

810 - VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY pro pojištění komplexní zdravotní péče - cizinců (VPP/810-02)

ZÁKLADNÍ ČÁST

Článek I.

Úvodní ustanovení

1. Práva a povinnosti účastníků tohoto pojištění se řídí právním řádem České republiky; pojištění se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění, zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, v platném znění, těmito pojistnými podmínkami a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě.
2. Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé pojistitel:
MAXIMA pojišťovna, a. s., se sídlem Na Dlouhém lánu 508, 160 00 Praha 6, IČO: 61328464, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3314 (dále jen „pojistitel“).
3. Pojištění se sjednává jako škodové.
4. Pojištění se vztahuje na všechny druhy pobytů upravených zákonem, s výjimkou těch, kdy fyzická osoba je obligatorně účastná veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.
5. Toto pojištění splňuje podmínky stanovené zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, pro komplexní zdravotní pojištění cizinců.

Článek II.

Výklad pojmů

1. **Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.
2. **Pojištěný** je fyzická osoba – cizinec, na jehož zdraví se pojištění vztahuje a který pobývá na území České republiky na základě platného a účinného povolení vydaného v souladu s právními předpisy České republiky.
3. **Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění tím, že prokazatelně vynaložila náklady, jejichž úhrada je předmětem pojistného plnění.
4. **Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která může být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
5. **Pojistná událost** je nahodilá skutečnost specifikovaná dále, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
6. **Jedna pojistná událost** je pojistná událost z pojištění jedné osoby vzniklá z jedné příčiny a zahrnuje všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná, časová nebo jiná souvislost.
7. **Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události.
8. **Komplexní zdravotní péči** se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Součástí komplexní zdravotní péče je rovněž preventivní a dispensární zdravotní péče a zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte.
9. **Náhlým onemocněním** se rozumí náhlé a nepředvídatelné zhoršení zdravotního stavu pojištěného, které nastalo v době platnosti pojištění nezávisle na vůli pojištěného a které vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče včetně případného zajištění její dostupnosti.
10. **Nutnou zdravotní péčí** se rozumí lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) zdravotních stavů, kdy z lékařského hlediska je třeba zdravotní péči poskytnout ihned nebo ve velmi krátké době.
11. **Neodkladnou zdravotní péčí** se rozumí lékařské vyšetření, stanovení diagnózy, ošetření a léčení náhlých (akutních) stavů souvisejících s možností postižení základních životních funkcí a stavů s tím spojených, kdy z lékařského hlediska by prodloužením mohlo dojít k vážnému poškození zdraví nebo k ohrožení života.
12. **Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nebo neočekávané nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických) které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.

13. **Repatriace** je převoz pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolen pobyt.
14. **Doklad o zdravotním pojištění** je doklad vydaný pojištěnému při sjednání pojistné smlouvy, kterým prokazuje existenci a rozsah pojištění.
15. **Asistenční společnost** je třetí osoba uvedená v pojistné smlouvě, která na základě smlouvy s pojistitelem poskytuje pojištěným osobám asistenční služby, v rozsahu call centra za podmínek blíže určených v pojistné smlouvě a těchto pojistných podmínkách, spojení na asistenční společnost je uvedeno v pojistné smlouvě.
16. **Pojistitel** je právnická osoba se kterou pojistník uzavřel pojistnou smlouvu.
17. **Tranzitem** je doprava pojištěného, pokud současně splňuje všechny tyto podmínky:
 - a) začíná (nebo končí) na území ČR a směřuje do (nebo ze) státu, jehož je pojištěný státním příslušníkem nebo ve kterém má povolený pobyt,
 - b) v případě pozemní dopravy zahrnuje přímý průjezd územím dalších států do nebo ze státu dle bodu a) (země tranzitu), který netrvá déle než 24 hodin,
 - c) je doložitelná relevantním cestovním dokladem nebo dokladem o nákupu pohonných hmot.

Článek III.

Předmět pojištění, pojistné nebezpečí

1. Předmětem pojištění je úhrada nákladů komplexní zdravotní péče, které se pojištěný/á musel/a podrobit ve zdravotnickém zařízení v ČR v důsledku úrazu, náhlého onemocnění, zhoršení zdravotního stavu nebo v souvislosti s těhotenstvím a s porodem dítěte pojištěné, vynaložených během trvání pojištění během pobytu pojištěného/ho na území ČR. Předmětem pojištění je pouze ta zdravotní péče, která vede u pacienta k zachování jeho zdravotního stavu z doby před uzavřením pojistné smlouvy.
2. Předmětem pojištění je rovněž, je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, úhrada nákladů nutné a neodkladné zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit v důsledku úrazu nebo náhlého onemocnění během pobytu v zemích Schengenského prostoru.
3. Je-li tak ujednáno v pojistné smlouvě, pojištění se vztahuje i na úhradu nutné a neodkladné zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit ve zdravotnickém zařízení v zemi tranzitu v důsledku úrazu nebo náhlého onemocnění, které vznikly za trvání pojištění během tranzitu.
4. Poskytnutí zdravotnických služeb pojištěnému v případě pojistné události je organizováno asistenční společností.
5. Pojistným nebezpečím se rozumí jakákoli příčina vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění pojištěného, s výjimkou příčin a případů, které jsou výslovně uvedeny ve vylukách z pojištění.

Článek IV.

Pojistná událost a vznik škody

1. Pojistnou událostí je poskytnutí zdravotnických služeb definovaných ve článku III. pojištěnému respektive narozenému dítěti pojištěné matky v době trvání pojištění a na území krytém tímto pojištěním, pojistitelem schválená repatriace pojištěného a v případě úmrtí během trvání pojištění na území krytém tímto pojištěním také převoz tělesných ostatků zemřelého pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištění vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl povolen pobyt.
2. Škodou, jejíž úhrada je předmětem pojistného plnění, se rozumí přiměřené a nezbytné náklady zdravotní péče definované ve článku III., prokazatelné a účelně vynaložené při jejím poskytnutí pojištěnému ve zdravotnickém zařízení v ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, v tranzitní zemi nebo ve státu Schengenského prostoru v době trvání pojištění v důsledku pojistné události, a dále náklady na nutnou repatriaci z ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, ze Schengenského prostoru nebo ze země tranzitu.
3. Komplexní zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - b) nezbytné ošetření,
 - c) nezbytnou hospitalizaci pojištěného ve vícelůžkovém pokoji se standardním vybavením,
 - d) prohlídky pojištěné v průběhu těhotenství,
 - e) porod ve smluvním zdravotnickém zařízení pojistitele,
 - f) preventivní pediatrickou péči o pojištěné dítě,
 - g) nutné operační výkony včetně souvisejících nezbytných výkonů;
 - h) účelně použitý zdravotnický materiál a léčiva,
 - i) ze zdravotního hlediska nutnou přepravu pojištěného prostředky zdravotnické přepravy z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zdravotnického zařízení nebo přepravu pojištěného do nejbližšího zdravotnického zařízení, které může poskytnout potřebnou zdravotní péči;

- j) neodkladné jednoduché ošetření zubů pojištěného (včetně extrakce nebo výplně) za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu.
4. Nutná a neodkladná zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - b) nezbytné ošetření,
 - c) nezbytnou hospitalizaci pojištěného ve vícelůžkovém pokoji se standardním vybavením,
 - d) nutné operační výkony včetně souvisejících nezbytných výloh;
 - e) účelně použitý zdravotnický materiál a léčiva,
 - f) ze zdravotního hlediska nutnou přepravu pojištěného prostředky zdravotnické přepravy z místa vzniku pojistné události do nejbližšího zdravotnického zařízení nebo přepravu pojištěného do nejbližšího zdravotnického zařízení, které může poskytnout potřebnou zdravotní péči;
 - g) neodkladné jednoduché ošetření zubů pojištěného (včetně extrakce nebo výplně) za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu.
 5. Repatriaci se rozumí převoz do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, případně do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolený pobyt. Jedná se o:
 - a) repatriaci nemocného pojištěného, pokud je ze zdravotního hlediska nutná a současně možná organizovanou asistenční společností po schválení pojistitelem, v případech, kdy to zdravotní stav pojištěného vyžaduje, může pojistitel po předchozím souhlasu uhradit i přepravní náklady nezbytného zdravotnického personálu,
 - b) převoz tělesných ostatků zemřelého pojištěného.

Článek V.

Pojistné plnění

1. Horní hranici pojistného plnění pro jednu pojistnou událost, vzniklou v době trvání pojištění je limit pojistného plnění uvedený v pojistné smlouvě.
2. V pojistné smlouvě je rovněž uveden limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
3. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je oznámení pojistné události pojistiteli pojistníkem nebo pojištěným (jeho zástupcem, nebo zdravotnickým zařízením), a to prostřednictvím asistenční společnosti, která současně provádí potvrzení pojistného krytí jménem pojistitele pro zdravotní zařízení. V případech, kdy tento způsob není technicky možný pro závažnost zdravotního stavu pojištěného, je možné oznámit pojistnou událost přímo pojistiteli písemně, případně faxem nebo elektronickou poštou. Oznámení musí být učiněno bez zbytečného odkladu během 24 hodin poté, co pojistná událost nastala, nejpozději však do tří dnů po vzniku pojistné události.
4. Pojistitel poskytuje oprávněným osobám pojistné plnění za ošetření v České republice v tuzemské měně a na území České republiky, není-li ujednáno jinak. V případě potřeby se použije směnný kurz podle středního kurzu příslušné měny vyhlášené ČNB ke dni úrazu nebo nemoci.
5. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě nebo je s ní projednáno.
6. Pojistitel hradí škodu zdravotnickému zařízení, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady v ČR prokazatelně vynaložila, a to v rozsahu a výši odpovídající rozsahu a nákladům veřejného zdravotního pojištění v ČR, pokud není se zdravotnickým zařízením ujednáno jinak.
7. Pokud pojištěný provedl přímou úhradu nákladů, které mají být předmětem pojistného plnění, pojistitel může následně proplatit přiměřené náklady na poskytnutou léčebnou péči v rozsahu a výši odpovídající veřejnému zdravotnímu pojištění v ČR na základě předložení originálů dokladů prokazujících vznik pojistné události, rozsah škody a výši provedené úhrady.
8. Povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění je vázána na splnění všech podmínek, závazků a povinností vyplývajících z těchto pojistných podmínek, pojistné smlouvy a souvisejících právních předpisů.

Článek VI.

Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na škodu vzniklou:
 - a) v souvislosti s výkonem pracovní činnosti nebo zaměstnání, pokud pojištěný v době vzniku škodní události je nebo měl být účasten veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu,
 - b) v důsledku právní skutečnosti, o které pojištěný v době uzavření pojistné smlouvy věděl nebo mohl vědět,
 - c) záměrným čerpáním zdravotní péče (tzv. zdravotní turistika),

- d) v souvislosti s činností, kterou pojištěný vykonává neoprávněně,
 - e) v době, kdy pojištěný je účastníkem veřejného zdravotního pojištění ČR,
 - f) v případě, že pojištěný započal tranzit ve zdravotním stavu, který mohl předpokládat nutnou nebo neodkladnou péči během tranzitu; to neplatí, bylo-li poškození zdravotního stavu způsobené zaviněným jednáním třetí osoby.
2. Pojistitel neposkytuje plnění za škody v případě:
 - a) výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem, ani v případě výkonů, které nejsou lékařsky uznávané,
 - b) kdy škodní událost byla úmyslně způsobena pojištěným, pojistníkem nebo jinou osobou z podnětu některého z nich, s výjimkou úrazů, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného,
 - c) porušení léčebných postupů předepsaných lékařem,
 - d) čerpání zdravotní péče na léčení takových nemocí a zdravotních stavů, kdy je zdravotní péče vhodná, účelná a potřebná, ale je odkladná a lze ji poskytnout až po návratu do mateřské země,
 - e) kdy příčina nebo příznaky události nastaly před uzavřením smlouvy,
 - f) kdy léčebná péče souvisí s onemocněním či úrazem nebo jejich následky, kterými pojištěný trpěl nebo o nich věděl během 6 měsíců před počátkem pojištění, bez ohledu na to, zda byly či nebyly léčeny,
 - g) kdy pojištěný odmítne repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření, která měl provést lékař určený pojistitelem nebo asistenční společností,

Článek VII.

Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva a všechny ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu.
2. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou tyto pojistné podmínky, dále smluvně dohodnuté přílohy, pojištěným (pojistníkem) podepsané podklady pro vypracování smlouvy nebo další písemná ujednání a doklady.
3. Jako potvrzení o sjednání a rozsahu pojištění slouží pojistná smlouva podepsaná oběma smluvními stranami.
4. Případné změny v pojistné smlouvě se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
5. Pojistná smlouva může být uzavřena zaplacením pojistného ve výši uvedené na elektronickém formuláři pojistné smlouvy, který vyhotovuje pojistitel dle cestovních dispozic pojistníka. Všechny ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu.
6. Uzavřením pojistné smlouvy zprošťuje pojistník mlčenlivosti vůči pojistiteli lékaře a zdravotnická zařízení, ve kterých byla pojištěnému poskytnuta nutná a neodkladná péče dle těchto pojistných podmínek.

Článek VIII.

Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

1. Pojištění se sjednává na dobu určitou, která je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění vzniká dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy, pokud není ve smlouvě ujednáno, že vzniká již uzavřením pojistné smlouvy nebo později.
3. Podmínkou vzniku a trvání pojištění je legální pobyt pojištěného na území České republiky nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území Schengenského prostoru za splnění všech podmínek stanovených právními předpisy.
4. Pojištění zaniká kteroukoli z následujících skutečností
 - a) uplynutím pojistné doby, a to ve 24,00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) ukončením pobytu pojištěného na území České republiky nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území Schengenského prostoru nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění.
5. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit dohodou smluvních stran za dohodnutých podmínek.
6. Dnem oznámení pojištěného pojistiteli o vstupu pojištěného do veřejného zdravotního pojištění pojištění zaniká.

Článek IX.

Pojistné

1. Pojistné je ve smyslu zákona jednorázovým pojistným a náleží pojistiteli vždy celé, pokud není stanoveno jinak. V pojistné smlouvě může být sjednána obchodní sleva.

- Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, a to i v případě zániku pojištění před uplynutím pojistné doby.
- V případě zániku pojištění odstoupením od pojistné smlouvy pojištění zaniká.
- Pokud pojištění zanikne před uplynutím pojistné doby z důvodů prokazatelně nezávislých na vůli pojištěného (neudělení povolení pobytu, ukončení pobytu v ČR, přestup do veřejného zdravotního pojištění), a pojistník vrátí pojistiteli všechny doklady, které od pojistitele obdržel, může mu pojistitel vrátit nespotřebované pojistné po odečtení obvyklých nákladů spojených se vznikem a správou pojištění.

Článek X.

Povinnosti pojistníka a pojištěného

- Kromě dalších povinností stanovených právními předpisy jsou pojistník a pojištěný povinni:
 - odpovědět pravdivě a úplně na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění, to platí i v případě vyřizování škodné události,
 - oznámít bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které se pojistitel tázal nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě,
 - sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách účinných v době vzniku škodné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojistného nebezpečí,
 - učinit vše k odvrácení vzniku škodné události a ke snížení rozsahu škody,
 - dbát pokynů a doporučení zdravotního personálu,
 - podrobit se podle pokynu lékaře potřebnému vyšetření nebo zákroku,
 - podrobit se na žádost pojistitele vyšetření lékařem stanoveným pojistitelem.
- Nastane-li škodná událost, je pojištěný povinen zejména:
 - bez odkladu se obrátit na asistenční společnost, dbát jejich pokynů a podrobit se zdravotnímu vyšetření či ošetření v jí určeném zdravotnickém zařízení na území České republiky,
 - v případě onemocnění nebo úrazu v tranzitní zemi nebo v zemi Schengenského prostoru, je-li tak dohodnuto v pojistné smlouvě, informovat neprodleně asistenční společnost a řídit se jejími pokyny,
 - oznámít bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním nebo přestupkovém řízení vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku,
 - postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody způsobené pojistnou událostí, jakož i právo na postih a vypořádání, a v této souvislosti pojistiteli poskytnout součinnost.
- Za osoby nezpůsobilé k právním úkonům jedná jejich zákonný zástupce nebo, není-li přítomen, osoba zákonným zástupcem pověřená.

Článek XI.

Povinnosti pojistitele

Kromě dalších povinností, které jsou stanoveny právními předpisy, je pojistitel povinen:

- Poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události, pokud byly splněny všechny podmínky a závazky, které z pojistné smlouvy vyplývají.
- Po oznámení škodní události bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit.
- Sdělit oprávněné osobě výsledky šetření nutného ke zjištění nároku na poskytnutí pojistného plnění a stanovení jeho výše.
- Zajistit prostřednictvím asistenční společnosti potřebné informační služby pojištěným i zdravotnickým zařízením, zejména ověřování platnosti a účinnosti pojistné smlouvy, vyhledávání zdravotnických zařízení případně poskytování informací o pojištění. Prostřednictvím asistenční společnosti poskytnout v případě potřeby garanci na úhradu nákladů vynaložené zdravotní péče.

Článek XII.

Regresní právo pojistitele

- V případě, kdy pojistitel uhradí zdravotnickému zařízení náklady léčeni onemocnění pojištěného
 - způsobeného požitím nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, narkotik či jiných psychotropních látek pojištěným,
 - které si pojištěný způsobil úmyslně,
 má pojistitel právo od pojištěného tyto náklady v plné výši vymáhat.
- V případě, kdy pojistitel uhradí zdravotnickému zařízení náklady léčeni onemocnění nebo úrazu,
 - kdy pojistník nebo pojištěný nesplnili svoji povinnost dle článku V., bodu 3,
 - v případě, kdy se jedná o tzv. zdravotní turistiku, má pojistitel právo od pojištěného tyto náklady v plné výši vymáhat.
- Dojde-li k porušení zákonné či smluvní povinnosti, má pojistitel právo snížit pojistné plnění v závislosti na tom, jak porušení povinnosti přispělo ke vzniku nebo výši škody, pokud nedojde ke snížení pojistného krytí podle zvláštního právního předpisu. V opačném případě je pojistitel oprávněn vyplacené pojistné plnění regresovat po pojištěném.

Článek XIII.

Přechod práv na pojistitele

- Pokud bylo oprávněné osobě poskytnuto pojistné plnění za škodu, na jejíž náhradu má pojištěný nárok vůči třetí osobě, přechází tento nárok na pojistitele až do výše pojistného plnění, které pojistitel poskytl.
- Jestliže pojistiteli v souvislosti s uplatněním nároku vzniknou vinou oprávněné osoby další náklady, má pojistitel právo tyto náklady po oprávněné osobě požadovat.

Článek XIV.

Závěrečná ustanovení

- Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
- Pro spory plynoucí z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.
- Komunikačním jazykem je čeština. Součástí pojistné smlouvy jsou všeobecné pojistné podmínky.
- Obvyklé náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 20 % z předepsaného pojistného.
- Doručování písemností se řídí obecně platnou právní úpravou.
- Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému se doručují zpravidla poštou nebo mohou být doručeny i pověřeným zaměstnancem pojistitele nebo zprostředkovatelem, a to na poslední pojištěný známou adresu pojistníka v ČR.
- Písemnost pojistitele se považuje za doručenu dnem převzetí zásilky, odepření přijetí zásilky nebo vrácení zásilky jako nedoručitelé. Nebyl-li pojistník nebo pojištěný zastížen a písemnost pojistitele byla uložena u doručovatele, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se pojistník nebo pojištěný o uložení nedozvěděl.
- Změnil-li pojistník nebo pojištěný adresu uvedenou v pojistné smlouvě a tuto změnu písemně pojistiteli neoznámil a písemnost pojistitele bude vrácena jako nedoručitelá, považuje se písemnost za doručenu dnem vrácení pojistiteli, i když se pojistník nebo pojištěný o zaslání nedozvěděl.
- Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dnem 1. 2. 2012.