než 27 % tělesného povrchu.....	do 60 %
96. Popáleniny kůže III. stupně pokrývající 9 % a více, avšak méně než 18 % tělesného povrchu	do 30 %
97. Popáleniny kůže III. stupně pokrývající 4,5 % a více, avšak méně než 9 % tělesného povrchu.....	do 16 %
98. Úrazové a pouřazové operace kůže	do 20 %

Skupinové úrazové pojištění

Informační dokument o pojistném produktu



Společnost: AXA životní pojišťovna a.s.
Česká republika

Produkt: Skupinové pojištění – mDoktor

Úplné předmluvní a smluvní informace o produktu jsou uvedeny v jiných dokumentech: ve Skupinové pojistné smlouvě č. 5718000000., v Pojistných podmínkách pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a pro případ chirurgického zákroku následkem úrazu 1118TM/CZ (dále jen „PP“) a Oceňovací tabulce chirurgických zákroků následkem úrazů 0212 (dále jen „Oceňovací tabulka“).

O jaký druh pojištění se jedná?

Pojištění mDoktor poskytuje pojistné krytí pro případ hospitalizace následkem úrazu a chirurgického zákroku následkem úrazu. Pojištěnou osobou je klient pojistníka, a v případě varianty „Rodina“ i jeho manžel(ka) a děti.

Hospitalizací se pro účely tohoto pojištění rozumí pobyt v nemocnici z lékařského hlediska nezbytný, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru onemocnění či úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v její lůžkové části, která je pod stálým lékařským dozorem, a tato nemocnice disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými právními předpisy.

Chirurgickým zákrokem se pro účely tohoto pojištění rozumí chirurgický výkon provedený lékařem na pacientovi. Jedná se o výkon neodkladný nebo kontrolní, který vede k odstranění škodlivých příčin, způsobujících poruchu rovnováhy a souladu organismu pacienta, nebo výkon který vede k odstranění okolností, hrozících ztrátou tohoto souladu, a to pomocí chirurgických nástrojů a chirurgických dovedností. V případě chirurgického zákroku provedeného ve státech Evropy (mimo České republiky) se chirurgickým zákrokem rozumí pouze chirurgický výkon v přímé souvislosti s bezprostředně život ohrožujícím nebo urgentním stavem.



Co je předmětem pojištění?

- ✓ Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu.
- ✓ Pojištění chirurgického zákroku následkem úrazu.

Jaké je pojistné plnění?

Pojistné plnění v případě pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu se sjednává jako jednorázové a vypočítá se jako součin sjednané pojistné částky (denní dávky) a příslušného počtu půlnocí hospitalizace (max. 365 půlnocí pro jednu pojistnou událost). V případě hospitalizace pojištěného na jednotce intenzivní péče je plnění dvojnásobné (max. za dobu 90 půlnocí pro jednu pojistnou událost). Pojistné plnění je dvojnásobné v případě úrazu a pojistné události během nejvýše 60denní cesty po Evropě mimo území ČR.

Pojistné plnění v případě chirurgického zákroku následkem úrazu se sjednává jako jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta z dohodnuté pojistné částky. Toto procento odpovídá povaze a rozsahu náročnosti chirurgického zákroku, zároveň toto procento zohledňuje rozsah chirurgického zákroku na orgánu těla, tkáni a rovněž zohledňuje chirurgický zákrok na různých kostech podle jejich délky. Výše procenta se stanoví v souladu s Oceňovací tabulkou.

Pojistné plnění je dvojnásobné v případě úrazu a pojistné události během nejvýše 60denní cesty po Evropě mimo území ČR.

Pojistitel vyplatí BONUS ve výši uvedené v Certifikátu, v případě, kdy pojištěnému vznikl nárok na plnění z pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu a rovněž na plnění z pojištění pro případ chirurgického zákroku následkem téhož úrazu. Násobení dle předchozího odstavce se na BONUS dle tohoto odstavce nevztahuje.

V případě nezletilého pojištěného je pojistná částka 50 % z pojistné částky pojistníka.

- ✗ Na poškození, úrazy, které nastaly nebo byly diagnostikovány před uzavřením pojistné smlouvy, resp. před počátkem pojištění (dle toho, co z uvedeného nastane dříve).
- ✗ Na kosmetickou nebo plastickou chirurgii, kromě případů, kdy je nutná jako zákrok po úrazu krytém tímto pojištěním.



Existují nějaká omezení v pojistném krytí?

Pojištění se nevztahuje zejména na:

- ! Pojistné události, které nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi, invazí, vnitřními nepokoji nebo jadernou katastrofou, anebo při plnění služebních úkolů vojáků při zahraničních misích.
- ! Události vzniklé v souvislosti s úmyslným trestným činem, za který byl pojištěný pravomocně odsouzen, nebo kterým si úmyslně ublížil na zdraví.
- ! Úrazy, které vznikly následkem sebevraždy, pokusu o sebevraždu, jakož i úmyslného poškození vlastního zdraví.
- ! Úrazy, které vznikly při řízení motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řídičského oprávnění.
- ! Úrazy, které vznikly následkem vykonávání jakéhokoli profesionálního sportu včetně tréninku, při rizikových sportech nebo jiných činnostech se zvýšeným rizikem vzniku úrazu.
- ! Hospitalizace v souvislosti s operací a chirurgický zákrok, jejíž výkon byl stanoven příslušným odborným lékařem před počátkem pojištění a pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl.
- ! Hospitalizace v souvislosti pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče, v léčebně pro dlouhodobě nemocné a při pobytu pojištěného v ústavu sociální péče a na ošetrovně vojenského útvaru.
- ! Hospitalizace v rámci léčebného pobytu v lázeňském zařízení a sanatoriu a v rehabilitačním zařízení.
- ! Hospitalizace a chirurgický zákrok v souvislosti s kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné.
- ! Zubní ošetření nebo operace kromě těch, které jsou nutné v důsledku úrazu krytého tímto pojištěním a jsou provedeny na vlastním, nikoli umělém chrupu.



Na co se pojištění nevztahuje?

- ✗ Na pobyt v nemocnici, který není z lékařského hlediska nezbytný.
- ✗ Na pobyt v jiném zdravotnickém zařízení, než je definováno v čl. 2 PP pod pojmem „Hospitalizace“.
- ✗ Na hospitalizaci v důsledku úrazu, které se stane osobě, která je v pojistných podmínkách definovaná jako „nepojistitelná osoba“ v čl. 5. PP.

Pojišťovna je oprávněna snížit pojistné plnění zejména:

- ! Pokud došlo k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
- ! V případě nedodržení léčebného režimu. Tím se rozumí zejména nerespektování pokynů lékaře při léčbě nebo zbytečný odklad vyhledání lékařského ošetření při vzniku úrazu.

Upozornění: Úplný seznam omezení a výluk naleznete v čl. 9. PP.



Kde se na mne vztahuje pojistné krytí?

- ✓ Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci a podstoupení chirurgického zákroku pro státy spadající do územní platnosti Evropa (státy Evropské unie a Švýcarsko, Norsko, Island, Černá Hora, Bosna a Hercegovina, Srbsko, Makedonie, Andorra, Lichtenštejnsko, Monako, San Marino a Vatikán, Spojené království Velké Británie a Severního Irska), přičemž za dále uvedených podmínek na státy mimo vymezené území. V případě chirurgického zákroku provedeného ve státech spadajících do územní platnosti Evropa (mimo České republiky) se chirurgickým zákrokem rozumí pouze chirurgický výkon v přímé souvislosti s bezprostředně život ohrožujícím nebo urgentním stavem. Podrobení se pojištěného chirurgického zákroku mimo území Evropa podléhá předcházejícímu písemnému souhlasu pojistitele. Chirurgické zákroky provedené bez takového souhlasu nejsou pojistnou událostí.



Jaké mám povinnosti?

Povinnosti před uzavřením pojištění

- Před uzavřením pojištění, při zkoumání podmínek vstupu do pojištění, věnujte náležitou pozornost, abyste otázky pojišťovny odpověděli pravdivě a úplně. V případě nepravdivé odpovědi týkající se splnění těchto podmínek Vám hrozí odmítnutí poskytnutí pojistného plnění. Jakékoliv výhrady či pochybnosti o splnění těchto podmínek je nezbytné uvést písemně na všechna provedení dokumentů, v nichž prohlašujete splnění podmínek nebo během telefonického rozhovoru, kterým přistupujete do pojištění. Za odpovědi na otázky pojistitele se považují i prohlášení pojištěného o splnění podmínek pro přistoupení do pojištění.
- V souvislosti s tímto produktem je poskytnutí pojistného plnění nejčastěji odmítáno z důvodu, že spotřebitel uvedl nepravdivé informace o tom, že splňuje následující podmínky:
- nepatří mezi nepojistitelné osoby podle Čl.5 PP.

Toto pojištění je dobrovolné a nejste povinen k tomuto pojištění přistoupit.

Povinnosti v průběhu pojištění

- Platit poplatek za pojištění.
- Oznámit pojistiteli veškeré změny týkající se kontaktních a osobních údajů.
- Písemně oznámit úmrtí nebo dosažení výstupního věku 65 let manžela(ky) pojištěného (v případě, kdy je uzavřen plán Rodina).

Povinnosti v případě vzniku pojistné události

- Bez zbytečného odkladu po skončení hospitalizace/chirurgického zákroku oznámit pojistnou událost pojistiteli na formuláři pojistitele nebo online, ke kterému musí být přiložena propouštěcí zpráva, operační protokol a případně další doklady, které pojistitel považuje za nezbytné pro šetření pojistné události.
- V případě dlouhodobé hospitalizaci jste oprávněn požadovat dílčí plnění, v tomto případě musí být pojistná událost pojistiteli oznámena a musí být pojistiteli předloženy doklady o jejím trvání. Na základě těchto dokladů pojistitel vyplatí odpovídající dílčí plnění.



Kdy a jak provádět platby?

Poplatek za pojištění platíte měsíčně, za každý měsíc trvání pojištění formou trvalého příkazu, na nastavení kterého udělujete souhlas při přistoupení do pojištění (poplatek za pojištění se platí pojistníkovi).



Kdy pojistné krytí začíná a kdy končí ?

Pojišťovna poskytuje pojistnou ochranu po celou dobu trvání pojištění **od 0.01 hod. dne uvedeného v Certifikátu jako počátek pojištění, až do jeho zániku**. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu neurčitou.

Pojištění **jednotlivého pojištěného zaniká zánikem smlouvy o účtu, zánikem skupinové pojistné smlouvy, nejpozději uplynutím pojistného roku, ve kterém věk pojištěného dosáhne 65 let (v případě nezletilého pojištěného 18 let resp. 26 let), nebo z důvodu smrti pojištěného**, podle toho, který z uvedených důvodů nastal dříve.

Jednotlivé pojištění je možno ukončit i jiným způsobem uvedeným v oddílu „**Jak mohu smlouvu vypovědět?**“.



Jak mohu smlouvu vypovědět?

Pojištěný není oprávněn vypovědět pojistnou smlouvu, je však oprávněn ukončit své pojištění.

O ukončení Vašeho pojištění můžete požádat přímo pojistitele, a to písemně nebo telefonicky na určenou telefonickou linku pojišťovny 800 213 223.

Jiné způsoby ukončení smlouvy

Pojištění jednotlivých pojištěných osob může zaniknout i jinými způsoby v souladu s článkem 5 pojistné smlouvy: odstoupením pojistitele od pojištění, odmítnutím pojistného plnění, odvoláním souhlasu pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu a příčin smrti, neplacením pojistného, zrušením trvalého platebního příkazu a zrušením pojištění od počátku do 30 dnů ode dne, kdy bylo pojistníkem uhrazeno první pojistné.

Ukončení nebo zánik jednotlivého pojištění nemá vliv na účinnost skupinové pojistné smlouvy ani na trvání dalších pojištění, které vznikly na základě této smlouvy. V případě zániku jednotlivého pojištění zanikají automaticky všechna pojištění příslušného jednotlivého pojištěného.

Zánikem skupinové pojistné smlouvy zanikají všechna pojištění, která na základě ní byla sjednána.