

Všeobecné pojistné podmínky pro komplexní zdravotní pojištění cizinců

Článek 1 Úvodní ustanovení

1. Komplexní zdravotní pojištění cizinců (dále jen pojištění KZPC), které sjednává Slavia pojišťovna a.s., IČ 60197501, se sídlem Revoluční 1, 110 00 Praha 1, Česká republika (dále jen pojistitel), se řídí právem České republiky, zejména zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro komplexní zdravotní pojištění cizinců VPP KZPC 01/2012 (dále jen VPP KZPC) a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. VPP KZPC jsou součástí pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se sjednává v českém jazyce.
2. Pojištění KZPC je pojištěním pro případ nemoci podle § 62 zákona o pojistné smlouvě a sjednává se jako pojištění škodové na dobu určitou. Pojištění je obdobně veřejnému zdravotnímu pojištění, jeho rozsah je však omezen vylukami a limity pojistného plnění, a není proto sjednáno v rozsahu podle § 62, odst. 3 zákona o pojistné smlouvě.
3. Pojistná smlouva o komplexním zdravotním pojištění cizinců je dokladem o cestovním zdravotním pojištění cizinců podle zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území České republiky v platném znění.

Článek 2 Vymezení pojmu

1. Pojistník je fyzická nebo právnická osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
2. Pojistitel je Slavia pojišťovna a.s.
3. Pojištěný je cizinec, na jehož zdraví se pojištění vztahuje.
4. Oprávněná osoba je pojištěný, nebo osoba, která prokazatelně vynaložila náklady na zdravotní péči o pojištěného, případně novorozence pojištěného.
5. Cizinec je fyzická osoba, která není státním občanem České republiky (dále jen „ČR“).
6. Průkaz pojištěného je písemné potvrzení pojistitele pro poskytovatele zdravotní péče o pojistné době a rozsahu pojištění. Na zadní straně průkazu pojištěného jsou uvedeny kontakty na asistenční službu.
7. Turistický pobyt je pobyt, během kterého pojištěný nevykonává žádnou výdělečnou činnost, ani možnost takové činnosti nevyhledává.
8. Pracovní pobyt v ČR je pobyt, během něhož pojištěný vykonává v ČR výdělečnou činnost, nebo možnost takové činnosti vyhledává.
9. Studijní pobyt v ČR je pobyt v ČR za účelem studia podle zákona o pobytu cizinců na území ČR.
10. Škodná událost je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
11. Pojistná událost je nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
12. Pojistná doba je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
13. Náhle onemocněný je náhle a nepředvidatelně zhoršení zdravotního stavu, které přímo ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
14. Úraz je náhle a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo pojištěnému poškození zdraví nebo smrt.
15. Komplexní zdravotní péče má za cíl zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěného, případně novorozence pojištěného podle odst. 18. zahrnuje léčebnou péči ambulantní a ústavní včetně péče diagnostické, péči preventivní, péči dispenzární, péči pohotovostní a záchranné služby, poskytování léčivých přípravků a dopravu nemocných poskytnutou smluvním zdravotnickým zařízením, a to maximálně v rozsahu zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR, a dále případnou repatriaci nebo přepravu tělesných pozůstatků pojištěného. Rozsah komplexní zdravotní péče je dále vymezen typem pojištění, rozsahem pojištění, vylukami z pojištění a limity pojistného plnění sjednanými v pojistné smlouvě, jejíž součástí jsou tyto VPP KZPC. Zdravotní péče standardně hrazená z veřejného zdravotního pojištění v ČR je ve VPP KZPC zdravotní péče, která je plně, v případě poskytování léčivých přípravků (dále jen „léků“) i částečně, hrazena z veřejného zdravotního pojištění v ČR a jejíž poskytování a hrazení není vázáno na rozhodnutí revizního lékaře, odborné komise či jiného orgánu zdravotní pojišťovny, přičemž regulační poplatky hrazené pojištěnci veřejného zdravotního

ho pojištění se v těchto pojistných podmínkách nepovažují za úhradu jim poskytnuté zdravotní péče. Komplexní zdravotní péče sestává z nutné a neodkladné zdravotní péče a z plánované zdravotní péče.

16. Nutná a neodkladná zdravotní péče je zdravotní péče poskytnutá pojištěnému, případně novorozenci pojištěnému podle odst. 18, v případě úrazu nebo náhlého onemocnění, kdy by prodloužením mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života. Zahrnuje:
 - a) nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - b) lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení;
 - c) stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření;
 - d) nutné a neodkladné zdravotní výkony včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu;
 - e) nezbytnou hospitalizaci po nezbytně nutnou dobu; a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Její rozsah je dále vymezen vylukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění.
17. Plánovaná zdravotní péče je taková komplexní zdravotní péče, která není nutnou a neodkladnou zdravotní péčí.
18. Poporodní zdravotní péče o novorozence je komplexní zdravotní péče poskytnutá na území ČR novorozenci pojištěnému ženy za trvání jejího pojištění od jeho narození do dne ukončení jeho nepřetržité poporodní hospitalizace. Novorozencem se v tomto pojištění rozumí dítě během prvních 3 měsíců života.
19. Smluvní zdravotnické zařízení je zdravotnické zařízení na území ČR, se kterým pojistitel uzavřel smlouvu o poskytování zdravotní péče v souvislosti s tímto pojištěním. Informace o smluvních zdravotnických zařízeních poskytne pojištěnému asistenční služba. Jejich aktuální seznam obdrží pojištěný při uzavření pojistné smlouvy a je k dispozici i na internetových stránkách pojistitele www.slavia-pojistovna.cz.
20. Tranzitní země jsou pouze ty země Schengenského prostoru, na jejichž území pojištěný pobývá po nezbytnou dobu, která je potřebná k nejrychlejší a nejkratší přepravě pojištěného z jeho mateřské země do ČR a zpět.
21. Mateřská země je země, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní.
22. Nesmluvní zdravotnické zařízení je zdravotnické zařízení v ČR, které není smluvním zdravotnickým zařízením, a každé zdravotnické zařízení v jiné části Schengenského prostoru.
23. Vstupní věk pojištěného je dán rozdílem roku počátku pojištění a roku narození pojištěného.
24. Jednorázové pojistné je pojistné stanovené za celou pojistnou dobu.

Článek 3

Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost

1. Předmětem pojištění jsou náklady zdravotní péče poskytnuté pojištěnému na území ČR a související asistenční služby. Jde o komplexní zdravotní péči poskytnutou smluvním zdravotnickým zařízením; v případě nesmluvního zdravotnického zařízení jde o nutnou a neodkladnou zdravotní péči. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO, zahrnuje předchozí část tohoto odstavce nejen pojištěnou, ale i její novorozence.
2. Předmětem pojištění jsou v závislosti na sjednaném rozsahu pojištění také náklady nutné a neodkladné zdravotní péče poskytnuté pojištěnému na území Schengenského prostoru mimo území ČR a související asistenční služby.
3. Škodou se rozumí náklady vynaložené na poskytnutí zdravotní péče pojištěnému v rozsahu sjednaného pojištění.
4. Pojistným nebezpečím při pobytu pojištěného na území ČR je změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku nemoci, úrazu nebo jiných důvodů se zdravotním stavem pojištěného souvisejících, která může nastat za trvání pojištění a způsobit zdravotní stav, který vyžaduje poskytnutí zdravotní péče, případně i potřebu nepřiznivých změnám zdravotního stavu pojištěného lékařskou péčí předcházet. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO, zahrnuje předchozí věta nejen pojištěnou, ale i její novorozence.
5. Pojistnou událostí je nemoc, úraz nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného, v jejímž důsledku nebo k jejímuž odvrácení bylo nutně poskytnout pojištěnému zdravotní péči, případně

asistenční služby, odpovídající podmínkám a rozsahu sjednaného pojištění, přičemž vznikla povinnost pojištěného uhradit zdravotnickému zařízení náklady vynaložené na poskytnutí této zdravotní péče, případně uhradit náklady na asistenční služby jejich poskytovateli. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO, zahrnuje předchozí věta nejen pojištěnou, ale i její novorozence. Zdravotní péče musí být poskytnuta za trvání pojištění a v místě pojištění.

6. Událostí vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.
7. Porod pojištěné je událost, která vznikla zahájením prvního s nastávajícím porodem souvisejícího zdravotního výkonu, který již není součástí těhotenské péče.

Článek 4

Typ pobytu, územní rozsah

1. Rozsah pojištění na území ČR závisí na sjednaném typu pobytu pojištěného na území ČR. Pojištění lze sjednat pro:
 - a) „Pracovní pobyt“
 - b) „Turistický pobyt“
 - c) „Studijní pobyt“Pro území ČR je rozsah pojištění dán sjednaným typem pobytu v ČR.
 2. V pojistné smlouvě lze sjednat územní rozsah „ČR + tranzitní země“ nebo „ČR + Schengen“
 - a) Pokud je v pojistné smlouvě sjednán územní rozsah ČR + tranzitní země, je místem pojištění území ČR a tranzitní země vymezené těmito VPP KZPC.
 - b) Pokud je v pojistné smlouvě sjednán typ pojištění ČR + Schengen, je místem pojištění území celého Schengenského prostoru včetně tranzitních zemí vymezených těmito VPP KZPC.Pro území Schengenského prostoru s výjimkou území ČR se pojištění vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného v Schengenském prostoru, přičemž délka pobytu nesmí přesáhnout 30 dní.

Článek 5

Čekací doba

1. Pojistnou událostí není těhotenství pojištěné, které podle zprávy odborného lékaře nesporně vzniklo před uplynutím třetího měsíce čekací doby. Pojistnou událostí není ani porod, ke kterému došlo před uplynutím osmého měsíce čekací doby. Čekací doba se neuplatní, pokud je ve smlouvě sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO.
2. Pojistnou událostí není porod v důsledku těhotenství pojištěné, které podle lékařských zpráv vzniklo před uplynutím třetího měsíce čekací doby. Pojistnou událostí není ani porod, ke kterému došlo před uplynutím osmého měsíce čekací doby. Čekací doba se neuplatní, pokud je ve smlouvě sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO.
3. V pojistné smlouvě typu ŽENA může být čekací doba podle odst. 1 a odst. 2 zkrácena, pokud tato smlouva navazuje na předcházející pojistnou smlouvu KZPC u pojistitele uzavřenou ve prospěch téže pojištěné.

Článek 6

Rozsah pojištění

1. Pojištěným může být pouze cizinec v dobrém zdravotním stavu.
2. Pojištění lze sjednat v jednom z následujících typů:
 - a) MUŽ
 - b) ŽENATento typ pojištění zahrnuje též komplexní zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v souvislosti s jejím těhotenstvím a porodem v souladu s čl. 5. Nezahrnuje poporodní zdravotní péči o novorozence pojištěného.
 - c) MÁMA A MIMINKOTento typ pojištění zahrnuje komplexní zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v souvislosti s jejím těhotenstvím a porodem bez čekacích dob podle čl. 5. Zahrnuje nad rámec rozsahu pojištění ŽENA poporodní zdravotní péči o novorozence pojištěné, kteří se narodili za trvání jejího pojištění.
 - d) PROFESIONÁLNÍ SPORTTento typ pojištění zahrnuje komplexní zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v souvislosti s událostmi nastalými v souvislosti s provozováním profesionální sportovní činnosti na území ČR.

3. Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady vynaložené oprávněně a prokazatelně v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy:
 - a) na komplexní zdravotní péči poskytnutou pojistnému příslušným zdravotnickým zařízením.
 - b) na poporodní zdravotní péči o novorozence poskytnutou příslušným zdravotnickým zařízením v případě, že byl sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO;
4. Pojistné plnění za komplexní zdravotní péči poskytnutou příslušným zdravotnickým zařízením v ČR podle předcházejícího odstavce bude hrazeno maximálně do výše standardní úhrady této péče z veřejného zdravotního pojištění v ČR, případně standardní úhrady, která by náležela za tuto zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenského prostoru, na jehož území byla nutná a neodkladná péče pojistnému poskytnuta.

5. Pojistitel poskytne pojistnému nebo jiné osobě pojistné plnění za úhradu nákladů, prokazatelně vynaložených v době trvání pojištění na lékařem ambulantně předepsané léky v rozsahu sjednaného typu pojištění podle odst. 4, do výše příslušného limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě. Maximální výše pojistného plnění za úhradu nákladů na lékařem ambulantně předepsané léky je rovna výši úhrady tohoto léku z veřejného zdravotního pojištění v ČR uvedené v příslušném aktuálně platném právním předpisu ministerstva zdravotnictví ČR (Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění).

6. Pojistitel poskytne pojistné plnění v souvislosti s přímým poskytnutím následujících asistenčních služeb:

- a) Repatriace nemocného pojištěného, která je ze zdravotnického hlediska možná a potřebná, a je organizována asistenční službou po rozhodnutí pojistitele a po schválení ošetřujícím lékařem pojištěného, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt. Pojistitel může v odůvodněných a předem schválených případech uhradit i přepravní náklady další osoby nezbytné pro doprovod pojištěného, je-li doprovod z lékařského hlediska nutný.
- b) Převoz tělesných pozůstatků pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, organizovaný asistenční službou po schválení pojistitelem.

7. Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhne nebo pravděpodobně přesáhne dobu trvání pojištění, pojistitel rozhodne o dalším postupu takto:

- a) pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, po souhlasu ošetřujícího lékaře pojistitel rozhodne o jejím uskutečnění;
- b) neumožňuje-li zdravotní stav pojištěného jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem do doby, než bude jeho repatriace z lékařského hlediska možná

8. Rozsah závazku pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezen výlukami z pojištění a limity pojistného plnění.

9. Pojištění se sjednává s následujícími limity:

- a) Komplexní zdravotní péče a převoz je dílčím limitem pojistného plnění za komplexní zdravotní péči včetně nákladů na repatriaci nebo převoz tělesných pozůstatků pojištěného poskytnutou v důsledku všech pojistných událostí vzniklých během trvání pojištění. Repatriace a převoz tělesných pozůstatků musí být organizována výhradně asistenční službou pojistitele.
- b) Stomatologická péče o pojištěného (SP) je dílčím limitem pojistného plnění za všechny stomatologické výkony, které jsou přesně specifikovány v přehledu hrazených stomatologických výkonů. Tento přehled obdrží pojištěný při uzavření pojistné smlouvy a je k dispozici i na internetových stránkách pojistitele www.slavia-pojistovna.cz
- c) Ambulantně pojištěnému předepsané léky (AL) je dílčím limitem pojistného plnění za náklady na léky ambulantně předepsané lékařem pojištěnému v souvislosti se všemi pojistnými událostmi vzniklými během trvání pojištění.
- d) Poporodní zdravotní péče o novorozence je dílčím limitem pojistného plnění za náklady na poporodní zdravotní péči o novorozence za všechny pojistné události všech novorozenců narozených za trvání pojištění jejich matky, které vznikly za trvání pojištění, byl-li sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO.

10. Horní hranici pojistného plnění za škody vzniklé na území Schengenského prostoru mimo území ČR je 30 000,- EUR.

Článek 7 Pojistné plnění

1. Pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě, v případě zdravotní péče poskytnuté příslušným zdravotnickým zařízením přímo zdravotnickému zařízení.
2. Pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě po převzetí originálů předepsaných dokladů (dle čl. 14, odst. 3). Originály těchto dokladů zůstávají pojistiteli a nevrací se. Byl-li předložen originál dokladu o úhradě jiné osobě než pojistiteli, postačí kopie originálu, pokud na ní tato osoba originálně zaznamenala a potvrdila shodu s originálem.
3. V případě, že pojištěný, který je oprávněnou osobou, před poskytnutím pojistného plnění zemřel, postupuje se podle platné právní úpravy.

4. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je plnění podle tohoto článku splatné v méně ČR a na jejím území a pojistitel ho poskytne převodem na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázkou na jméno a adresu oprávněné osoby.
5. V případě, že úhrada nákladů, které jsou předmětem tohoto pojištění, je povinností třetí osoby, ať již ze zákonné nebo smluvního důvodu, pojistitel vyplatí plnění pouze do výše rozdílu mezi skutečnou výší škody a částkou, jejíž úhrada je povinností třetí strany; v případě vícenásobného pojištění se postupuje podle zákona o pojistné smlouvě.

Článek 8 Asistenční služba

1. Účelem asistenční služby je poskytnout pojistnému pomoc v souvislosti s pojistnou událostí, a to zejména v následujících situacích:
 - jazykové problémy při komunikaci se zdravotnickým zařízením,
 - potřeba informací o smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele na území ČR,
 - při zorganizování převozu nebo repatriace pojištěného,
 - potřeba doporučit zdravotnické zařízení v zahraničí v případě úrazu nebo náhlého onemocnění během turistického pobytu pojištěného v Schengenském prostoru.
2. Asistenční služba je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele. Centrála asistenční služby je umístěna v Praze. Kontaktní údaje na centrálu asistenční společnosti jsou uvedeny na zadní straně Průkazu pojištěného.

Článek 9 Vyluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z události, které nastaly před zaplacením pojistného.
2. Pojištění se nevztahuje na události a škody
 - a) vzniklé mimo území ČR v souvislosti s činností pojištěného, která neodpovídá turistickému pobytu
 - b) vzniklé mimo území Schengenského prostoru;
 - c) vzniklé v důsledku teroristické činnosti, na niž se pojištění aktivně podílel;
 - d) vzniklé při přípravě a provozování profesionální sportovní činnosti na území Schengenského prostoru. Tato vyluka se neuplatní při událostech nastalých na území ČR, pokud je sjednán typ pojištění „Profesionální sport“
3. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech:
 - a) umělého oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti, antikoncepce a výkonů s ní souvisejících, interrupce bez dokumentované závažné zdravotní indikace;
 - b) poporodní zdravotní péče o novorozence, kteří se narodili pojištěné za trvání pojištění, není-li sjednán typ pojištění MÁMA A MIMINKO;
 - c) stomatologických výkonů, které nejsou uvedeny v přehledu hrazených stomatologických výkonů vydaných pojistovnou;
 - d) zdravotních výkonů, které nebyly provedeny zdravotnickým zařízením či zdravotnickým pracovníkem nebo nejsou lege artis nebo lékařsky uznávané;
 - e) závodní preventivní péče;
 - f) kosmetických zákroků, akupunktury a homeopatie včetně léčení jimi způsobených komplikací;
 - g) rehabilitace, výcvikové terapie a nácviku soběstačnosti s výjimkou lékařem indikovaných poúrazových nebo pooperačních výkonů;
 - h) fyzikální léčby nebo lázeňského léčení či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů;
 - i) orgánové transplantace, léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve, inzulinoterapie (s výjimkou poskytnutí první pomoci, diabetu u dětí do věku 15 let a též těhotenského diabetu, pokud se pojištění vztahuje na zdravotní péči poskytnutou v souvislosti s těhotenstvím pojištěné), léčení chronické ledvinné nedostatečnosti hemodialýzou či peritoneální hemodialýzou, léčení růstovým hormonem, vyšetření a léčení vrozených vad od stanovení diagnózy; léčení epilepsie s výjimkou poskytnutí první pomoci při záchvatu;
 - j) vyšetření a léčení psychických poruch nesouvisejících s léčením úrazu nebo onemocněním, na které se pojištění vztahuje; psychologická vyšetření a psychoterapie; léčení závislosti včetně vyšetření a komplikací;
 - k) komplikací a následků, které nastanou v souvislosti se zdravotními výkony, na které se pojištění nevztahuje;
 - l) virové hepatitidy, od stanovení diagnózy;
 - m) pohlavních nemocí a AIDS včetně jejich komplikací po stanovení diagnózy; vyšetření na HIV pozitivitu a komplikací souvisejících s HIV pozitivitou;
 - n) zhotovení a opravy brýlí, kontaktních čoček a naslouchacích přístrojů, léčení vad řeči;
 - o) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným mimo území ČR;
 - p) události, ke které došlo v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti v ČR, nebyl-li sjednán typ pojištění – pracovní pobyt;
 - q) úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, volně zakoupených bez lékařského předpisu nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění;

- r) zhotovení a opravy elektrických vozíků a myoelektrických protez;
- s) že se stane pojištěným účastníkem veřejného zdravotního pojištění v ČR.

4. Pojistitel neposkytne pojistné plnění

- a) za události, jejichž zřejmé příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy nebo musely být pojištěnému či pojistníkovi před uzavřením pojistné smlouvy známy;
- b) pokud pojištěný odmítne lékařské ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel, případně asistenční služba;
- c) v případech vycestování do ČR, nebo z ČR do dalších zemí Schengenského prostoru, s úmyslem čerpat zdravotní péče.

5. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud nárok oprávněné osoby z jedné škodní události nedosáhne částky 100 Kč.

6. Nejde-li o léčbu v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče při úrazech nastalých na území ČR u pojistných smluv uzavřených na pojistnou dobu 90 dní nebo delší, pojištění se nevztahuje na

- a) škody vzniklé válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji;
- b) škody vzniklé pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací;
- c) škody vzniklé účinky chemických nebo biologických zbraní;
- d) události, kdy pojištěný vědomě nedodržel zákonná ustanovení platná v místě pojištění (např. řízením motorového vozidla bez platného řidičského oprávnění nebo hrubým porušením předpisů bezpečnosti práce);
- e) události vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků a při výkonu kaskadérské činnosti;
- f) události vzniklé při činnostech na místech, která nejsou k jejich výkonu určena (např. lyžování mimo vyznačené trasy, koupání v místech, kde je to zakázáno, apod.);
- g) události, ke kterým došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - i) požitím alkoholu nebo následky jeho požívání;
 - ii) požitím či jinou aplikací omamných, psychotropních nebo návykových látek;
 - iii) užitím či použitím léčivých přípravků a zdravotnických prostředků v rozporu s doporučením lékaře nebo návodu na jejich užití či použití;
 - iv) manipulací se střelnou zbraní, výbušninou nebo neoprávněnou nebo neodbornou manipulací s pyrotechnickými přípravky a výrobky;
- h) úrazy, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zaviněného nebo spoluzaviněného pojištěného;
- i) události, ke kterým došlo z důvodu zavinění nebo spoluzavinění třetích osob;

Článek 10 Uzavření pojistné smlouvy

1. Pojistná smlouva je uzavřena přijetím návrhu pojistitele. Návrh je přijat podpisem, nejde-li o uzavření pojistné smlouvy na základě návrhu pojistitele, ve kterém je výslovně uvedeno, že pojistná smlouva je uzavřena výhradně zaplacením pojistného ve stanovené výši a ve stanovené lhůtě. Pojistná smlouva je současně pojistkou.

2. Návrh pojistné smlouvy zpracuje pojistitel na základě:

- a) žádosti o uzavření pojistné smlouvy vyplněné a podepsané zájemcem na formuláři pojistitele a
- b) zdravotního dotazníku, který je součástí žádosti o uzavření pojistné smlouvy a je úplně a pravdivě vyplněn a podepsán pojištěným nebo jeho zástupcem na formuláři pojistitele a
- c) protokolu o vstupní lékařské prohlídce pojištěného ve smluvním zdravotnickém zařízení v rozsahu stanoveném pojistitelem.

Zástupcem pojištěného je jeho zákonný nebo zplnomocněný zástupce, případně se souhlasem pojistitele nejbližší příbuzný pojištěného. Výjimečně může pojistitel upustit od požadavku na předložení protokolu o vstupní lékařské prohlídce; jestliže je pojistná smlouva uzavřena bez vstupní lékařské prohlídky, má pojistitel právo do 3 měsíců od počátku pojištění vyzvat pojištěného, aby vstupní lékařskou prohlídku v předepsaném rozsahu absolvoval dodatečně a protokol o jejím absolvování doručil pojistiteli. V případě, že pojistitel zjistí rozdíly mezi zdravotním stavem plynoucím z dotazníku a z tohoto protokolu, je oprávněn dodatečně doměřit pojistníkovi pojistné za zvýšení rizika a určit lhůtu k zaplacení, která nesmí být kratší než 1 měsíc od doručení pojistníkovi. Pokud pojistník ve stanoveném termínu doměrek pojistného neuhradí, sjednaná pojistná doba se zkracuje přiměřeně neuhrazenému doměru pojistného stanovenému pojistitelem.

3. Náklady na vstupní zdravotní prohlídku smluvnímu zdravotnickému zařízení hraď osoba, která podala žádost o uzavření pojistné smlouvy.

4. Po uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi Průkaz pojištěného.

5. K pojistné smlouvě se přikládá aktuální seznam smluvních zdravotnických zařízení a informace o asistenčních službách. Seznam smluvních zdravotnických zařízení a informací o asistenční službě je pojistitel oprávněn měnit. Aktuální znění seznamu smluvních zdravotnických zařízení a informace o asistenční službě jsou zveřejněny na webové stránce pojistitele www.slavia-pojistovna.cz a jsou k dispozici u všech obchodních partnerů pojistitele.

- Podmínkou účinnosti a trvání pojištění v místě pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR, resp. v Schengenském prostoru, při splnění podmínek stanovených příslušnými právními předpisy.

Článek 11

Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

- Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou. Pojistná doba je uvedena v pojistné smlouvě.
- Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako datum počátku pojištění. V případě, že v pojistné smlouvě není výslovně sjednáno datum počátku pojištění platí, že pojištění vzniká v 00:00 hodin dne následujícího po uzavření pojistné smlouvy.
- Pojištění zaniká
 - uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hod. dne sjednaného jako datum konce pojištění, pokud nezaniklo dříve;
 - dnem smrti pojištěného; pokud se však pojištění vztahuje na poporodní zdravotní péči o novorozence zesnulé pojištěné, pojištění zaniká dnem ukončení této péče podle čl. 2, odst. 18, nejpozději však dnem konce pojistné doby sjednané v pojistné smlouvě, která se na tuto péči vztahuje;
 - dnem právní moci rozhodnutí o ukončení platnosti povolení pojištěného k pobytu v ČR, nebo o zamítnutí žádosti pojištěného o povolení pobytu v ČR. Pojištěný je povinen vrátit pojistiteli do tří pracovních dnů ode dne, kdy se o rozhodnutí dozvěděl, všechny doklady osvědčující platnost pojištění;
 - dnem odmítnutí repatriace pojištěným nebo jeho zákonným zástupcem.
- Pojištění se ve smyslu zákona o pojistné smlouvě nepřerušuje.

Článek 12

Povinnosti pojistitele

- Vedle ostatních povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistitel povinen:
 - Po přijetí oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit. Pokud byly náklady vynaložené pojistitelem na šetření vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností pojištěného, má pojistitel právo požadovat na pojištěném, přiměřenou náhradu.
 - Ukončit šetření do 3 měsíců po tom, co mu byla tato událost oznámena. Nemůže-li pojistitel šetření v této lhůtě ukončit, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Lhůta pro šetření neběží, je-li šetření zneemožněno nebo ztíženo vinou oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného. Lhůta pro šetření lze dohodou prodloužit.
 - Zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí; osobní údaje může poskytnout jen v souladu s platným zněním zákona č. 101/2000 Sb., zákona o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění z pojistné smlouvy je vázána na vznik pojistné události a splnění všech podmínek a závazků, které z pojistné smlouvy a jejich součástí vyplývají, např. zaplacení pojistného.
- Pojistitel je povinen poskytovat pojistníkovi i pojištěnému informace a služby zejména při ověřování platnosti a účinnosti pojistné smlouvy a poskytovat potřebné informace týkající se pojištění.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistné smlouvy nebo průkazu pojištěného, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady příslušných druhůpis.
- Pojistitel sděluje zájemci o pojištění informace o pojistiteli a o jeho závazku před uzavřením pojistné smlouvy, a to prostřednictvím svých zaměstnanců a zplnomocněných zástupců.
- Pojistitel během trvání pojistné smlouvy oznamuje pojistníkovi informace na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě.

Článek 13

Povinnosti pojistníka a pojištěného

- Pojistník a pojištěný jsou povinni vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění nebo likvidaci škodné události.
- Pojistník a pojištěný jsou dále povinni:
 - kdykoli po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu všech údajů uvedených v pojistné smlouvě,
 - bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny údajů, na které byli písemně tázáni při sjednávání pojištění,
 - umožnit pojistiteli provést šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejich následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost,

- sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách platných v době vzniku škodné události, jejichž předmětem je pojištění stejného rizika.
- Pojištěný je povinen
 - učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu vzniklé škody,
 - je-li v souvislosti se škodnou událostí podezření ze spáchání trestného činu nebo přestupku, bez zbytečného odkladu oznámit příslušné poznatky Policii ČR nebo jinému odpovědnému orgánu,
 - postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, které mu v souvislosti s pojistnou událostí vzniklo,
 - plnit další povinnosti uložené v pojistných podmínkách a v pojistné smlouvě.
 - odpovědět úplně a pravdivě na všechny dotazy pojistitele týkající se skutečnosti, na které je tázán v pojistné smlouvě (zejména ve zdravotním dotazníku)
 - Vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistník dále povinen
 - zaplatit pojistiteli pojistné,
 - bez zbytečného odkladu, nejpozději do vzniku pojištění, pojištěnému oznámit, že v jeho prospěch bylo sjednáno pojištění, a seznámit pojištěného s právy a povinnostmi, které pro něho ze sjednaného pojištění vyplývají,
 - bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli, že sjednal proti témuž pojištěnému nebezpečí další pojištění u jiného pojistitele, sdělit pojistiteli jméno tohoto pojistitele, výši sjednané pojistné částky a limity pojistného plnění.
 - Pokud mělo vědomé porušení povinností uvedených v čl. 13 a čl. 14 podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. Tím není dotčeno právo pojistitele odmítnout pojistné plnění podle příslušných právních předpisů.

Článek 14

Povinnosti pojištěného při vzniku škodné události

- V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen:
 - vždy a bez odkladu, dovoluje-li to jeho zdravotní stav, obrátit se přímo na asistenční službu, případně na pojistitele, dbát jejich pokynů a na požádání se podrobit zdravotnímu vyšetření ve zdravotnickém zařízení určeném asistenční službou, případně pojistitelem, dbát pokynů a doporučení zdravotnického personálu,
 - v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření, prokázat se poskytovateli zdravotní péče průkazem pojištěného,
 - na žádost pojistitele písemně zprostit poskytovatele zdravotní péče mlčenlivosti a dát pojistiteli písemně oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a zařízení, pojištěnec včetně zdravotních a Policie ČR a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodné události,
 - podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel, případně asistenční služba,
 - pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje nebo doba poskytování zdravotní péče přesáhne dobu trvání pojištění, podstoupit na návrh pojistitele, případně asistenční služby, repatriaci.
- Je-li nesmluvním zdravotnickým zařízením požadováno na pojištěného, aby uhradil náklady, které by mohly být předmětem pojistného plnění, je pojištěný povinen:
 - převzít originály potřebných dokladů v rozsahu podle odst. 3 a bezpečně je uchovat až do jejich předání pojistiteli; tuto povinnost má pojištěný i v ostatních případech přímé úhrady škody,
 - uhradit zdravotnickému zařízení přiměřené a prokazatelné náklady v hotovosti,
 - bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady podle odst. 3 pojistiteli, případně asistenční službě.
- Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit škodnou událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, dát pravdivá vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu jejích následků, předložit doklady potřebné ke zjištění okolností rozhodných pro posouzení nároků na pojistné plnění a k stanovení jeho výše. Oznámení se považuje za přijaté poté, kdy pojištěný pojistiteli písemně oznámí, že nastala škodná událost a podal mu pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba (např. zdravotnické zařízení). Oznámení škodné události včetně příloh musí jednoznačně doložit a prokázat:
 - místo, datum, čas, příčinu a okolnosti vzniku škodné události, její rozsah a souvislost s osobou pojištěného;
 - předmět úhrady, tj. náklady vzniklé poskytnutím nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnému v souvislosti s danou škodnou událostí, a to:
 - originálem lékařské zprávy obsahující podrobný popis zdravotního stavu pojištěného včetně kódů diagnózy, úplný výčet provedených zdravotnických výkonů s jejich popisem, kódy, bodovým hodnocením nebo cenou a daty jejich provedení, názvy a množství podaných léčivých přípravků včetně jejich

- seznam použitého či poskytnutého zdravotnického materiálu a služeb včetně jejich cen, specifikací případné hospitalizace;
 - kopii lékařem ambulantně vystaveného předpisu léků;
 - originálem jiného dokladu vystaveného zdravotnickým zařízením, který obsahuje účel a úplný výčet provedených zdravotnických výkonů s jejich popisem, kódy, bodovým hodnocením nebo cenou a daty jejich provedení, názvy a množství podaných léčivých přípravků včetně jejich cen, seznam použitého či poskytnutého zdravotnického materiálu a služeb včetně jejich cen.
- výši úhrady nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady (např. účetní doklad vystavený zdravotnickým zařízením nebo lékárnou);
- V případě škodné události šetřené policií nebo jiným orgánem státní správy musí být k oznámení škodné události přiložen policejní protokol nebo potvrzení o šetření události, v případě úmrtí pojištěného musí být přiložen úřední úmrtní list a lékařské osvědčení o příčině smrti.
- Všechny doklady musí znit na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem a otiskem razítka vystavitele.

Článek 15

Další práva a povinnosti účastníků pojištění

- Pojistitel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími zařízeními a osobami, a to i v zahraničí.
- Pojištěný, oprávněná osoba nebo osoba, která vynaložila zachraňovací náklady, je povinna učinit opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva na náhradu škody, které podle zákona přechází na pojistitele.
- V případě smrti pojištěného nabývá jeho práv a povinností oprávněná osoba určená podle platných právních předpisů.
- Za osoby nezpůsobilé k právním úkonům jedná jejich zákonný zástupce.
- V případě, že pojistitel poskytl pojistné plnění příslušnému zdravotnickému zařízení nebo osobě, která prokazatelně vynaložila za pojištěného náklady za léčbu v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče při úrazech nastalých na území ČR v době trvání pojištění 90 dní a delší, má pojistitel vůči pojištěnému právo na náhradu vyplaceného pojistného plnění v případě:
 - že pojistná událost byla způsobena požitím nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, omamných, či jiných psychotropních látek pojištěným,
 - že si pojistnou událost pojištěný způsobil úmyslným jednáním.

Článek 16

Pojistné

- Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel, přičemž zohledňuje zdravotní stav pojištěného na základě zdravotního dotazníku a vstupní lékařské prohlídky. Výše pojistného je sjednána v pojistné smlouvě.
- Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu. Toto právo pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
- V pojistné smlouvě se sjednává jednorázové pojistné, které je splatné v plné výši dnem uzavření pojistné smlouvy v méně ČR.
- Pojistitel je oprávněn ověřit si u pojištěného správnost údajů rozhodných pro stanovení výše pojistného.
- Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, a to i v případě, zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby. Toto právo pojistiteli vznikne dnem uzavření pojistné smlouvy.
- Jestliže pojištění zaniklo z důvodu podle čl. 11, odst. 3, písm. c) a za trvání pojištění nenastala pojistná událost, pojistitel vrátí pojistníkovi nespotebované pojistné, snížené o náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

Náklady spojené se vznikem a správou pojištění činí 20% z předepsaného pojistného.

Článek 17

Zachraňovací náklady

Limit zachraňovacích nákladů na záchranu života nebo zdraví pojištěného vynaložených v době trvání pojištění činí 30% z příslušného limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě. Výše náhrady jiných zachraňovacích nákladů vynaložených v době trvání pojištění je limitována částkou 100 000 Kč na jednu a všechny události.

Článek 18

Doručování písemností

- Písemnosti pojistitele (dále jen „písemnosti“) určené pojistníkovi, pojištěnému a každé další osobě, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost (dále jen „adresát“), se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) formou obyčejné nebo doporučené zásilky na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na korespon-

- denční adresu písemně oznámenou pojistiteli adresátem, pokud došlo ke změně korespondenční adresy. Písemnosti mohou být doručovány rovněž zaměstnancem pojistitele nebo jinou pojistitelem pověřenou osobou, v takovém případě se písemnost považuje za doručenu dnem jejího převzetí adresátem.
- Písemnost odeslaná adresátovi obyčejnou zásilkou se považuje za doručenu desátým dnem po prokazatelném odeslání zásilky, i když se adresát o doručení nedozvěděl.
 - Písemnost odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle následující věty, patnáctým dnem po odeslání zásilky. Písemnost odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle dalších odstavců, dnem převzetí uvedeným na dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílnému od adresáta (např. rodinnému příslušníkoví), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
 - Odepře-li adresát převzetí doručované písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy bylo její převzetí adresátem odepřeno.

- Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poště a adresát si písemnost v úložní lhůtě (určené právním předpisem o poštovních službách) nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdřezoval.
- Pokud se písemnost vrátí jako nedoručená z jiných důvodů než je uvedeno v předchozích odstavcích tohoto článku, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojistiteli.
- Předcházející ustanovení tohoto článku se týkají písemností v listinné podobě. Pojistitel zasílá písemnosti v elektronické podobě jen v případech, kdy je tak předem ujednáno. Písemnost odeslaná adresátovi na jeho elektronickou adresu (e-mail) se považuje za doručenu dnem odeslání.

Článek 19 Závěrečná ustanovení

- Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.

- Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
- Komunikačním jazykem je čeština.
- Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den převzetí finanční částky příjemcem. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání finanční částky na účet příjemce.
- Práva a povinnosti z tohoto pojištění se řídí právem ČR. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vypořádání, u příslušného soudu v ČR.
- Tyto všeobecné pojistné podmínky pojistitel vydává v jazyce českém, a též jejich překlad v jazyce ruském, vietnamském a anglickém. Rozhodující je jejich znění v jazyce českém.
- Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 9. ledna 2012.

Přehled hrazených stomatologických výkonů

- 00901 Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta v rámci preventivní péče pouze u dětí do 15. let
- 00908 Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta
- 00910 RTG vyšetření intraorální
- 00911 Zhotovení extraorálního RTG snímku - pouze u úrazu
- 00913 Zhotovení ortopantomogramu - pouze u úrazu
- 00914 Vyhodnocení ortopantomogramu - pouze úrazu
- 00916 Anestezie na foramen mandibule a infraorbitale
- 00917 Anestezie infiltrační a jiné
- 00920 Ošetření zubního kazu - stálý zub - fotokompozitní výplň u pacientů do 18. let v rozsahu špičáků včetně
- 00921 Ošetření zubního kazu - stálý zub
- 00922 Ošetření zubního kazu - dočasný zub
- 00925 Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - stálý zub
- 00954 Cílené vyšetření
- 00949 Extrakce dočasného zuby
- 00950 Extrakce stálého zuby

- 00951 Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu (chirurgické extrakce a revize extrakční rány)
- 00955 Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu (provedení dekapsulace a sutury rány sliznice do 5 cm)
- 00957 Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu
- 00959 Intraorální incize
- 00961 Ošetření komplikací chirurgických výkonů dutiny ústní
- 00962 Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu (pouze manuální repozice luxace TMK)
- 00963 Injekce I.M., S.C., I.D., I.V.

Osvědčení ČSK

- 00952 Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (komplikovaná chirurgická extrakce a primární uzavěr oroantrální komunikace)
- 00956 Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (pouze sutura rány do 5cm)
- 00958 Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní většího rozsahu
- 00960 Zevní incize

Pojišťovna s tradicí
již od roku 1868