



Mějte své
zdraví
pod kontrolou
on-line!

diaBetty

**Všeobecné a doplňkové pojistné podmínky
pro ženy s rizikem těhotenské cukrovky**

• pouze pro pojištěnce OZP

OZP
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA


VITALITAS
POJIŠTOVNA

www.vitalitas.cz

VŠEOBECNÉ PODMÍNKY

PRO POJIŠTĚNÍ POBYTU V NEMOCNICI ZP03/04.2016

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění pobytu v nemocnici byly schváleny představenstvem Vitalitas pojišťovny, a.s. a nabývají účinnosti dne 1. 4. 2016.

ČLÁNEK 1

Vymezení pojmů

1. Pojištění pobytu v nemocnici, které sjednává Vitalitas pojišťovna, a.s. (dále jen „pojistitel“) se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen „občanský zákoník“), těmito pojistnými podmínkami pro pojištění pobytu v nemocnici, pojistnou smlouvou a ostatními obecně závaznými právními předpisy České republiky.
2. Pro účely sjednáváného pojištění mají níže uvedené pojmy následující význam.
 - a) pojistitelem se rozumí Vitalitas pojišťovna, a.s., IČ 25710966, se sídlem Praha 7, Holešovice, Tusarova 1152/36, PSČ 170 00, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem oddíl B, vložka 5646,
 - b) pojistník je osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu a je povinna zaplatit pojistné,
 - c) pojištěným je osoba, na jejíž život a zdraví se pojištění vztahuje,
 - d) oprávněnou osobou je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění, oprávněnou osobou je pojištěný pokud právní předpis nebo pojistná smlouva nestanoví jinak,
 - e) pojistnou událostí je nahodilá událost, specifikovaná v těchto všeobecných pojistných podmínkách, zvláštních pojistných podmínkách a blíže určena v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění,
 - f) pojistným zájmem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události;
 - g) škodnou událostí je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění,
 - h) pojistným je úplata za soukromé pojištění,
 - i) pojistnou dobou je doba, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno,
 - j) pojistným obdobím je časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné,
 - k) běžným pojistným je pojistné stanovené za pojistné období placené pojistníkem v pravidelných platbách,
 - l) jednorázovým pojistným je pojistné dohodnuté za celou dobu, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno,
 - m) pojištěním obnosovým je pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody,
 - n) pojistnou smlouvou se rozumí smlouva o finančních službách uzavřená mezi pojistitelem a pojistníkem, jejímž obsahem je zejména závazek pojistitele, v případě zni-

ku pojistné události, poskytnout ve sjednaném rozsahu pojistné plnění a pojistník se zejména zavazuje platit pojistné,

- o) pojistným plněním je plnění, které je pojistitel povinen plnit na základě pojistné smlouvy, nastane-li pojistná událost specifikovaná v těchto všeobecných pojistných podmínkách, zvláštních pojistných podmínkách a pojistné smlouvě.
 - p) pojistné nebezpečí: možná příčina vzniku pojistné události spočívající v hospitalizaci pojištěné osoby pro nemoc, úraz či těhotenství;
 - r) úraz: neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt;
 - t) nemocnice: státní nebo nestátní zdravotnické zařízení, které je pod stálým lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky vědy a poskytuje ambulantní nebo lůžkovou péči a jehož provozování je v souladu s příslušnými právními předpisy;
 - v) hospitalizace: pobyt pojištěné osoby v nemocnici, který je z lékařského hlediska nezbytný;
 - w) čekací doba: doba od počátku pojištění, během které nemá oprávněná osoba nárok na pojistné plnění.
3. Všeobecné pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Pojistník musí být s těmito všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami před uzavřením pojistné smlouvy prokazatelně seznámen, což potvrdí svým podpisem pojistné smlouvy anebo jiným způsobem, prokazujícím seznámení se s pojistnými podmínkami např. souhlasem s uzavřením pojistné smlouvy při sjednávání úrazového pojištění elektronickou formou. Všeobecné a zvláštní pojistné podmínky platí po celou dobu trvání pojištění sjednaného pojistnou smlouvou a nelze je bez souhlasu pojistníka měnit.
 4. Ustanovení všeobecných pojistných podmínek se uplatní vždy, pokud není ve zvláštních pojistných podmínkách stanoveno něco jiného. V případě rozporu mezi zvláštními pojistnými podmínkami a všeobecnými pojistnými podmínkami mají přednost ustanovení obsažena ve zvláštních pojistných podmínkách.

ČLÁNEK 2

Územní platnost pojištění

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastaly na území celého světa, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak.

ČLÁNEK 3

Předmět pojištění a pojistná událost

1. Pojistitel poskytuje pojistné plnění formou denní dávky

sjednané v pojistné smlouvě, pokud dojde v době trvání pojištění k hospitalizaci pojištěné osoby pro nemoc, úraz, těhotenství či porod nebo jinou skutečnost uvedenou v pojistné smlouvě nebo těchto pojistných podmínkách.

2. Pojištění pro případ pobytu v nemocnici se sjednává jako pojištění obnosové, jehož účelem je, v důsledku vzniku pojistné události, výplata pojistného plnění oprávněné osobě.
3. Pojistnou událostí ve smyslu těchto pojistných podmínek je hospitalizace pojištěné osoby z důvodu nemoci či úrazu, ke které dojde v době pojistného období, pokud tato hospitalizace trvá minimálně 24 hodin.
4. Pojistnou událostí se rozumí i odborné vyšetření nebo léčení v nemocnici vyžadující hospitalizaci v souvislosti s těhotenstvím a porodem. V případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím poskytuje pojistitel sjednanou denní dávku maximálně za 14 dní trvání hospitalizace v průběhu jednoho těhotenství. V případě hospitalizace v souvislosti s porodem poskytuje pojistitel sjednanou denní dávku maximálně za 14 dní trvání hospitalizace.
5. Hospitalizace je z lékařského hlediska nezbytná tehdy, pokud s ohledem na závažnost či charakter onemocnění nebo úrazu musí být provedeno ošetření pojištěné osoby výhradně ve spojení s hospitalizací.
6. Pojistnou událostí je rovněž odborné vyšetření v nemocnici vyžadující hospitalizaci, jehož délka je delší než 24 hodin.
7. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí okamžikem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná, anebo okamžikem, kdy došlo k propuštění z nemocnice.
8. Za jednu pojistnou událost je považována nepřetržitá hospitalizace pojištěného, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během této hospitalizace. Pokud je pojištěný po propuštění z nemocnice následující den opět hospitalizován z důvodu téže nemoci či úrazu, považuje se tato hospitalizace za pokračování hospitalizace předchozí, a jedná se tedy o jednu pojistnou událost.
9. Při nezbytné hospitalizaci trvající déle než jeden měsíc má pojistitel právo na revizní řízení, které provádí lékař určený pojistitelem. Na základě tohoto řízení může být v odůvodněných případech pojistné plnění kráceno. Pojištěný s provedením revizního řízení souhlasí a zavazuje se poskytnout veškerou potřebnou součinnost.

ČLÁNEK 4

Uzavření pojistné smlouvy

1. Pojištění vzniká písemným uzavřením pojistné smlouvy a zaplacením pojistného, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Nabídku pojistitele může pojistník přijmout i včasným zaplacením pojistného ve výši uvedené v nabídce.

2. Pojištěnou osobou mohou být pouze osoby s dobrým zdravotním stavem ve věku od 3 do 55 let s trvalým pobytem v České republice, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak. Nepojistitelnými osobami jsou osoby odkázané na trvalou pečovatelskou službu a osoby s omezenou svéprávností. Osoba odkázaná na trvalou pečovatelskou službu je taková, která má sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejíž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Stane-li se osoba nepojistitelnou v průběhu trvání pojištění, zaniká pojištění dnem, kdy nastane tato skutečnost.
3. Pojištěná osoba, resp. pojistník, je povinna poskytovat pojistiteli pravdivé a úplné informace týkající se sjednaného pojištění a odpověď na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednaného pojištění. Totéž platí i o změně pojistné smlouvy. Pojištěná osoba, resp. pojistník, je zejména povinna poskytovat pravdivé a úplné informace o změně pojistného rizika, informace stran existence pojistného zájmu a údaje týkající se rozsahu oznámené pojistné události.
4. Vědomé, nepravdivé či neúplné informace a odpovědi na všechny dotazy pojistitele týkající se sjednaného pojištění mohou mít za následek odstoupení od pojistné smlouvy nebo odmítnutí pojistného plnění.
5. Pojistiteli vzniká uzavřením pojistné smlouvy, jejíž součástí jsou tyto pojistné podmínky, oprávnění zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěné osoby. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byla pojištěná osoba léčena či vyšetřována. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého sám určí a pověří. Pojistitel je rovněž oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného při změně pojistné smlouvy. Pojištěná osoba je povinna na žádost pojistitele předložit úplnou lékařskou dokumentaci.
6. Pokud oprávněná osoba neposkytne pojistiteli s přezkoumáním svého zdravotního stavu dle Čl. 4 těchto pojistných podmínek souhlas, je pojistitel oprávněn krátit pojistné plnění.

ČLÁNEK 5

Počátek a konec pojištění

1. Pojistná smlouva je uzavřena na dobu 364 dní.
2. Pojištění končí ve 24 hodin posledního dne sjednaného pojistného období. Pojištění zaniká též smrtí pojištěné osoby, nebo pokud se pojištěná osoba stane osobou nepojistitelnou.
3. Pojištění lze vypovědět každým z účastníků do dvou měsíců po uzavření pojistné smlouvy. Výpovědní lhůta je osmidenní a začíná běžet dnem doručení výpovědi druhé smluvní straně. Uplynutím výpovědní doby pojištění zanikne.
4. K zániku pojistné smlouvy a pojištění z ní vyplývající dochází

- a) dnem, který byl v pojistné smlouvě stanoven jako poslední den doby trvání smlouvy, tj. uplynutím pojistné doby anebo;
- b) výpovědí ze strany pojistníka anebo pojistitele, a to za podmínek stanovených v občanském zákoníku anebo v těchto pojistných podmínkách;
- c) odstoupením pojistníka anebo pojistitele od pojistné smlouvy, a to za podmínek stanovených občanským zákoníkem;
- d) dohodou, kdy v této dohodě musí být určen okamžik zániku soukromého pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků;
- e) zanikne-li pojistný zájem;
- f) z dalších důvodů stanovených v těchto pojistných podmínkách.

ČLÁNEK 6

Čekací doba

- 1. Nárok na pojistné plnění z uzavřené pojistné smlouvy vzniká za podmínky, že uplynula stanovená čekací doba. Před uplynutím čekací doby nárok na pojistné plnění z uzavřené pojistné smlouvy nevzniká.
- 2. Čekací doba počíná běžet dnem vzniku pojištění a činí tři měsíce.
- 3. V případě hospitalizace vzniklé následkem úrazu, ke kterému došlo během sjednaného pojistného období, se čekací doba neuplatňuje.
- 4. Zvláštní čekací doba 8 měsíců je dána pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

ČLÁNEK 7

Výše a splatnost pojistného

- 1. Pojistné je úplatou za sjednané pojištění. Výše pojistného se určuje podle sazeb stanovených pojistitelem a je uvedena v pojistné smlouvě.
- 2. Pojistné se platí jednorázově za celé sjednané pojistné období.
- 3. Pojistné je splatné v české měně.

ČLÁNEK 8

Rozsah a splatnost pojistného plnění

- 1. Pojistitel vyplácí oprávněné osobě pojistné plnění ve formě denní dávky sjednané v pojistné smlouvě zpětně za každý den hospitalizace v nemocnici. Počet dnů hospitalizace je dán počtem půlnocí v nemocnici strávených.
- 2. Nárok na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (například při víkendové propustce do domácího ošetření) nebo pokud nemocniční ošetření trvalo méně než 24 hodin.
- 3. Pojistitel vyplácí pojistné plnění až po ukončení hospitalizace na základě předloženého potvrzení lékaře z nemocnice o nutnosti a délce hospitalizace a udání přesné diagnó-

zy. Pojistitel je povinen plnit pouze tehdy, pokud jsou mu dodány všechny požadované podklady.

- 4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě. Nebude-li šetření skončeno do tří měsíců po ohlášení pojistné události pojistiteli, poskytne pojistitel oprávněné osobě na základě její písemné žádosti přiměřenou zálohu, pokud je jeho povinnost plnit nesporná. Nelze-li ukončit šetření nutná k zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo k zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit;
- 5. Pojistné plnění vyplácí pojistitel nejvýše do dne ukončení platnosti pojistné smlouvy, přestože hospitalizace může pokračovat.
- 6. Pokud došlo k vyplacení pojistného plnění, které pojištěné osobě podle pojistné smlouvy nenáleželo, je povinen ten, komu bylo toto plnění poskytnuto, vyplacené plnění pojistiteli vrátit, a to i tehdy, pokud pojistná smlouva již není v platnosti.
- 7. Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně.

ČLÁNEK 9

Výluky a omezení pojistného plnění

- 1. Pojištění se nevztahuje na pojistné události, k nimž došlo:
 - a) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu nebo teroristickými činnostmi a útoky bez ohledu, zda k pojistné události dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - b) v souvislosti s vnitrostátními občanskými nepokoji, kterých se pojištěná osoba aktivně zúčastnila na straně iniciátora nepokojů;
 - c) v souvislosti s přípravou, pokusem nebo spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěnou osobou;
 - d) jakožto přímý či nepřímý následek úniku jaderné energie či záření z radioaktivního paliva nebo odpadu;
 - e) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - f) v souvislosti s požitím alkoholu či jiných návykových látek nebo zneužitím léků;
 - g) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
- 2. Pojištění se dále nevztahuje na hospitalizaci:
 - a) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech;
 - b) v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - c) v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - d) související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče;
 - e) z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;

- f) v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
 - g) vzniklou v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány;
 - h) z důvodu nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a pro které byla pojištěná osoba před sjednáním pojištění léčena, lékařsky sledována nebo se projeví jejich příznaky;
 - ch) ke které dojde v souvislosti s operacemi nebo jinými lékařskými zákroky plánovanými před uzavřením pojistné smlouvy;
 - i) ke které dojde v souvislosti s duševními poruchami;
 - j) ve vězeňských zařízeních u pojištěných osob ve výkonu trestu;
 - k) v případě léčby s částečným pobytem v nemocnici (ambulantní léčení – denní nebo noční).
3. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, pokud hospitalizace vznikla následkem:
- a) úrazu způsobeného zjevným přeceněním vlastních tělesných sil, schopností, znalostí, případně vlastní nedbalostí;
 - b) otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek následkem nedbalosti;
 - c) nedodržení léčebného režimu. Tím se rozumí zejména nerespektování pokynů lékaře při léčbě nebo zbytečný odklad vyhledání lékařského ošetření při vzniku onemocnění či úrazu;
 - d) porušení povinností uvedených v článku 12 těchto všeobecných pojistných podmínek.
- j) úkony vyžádané pojistitelem v souvislosti s vyšetřováním pojistné události provést bez zbytečného prodloužení.
2. Pokud by vědomé porušení povinností pojištěné osoby uvedených v odst. 1 mělo vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení jejích následků, případně znemožnilo předložení důkazů o tom, že se jedná o pojistnou událost ve smyslu těchto všeobecných podmínek, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění, odstoupit od smlouvy, anebo odmítnout pojistné plnění.
3. Snížení pojistného plnění se provede v poměru pojistného, které bylo dosud placeno a pojistného, které by mělo být placeno v případě uvedení pravdivých a úplných údajů o zdravotním stavu pojištěné osoby.
4. Pokud pojištění zanikne odstoupením od smlouvy, vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady, které vznikly uzavřením a správou pojistné smlouvy. Pojistník je povinen vrátit pojistiteli vše, co bylo plněno.
5. Pokud pojištění zanikne odmítnutím plnění, pojistitel pojistné do zániku pojištění nevrací a pojistník nevrací to, co bylo ze smlouvy již plněno.
6. Informace o zdravotním stavu pojištěné osoby může pojistitel použít pouze pro vlastní potřebu a jejich použití v jiné souvislosti je možné jen se souhlasem pojištěné osoby, nebo pokud tak stanoví zákon.
7. Předchozí ustanovení se týkají přiměřeně též pojistníka.

ČLÁNEK 10

Povinnosti pojištěné osoby a důsledky jejich porušení

1. Pojištěná osoba je při vzniku pojistné smlouvy a v souvislosti s pojistnou událostí povinna zejména:
- a) pravdivě zodpovědět dotazy pojistitele při sjednání pojistné smlouvy, zejména dotazy týkající se současných a předcházejících onemocnění, zdravotních poruch a potíží;
 - b) učinit vše k odvrácení pojistné události a snížení rozsahu jejích následků;
 - c) ohlásit každou hospitalizaci do 10 dnů od jejího počátku, pokud je to objektivně možné;
 - d) pravdivě vyplnit formulář hlášení pojistné události a odpovědět pravdivě na všechny v něm uvedené dotazy;
 - e) zaslat vyplněný formulář hlášení pojistné události zpět pojistiteli;
 - f) zabezpečit včasné vyhotovení zpráv a posudků a umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou pojistitel vyžádal;
 - g) zbavit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěnou osobu léčili nebo vyšetřovali a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli;
 - h) zmocnit příslušný orgán správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli;
 - i) na žádost pojistitele se podrobit bez zbytečného odkladu lékařské prohlídce u pojistitelem určeného lékaře;

ČLÁNEK 11

Závěrečná ustanovení

1. Písemnost zaslaná nebo předaná pojistiteli se považuje za doručenou dnem, kdy pojistitel potvrdí její převzetí.
2. Před uzavřením pojistné smlouvy byly zájemci o pojištění, resp. pojistníkovi, sděleny údaje v souladu s ustanoveními § 2760 a 2774 občanského zákoníku.
3. Všechny spory, vyplývající z pojištění pobytu v nemocnici nebo v souvislosti s ním vzniklé, budou, nedojde-li k jiné dohodě, řešeny u příslušného obecného soudu v České republice podle českého práva.
4. Případné spotřebitelské spory mezi pojistitelem a spotřebitelem je možné řešit rovněž mimosoudní cestou. V tomto případě může spotřebitel kontaktovat subjekt mimosoudního řešení spotřebitelských sporů, kterým je Česká obchodní inspekce, Ústřední inspektorát – oddělení ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2, email: adr@coi.cz; webové stránky: <https://adr.coi.cz/cs>.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY

PRO SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ INSPECTLIFE DIABETES ZAMĚŘENÉ NA KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S GESTAČNÍM DIABETEM ZPP03/04.2016

Zvláštní pojistné podmínky pro soukromé zdravotní pojištění Inspectlife Diabetes byly schváleny představenstvem Vitalitas pojišťovny, a.s. a nabývají účinnosti dne 1. 4. 2016.

ČLÁNEK 1

Úvodní ustanovení

Práva a povinnosti soukromého zdravotního pojištění zaměřené na komplikace související s gestačním diabetem mellitus (dále jen „Pojištění“) se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen „občanský zákoník“), Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění pobytu v nemocnici ZP02/01.2014 (dále jen „ZP02/01.2014“), pojistnou smlouvou, a těmito zvláštními pojistnými podmínkami pro Pojištění (dále jen „ZPP“). Práva a povinnosti stanovené v ZP02/01.2014 se vztahují na Pojištění v celém rozsahu, není-li v ZPP výslovně stanoveno jinak. Pojištění je určeno pouze pro osoby, které jsou v době uzavření pojistné smlouvy pojištěnci Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen „OZP“) a současně je registrován v Portálu VITAKARTA ONLINE. S osobami, které nesplňují uvedené podmínky Připojištění nelze sjednat.

ČLÁNEK 2

Základní pojmy

1. VITAKARTA ONLINE: služba OZP, kterou je možné využít i prostřednictvím portálu přístupného přes internetové prohlížeče nebo přes aplikace pro chytré mobilní telefony. VITAKARTA ONLINE umožňuje sjednat pojištění, realizovat platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění, nahrazuje průkaz pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, umožňuje dálkový přístup k osobnímu účtu pojištěnce, umožňuje komunikaci s Asistenční službou OZP, umožňuje čerpat ze široké nabídky benefitů a další.
2. Smluvní partner: společnost MedilInspect, s.r.o., která uzavřela smlouvu s pojistitelem na provozování specializovaného informačního řešení InspecLife pro podporu poskytování telemedicíny a asistenčních dohledových služeb.

ČLÁNEK 3

Předmět pojištění

1. Pojistitel poskytne níže uvedené pojistné plnění v případě, že dojde v době trvání Pojištění k pojistné události vymezené v článku 4 těchto ZPP.
2. Pojistitel poskytne pojistné plnění, nastane-li pojistná událost v době trvání pojištění, a to po dobu trvání tohoto pojištění:
 - a) úhradu nákladů na pravidelné měření glykémie v průběhu těhotenství a související se zpracováním těchto dat a to u smluvním partnerem určeném subjektu, přičemž podmínkou je, že oprávněná osoba bude k měření užívat zařízení určené k měření glykémie určené smluvním partnerem a dále, že ke komunikaci se smluvním partnerem bude využívat VITAKARTU ONLINE a mobilní aplikaci určenou smluvním partnerem. Náklady jsou hrazeny za činnosti vymezené v odst. 4 tohoto článku.
 - b) výplatu zvýšené denní dávky za hospitalizaci sjednané v pojistné smlouvě, pokud dojde v době trvání pojištění k hospitalizaci pojištěné osoby z důvodu gestačního diabetu
3. Při stanovení diagnózy Diabetes mellitus vzniklé v těhotenství je pojištěná osoba povinna kontaktovat asistenční službu, která zajistí setkání mezi lékařem diabetologem, pojištěnou osobou a smluvním partnerem. Diabetolog minimálně 1krát za 2 týdny provede v systému InspecLife vyhodnocení glykemického profilu a v případě potřeby konzultuje průběh léčby s pojištěnou osobou (např. telefonicky).
4. Smluvní partner v rámci plnění dle odst. 2 písm. a) provede tyto činnosti:
 - a) Nastaví a zaregistruje glukometr v InspecLife systému,
 - b) Spáruje glukometr mobilním telefonem pojištěné osoby.
 - c) Nainstaluje a nastaví mobilní aplikaci iFora do mobilního telefonu pojištěné osoby.
 - d) Vytvoří a aktivuje objednávku monitorace pro pojištěnou osobu v systému InspecLife na základě informací získaných od pojištěné osoby a lékaře, zejména: jméno a příjmení, rodné číslo, datum narození, telefon a email,

diagnóza, začátek a konec monitorace, doporučené schéma měření glykemie, hranice cílových intervalů glykemie.

- e) Provede instruktáž pojištěné osoby jak má správně provádět měření, odesílat data do InspectLife systému a používat InspectLife systém.
- f) Předá pojištěné osobě základní Návod k používání InspectLife systému a správnému provádění měření.
- g) Zajistí pojištěné osobě dálkový přístup k systému InspectLife Diabetes a umožní jeho používání po dobu monitorace
- h) Zajistí uživatelskou podporu používání glukometru a systému InspectLife Diabetes (v pracovní dny od 9 do 17 hodin).

- b) hospitalizace pojištěné osoby z důvodu výše uvedené diagnózy, která nastala za trvání Pojištění, přičemž institut čekací doby se zde neuplatní.

ČLÁNEK 5

Rozsah a splatnost pojistného plnění

1. Pojistné plnění dle čl. 3 odst. 2 písm. a) bude poskytnuto bezodkladně po oznámení pojistné události prostřednictvím VITAKARTY ONLINE
2. Pojistné plnění dle čl. 3 odst. 2 písm. b) bude poskytnuto na základě písemné propouštěcí zprávy doručené Pojistiteli.

ČLÁNEK 4

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí

- a) stanovení diagnózy Diabetes mellitus vzniklý v těhotenství (dg O244) , která nastala za trvání Pojištění. Tuto diagnózu je pojištěný povinen doložit lékařskou zprávou,

