

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ NUTNÉ A NEODKLADNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮ (VPP/860-14)

Článek 1. Úvodní ustanovení

- Práva a povinnosti účastníků tohoto pojištění se řídí právním řádem České republiky, zejména ustanoveními zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění, těmito pojistnými podmínkami a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě či smluvních ujednáních.
- Smluvními stranami jsou na jedné straně pojistník a na straně druhé pojistitel:
MAXIMA pojišťovna, a. s., se sídlem Italská 1583/24, Praha 2, 120 00, IČO: 61328464, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3314 (dále jen „pojistitel“).
- Pojištění se sjednává jako škodové.
- 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.
- Toto pojištění splňuje podmínky stanovené zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, pro nutnou a neodkladnou zdravotní péči.

Článek 2. Výklad pojmů

- Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
- Pojištěný** je fyzická osoba, která není občanem České republiky (dále jen „ČR“) na jehož zdraví se pojištění vztahuje a který pobývá na území ČR na základě platného a účinného povolení vydaného v souladu s právními předpisy ČR.
- 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.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost specifikovaná v čl. IV. těchto VPP, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- 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.
- Pojistným nebezpečím** se rozumí jakákoli příčina vzniku úrazu, náhlého onemocnění nebo smrti pojištěného, s výjimkou příčin a případů, které jsou výslovně uvedeny ve výlukách z pojištění.
- 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.
- 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.
- 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 prodlžením mohlo dojít k vážnému poškození zdraví nebo k ohrožení života.

- Úrazem** se pro účely tohoto pojištění rozumí neúmyslné, náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.
- Repatriaci** se rozumí převoz do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, případně do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolený pobyt. Jedná se o:
 - repatriaci nemocného pojištěného, pokud je ze zdravotního hlediska možná, organizovanou asistenční společností po schválení pojistitelem. V případech, kdy to zdravotní stav pojištěného vyžaduje, může pojistitel rozhodnout i o úhradě nákladů nezbytného zdravotnického personálu,
 - převoz tělesných ostatků zemřelého pojištěného, organizovaný asistenční společností, po schválení pojistitelem.
- Doklad o zdravotním pojištění** je doklad vydaný pojištěnému při sjednání pojistné smlouvy, kterým prokazuje existenci a rozsah pojištění.
- 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 a v dokladu o zdravotním pojištění.
- Tranzitem** je doprava pojištěného, pokud současně splňuje všechny tyto podmínky:
 - začíná (nebo končí) na území ČR a směřuje do (nebo ze) státu, jehož je pojištěný státním příslušníkem nebo ve kterém má povolený pobyt,
 - 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,
 - je doložitelná relevantním cestovním dokladem nebo dokladem o nákupu pohonných hmot.
- Schengenským prostorem** je území států - signatářů Schengenské smlouvy.
- Profesionálním sportem** se rozumí sportovní činnost vykonávaná na základě smlouvy se sportovní nebo jinou organizací, nebo sportovní činnost, která je převážným zdrojem příjmů osoby.

Článek 3. Předmět pojištění

- Předmětem pojištění je úhrada nákladů nutné a neodkladné zdravotní péče, které se pojištěný musel podrobit ve zdravotnickém zařízení v ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, v zemích Schengenského prostoru nebo v zemích tranzitu v důsledku úrazu nebo náhlého onemocnění, ke kterým došlo během trvání pojištění při pobytu pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, v zemích Schengenského prostoru nebo v zemích tranzitu. Předmětem pojištění je dále úhrada nákladů repatriace nemocného, zraněného nebo zemřelého pojištěného za podmínek stanovených v článku 2.
- V případě pojistné události je pojištěný povinen kontaktovat asistenční společnost pojistitele a postupovat podle jejích pokynů a podle pokynů pojistitele.

Článek 4. Pojistná událost a vznik újmy

- Pojistnou událostí je ošetření pojištěného ve zdravotnickém zařízení v době trvání pojištění a na území krytém tímto pojištěním, pokud se jedná o zdravotní péči nutnou a neodkladnou, repatriace pojištěného za podmínek stanovených v čl. 2 bodě 11.

2. Náklady nutné a neodkladné zdravotní péče musí být přiměřené a nezbytné, prokazatelně 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. Pojistitel tyto náklady zpravidla hradí přímo zdravotnickému zařízení v ČR, které zdravotní péči poskytlo, a to na základě faktury vystavené v souladu s platnými právními předpisy.

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 výkonů;
 - 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) první neodkladné jednoduché ošetření chrupu pojištěného (včetně případné extrakce) za účelem odstranění akutní bolesti nebo ošetření následků úrazu.

Článek 5. Pojistné plnění

1. Horní hranice pojistného plnění, je určena limitem pojistného plnění uvedeným v pojistné smlouvě.
2. V pojistné smlouvě je uveden i dílčí limit nákladů repatriace pojištěného dle čl. 2 bod 11.
3. V pojistné smlouvě je rovněž uveden limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
4. Pojistitel hradí pojistné plnění způsobem uvedeným v čl. 4 bod 3.
5. Pojistitel poskytuje oprávněným osobám pojistné plnění za ošetření v ČR v tuzemské měně, není-li ujednáno jinak.
6. V případě pojistné události během tranzitu nebo během pobytu na území státu Schengenského prostoru je pojistník povinen (kromě život ohrožujících onemocnění nebo úrazů) úraz nebo onemocnění ihned oznámit asistenční společnosti pojistitele, která zajistí potřebnou zdravotní péči a tuto péči zpravidla poskytovateli přímo uhradí.
7. Pokud pojištěný bez vážného důvodu v případě pojistné události během tranzitu nebo během pobytu na území státu Schengenského prostoru nepostupuje podle předchozího odstavce a poskytnutou zdravotní péči sám zaplatí poskytovateli, uhradí pojistitel náklady takové nutné a neodkladné péči ve výši přiměřených nákladů této zdravotní péče v ČR. Pojistnou náhradu uhradí v takovém případě pojistitel v tuzemské měně, pro přepočítání zahraniční měny se použije směnný kurz podle středního kurzu příslušné měny vyhlášené ČNB ke dni úrazu nebo nemoci.
8. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení ošetření nutného ke zjištění existence a rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.
9. Pojistitel hradí náklady nutné a neodkladné zdravotní péče zdravotnickému zařízení, pojištěnému nebo jiné osobě, která tyto náklady v ČR prokazatelně vynaložila, a to v rozsahu a výši odpovídající úhradě této péče z veřejného zdravotního pojištění.
10. Pokud pojištěný provedl přímou úhradu nákladů zdravotní péče v ČR, které mají být předmětem pojistného plnění, pojistitel může následně proplatit přiměřené náklady na poskytnutou léčebnou péči v rozsahu a výši odpovídající veřejnému zdravotnímu pojištění na základě předložení originálů dokladů prokazujících vznik pojistné události, rozsah poskytnuté zdravotní péče a výši provedené úhrady.
11. 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 6. Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na újmu vzniklou:
 - a) v důsledku právní skutečnosti, o které pojištěný v době uzavření pojistné smlouvy věděl nebo mohl vědět,
 - b) záměrným čerpáním zdravotní péče (tzv. zdravotní turistika),
 - c) v souvislosti s činností, kterou pojištěný vykonává neoprávněně,
 - d) v době, kdy pojištěný je účastníkem veřejného zdravotního pojištění ČR,
 - e) v případě, že pojištěný započal tranzit ve zdravotním stavu, který mohl předpokládat onemocnění a s ním spojenou nutnou a neodkladnou péči během tranzitu a tato péče mu během tranzitu byla poskytnuta,
 - f) v přímé souvislosti s úrazem, který vznikl při provozování profesionální sportovní činnosti i přípravě na ni,
 - g) v přímé souvislosti s úrazem, který vznikl při provozování extrémních sportů, jako jsou např. horolezectví, hloubkové potápění, speleologie, skok do hloubky na gumovém laně, sjíždění divokých vod, adrenalinové sporty apod.
2. Pojistitel neposkytuje plnění za újmu v případě:
 - a) výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem, ani v případě výkonů, které nejsou lékařsky uznávané,
 - b) porušení léčebných postupů předepsaných lékařem,
 - c) 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,
 - d) kdy příčina nebo příznaky pojistné události nastaly před uzavřením pojistné smlouvy,
 - e) 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,
 - f) kdy příčina události souvisí nebo může souviset s těhotenstvím pojištěného,
 - g) kdy pojištěný odmítne repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření, která měl provést lékař určený pojistitelem nebo asistenční společností,
 - h) kdy příčinou pojistné události jsou válečné události, vzpoura, povstání nebo jiné hromadné násilné nepokoje, stávky, výluky, teroristické akty včetně chemické nebo biologické kontaminace,
 - i) onemocnění v důsledku užívání léků či jiných prostředků bez lékařského předpisu,
 - j) vyšetření a léčení psychických poruch, psychologických vyšetření a psychoterapie, léčení závislosti včetně vyšetření a komplikací,
 - k) pohlavních nemocí (včetně jejich komplikací),
 - l) AIDS (včetně jejich komplikací) a vyšetření na HIV pozitivitu,
 - m) virové hepatitidy typu C (včetně jejich komplikací).

Článek 7. Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva se uzavírá zaplacením prvního pojistného ve výši uvedené v návrhu pojistné smlouvy. Pojistná smlouva je účinná dnem uvedeným v návrhu, pokud bylo první pojistné uhrazeno do doby uvedené v návrhu pojistné smlouvy. Pokud nebylo první pojistné do této doby uhrazeno, smlouva uzavřená není, pojištění nevznikne a návrh pojistitele zaniká.
2. Uzavřením pojistné smlouvy souhlasí pojistník s tím, aby pojistitel umožnil Službě cizinecké policie dálkový přístup k údajům o pojistné smlouvě v souvislosti s povinnostmi Služby cizinecké policie, vyplývajícími ze zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR, v platném znění. Tím není dotčena povinnost pojistitele předat údaje o pojištění do Registru zdravotního pojištění cizinců.

Článek 8. Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

1. Pojištění se sjednává na dobu určitou, která je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění je účinné ode dne uvedeného v návrhu pojistné smlouvy jako počátek pojištění.
3. Podmínkou vzniku a trvání pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území Schengenského prostoru mimo území ČR za splnění všech podmínek stanovených právními předpisy.
4. Pojištění nelze přerušit.

5. Pojištění zaniká kteroukoli z následujících skutečností
 - a) uplynutím pojistné doby vymezené v pojistné smlouvě, a to ve 24,00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění,
 - b) smrtí pojištěného,
 - c) ukončením pobytu pojištěného na území ČR nebo, je-li tak v pojistné smlouvě ujednáno, na území Schengenského prostoru nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění,
 - d) odstoupením pojistníka od pojistné smlouvy,
 - e) dnem, kdy se pojištěný stal účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (na základě zaměstnaneckého poměru na území ČR nebo získáním trvalého pobytu na území ČR), ne však dříve, než se o tom pojistitel prokazatelně dozvěděl,
 - f) dohodou pojistníka a pojistitele ke stanovenému okamžiku,
 - g) neplacením pojistného po splnění zákonných podmínek.

Článek 9. Pojistné

1. Pojistné je ve smyslu zákona jednorázovým, pokud není stanoveno jinak.
2. Pojistné náleží pojistiteli za dobu trvání pojištění. V případě zániku pojištění v důsledku pojistné události náleží pojistiteli celé jednorázové pojistné.
3. Pojistné se považuje za uhrazené dnem, kdy bylo v plné výši připsáno na účet pojistitele. Pojistná smlouva může stanovit odlišné podmínky úhrady pojistného.

Článek 10. Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Kromě dalších povinností stanovených právními předpisy jsou pojistník a pojištěný povinni:
 - a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, to platí i v případě vyřizování pojistné události,
 - b) oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které se pojistitel tázal nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě,
 - c) sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách účinných v době vzniku pojistné události, jejichž předmětem je pojištění stejného pojistného nebezpečí,
 - d) učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu újmy,
 - e) dbát pokynů a doporučení zdravotního personálu,
 - f) podrobit se podle pokynu lékaře potřebnému vyšetření nebo zákroku,
 - g) podrobit se na žádost pojistitele vyšetření lékařem stanoveným pojistitelem,
 - h) dodržovat předpisy o ochraně veřejného zdraví,
 - i) na žádost pojistitele zprostit třetí osobu (zejména zdravotnické zařízení) mlčenlivosti o skutečnostech souvisejících se škodnou událostí.
2. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen zejména:
 - a) oznámit pojistnou událost pojistiteli, a to přímo nebo prostřednictvím asistenční společnosti, která současně provádí potvrzení pojistného krytí v zastoupení pojistitele pro zdravotní zařízení. V případech, kdy tento způsob není technicky možný pro závažnost zdravotního stavu pojištěného, je možné oznámit pojistnou událost pojistiteli písemně nebo elektronickou poštou. Oznámení musí být učiněno bez zbytečného odkladu, nejpozději však do pěti dnů po vzniku pojistné události,
 - b) dbát pokynů pojistitele nebo asistenční společnosti a podrobit se zdravotnímu vyšetření či ošetření v jimi určeném zdravotnickém zařízení na území ČR,
 - c) 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,
 - d) oznámit bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním nebo přestupkovém řízení vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku,
 - e) postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu újmy způsobené pojistnou událostí, jakož i právo na postih a vypořádání, a v této souvislosti pojistiteli poskytnout součinnost.

3. Za osoby s omezenou svéprávností jedná jejich zákonný zástupce nebo, není-li přítomen, osoba zákonným zástupcem pověřená.
4. 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 újmy, pokud nedojde ke snížení pojistného krytí podle zvláštního právního předpisu. V opačném případě je pojistitel oprávněn vyplatit pojistné plnění následně vymáhat regresem po pojištěném.
5. Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a pojistnými podmínkami.

Článek 11. Povinnosti pojistitele

1. Kromě dalších povinností, které jsou stanoveny právními předpisy, je pojistitel povinen:
 - a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistníka nebo pojištěného týkající se sjednávání pojištění nebo projednávání změny pojištění,
 - b) poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události, pokud jsou splněny všechny podmínky pro její výplatu,
 - c) po oznámení škodní události bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit,
 - d) sdělit oprávněné osobě výsledky šetření nutného ke zjištění nároku na poskytnutí pojistného plnění a stanovení jeho výše,
 - e) 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 12. Přechod práv na pojistitele

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

Článek 13. Právní jednání a doručování písemností

1. Pojistná smlouva se uzavírá v písemné formě (elektronicky nebo v listinné podobě).
2. Písemná forma je splněna, pokud je právní jednání:
 - a) zachyceno na listině a vlastnoručně podepsáno;
 - b) učiněno elektronicky a podpis je nahrazen mechanickými prostředky;
 - c) učiněno elektronicky a elektronicky podepsáno v souladu s obecně závaznými právními předpisy;
 - d) učiněno elektronicky a potvrzeno zaplacením prvního pojistného.
3. Písemnosti týkající se pojištění jsou doručovány:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na korespondenční adresu adresáta. Pokud není korespondenční adresa uvedena, tak na poslední známou adresu účastníka pojištění, nebo
 - b) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele, nebo
 - c) elektronickou poštou formou prostých e-mailových zpráv, na emailovou adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě.
4. Písemnost doručovaná poštou se považuje za doručenu dnem prokazatelného převzetí zásilky, odmítnutím přijetí zásilky nebo vrácení zásilky jako nedoručitelné, jinak 3. pracovní den po jejím odeslání. Nebyl-li adresát zastížen a písemnost pojistitele byla uložena u doručovatele, považuje se písemnost pojistitele za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
5. Změnil-li pojistník nebo pojištěný korespondenční adresu, tuto změnu písemně pojistiteli neoznámil a písemnost pojistitele bude vrácena jako nedoručitelná, považuje se písemnost za doručenu dnem vrácení pojistiteli, i když se pojistník nebo pojištěný o zaslání nedozvěděl.

6. Právní jednání či oznámení, která jsou učiněna elektronickou formou, se považují za doručena dnem následujícím po odeslání do e-mailové schránky adresáta, s výjimkou situace, kdy prokazatelně nedojde k jejímu doručení, například z důvodu technických problémů. V takovém případě se považuje dokument za doručení 10. dnem po jeho odeslání.

Článek 14. Rozhodné právo a řešení sporů

1. Pojistná smlouva a právní následky z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
2. Pro spory plynoucí z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.
3. Pojistitel dává přednost mimosoudnímu řešení případných sporů. Stížnost lze podat pomocí formuláře dostupného na internetových stránkách https://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/formular_pro_podani_stiznosti_1.pdf emailem na adresu info@maxima-as.cz nebo písemně na adresu pojistitele. Odpověď se sdělením a odůvodněním vyřízení stížnosti je zasílána stěžovateli ve lhůtě 30 dnů v písemné formě.
4. Stížnost lze podat rovněž České národní bance, Na Příkopě 28, Praha 1, která je orgánem dohledu nad činností pojišťoven. ČNB však nemá kompetence rozhodnout spor mezi stěžovatelem a pojistitelem.
5. Ve věcech práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací vykonává působnost i Veřejný ochránce práv. Podnět lze dát písemně nebo ústně do protokolu a nepodléhá poplatku.
6. Spory mezi spotřebitelem (pojištěným nebo opravnou osobou) a pojistitelem při poskytování neživotního pojištění, které patří do pravomoci soudů a nepodařilo se je vyřešit přímo s pojistitelem, je oprávněna řešit Česká obchodní inspekce, Ústřední inspektorát – oddělení ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2. Více informací lze nalézt na www.adr.coi.cz. Postup České obchodní inspekce upravuje zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele, a pravidla pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů vydaná na základě tohoto zákona.
7. Pro řešení spotřebitelských sporů může spotřebitel využít i mimosoudního řešení sporu z pojištění zahájením řízení u Ombudsmana České asociace pojišťoven. Návrh se podává elektronicky na formuláři prostřednictvím platformy <https://www.ombudsmancap.cz>.

Článek 15. Závěrečná ustanovení

1. Komunikačním jazykem je čeština. Součástí pojistné smlouvy jsou pojistné podmínky. Jsou-li pojistné podmínky, pojistná smlouva nebo další dokumenty, které jsou součástí závazné smluvní dokumentace, vyhotoveny ve více jazykových verzích, rozhodující je české znění.
2. Obvyklé náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 30 % z předepsaného pojistného (stornopoplatek). V případě předčasného zániku pojištění z důvodu na straně pojistníka pojistitel uplatní stornopoplatek a vypořádá ho ke dni zániku pojištění.
3. Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dne 1. 2. 2025.