

Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče

Článek 1 Úvodní ustanovení

- Zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče (dále jen pojištění NZPC), 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 zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče VPP NZPC 01/2011 (dále jen VPP NZPC) a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. VPP NZPC jsou součástí pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se sjednává v českém jazyce.
- Pojištění NZPC je pojištěním pro případ nemoci podle § 62 zákona o pojistné smlouvě a sjednává se jako pojištění škodové na dobu určitou. Pojištění není sjednáno v rozsahu podle § 62, odst. 3 zákona o pojistné smlouvě.
- Pojistná smlouva o zdravotním pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče je dokladem o cestovním zdravotním pojištění cizinců podle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 2 Vymezení pojmů

- Pojistník** je fyzická nebo právnická osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
- Pojistitel** je Slavia pojišťovna, a.s.
- Pojištěný** je cizinec, na jehož zdraví se pojištění vztahuje.
- Oprávněná osoba** je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění; zpravidla ta, která vynaložila náklady na zdravotní péči o pojištěného.
- Cizinec** je fyzická osoba, která není státním občanem České republiky (dále jen „ČR“).
- 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.
- Turistický pobyt** je pobyt, během kterého pojištěný nevykonává v místě pojištění žádnou výdělečnou činnost, ani možnost takové činnosti nevyhledává.
- Pracovní pobyt v ČR** je pobyt, během kterého pojištěný vykonává v ČR výdělečnou činnost nebo možnost takové činnosti vyhledává.
- Studijní pobyt v ČR** je pobyt v ČR za účelem studia podle zákona o pobytu cizinců na území ČR (§ 42d, § 64 a další).
- Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
- Pojistná událost** je nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Náhlé onemocnění** je náhlé a nepředvídatelné zhoršení zdravotního stavu, které přímo ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
- Úraz** je náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které způsobilo pojištěnému poškození zdraví nebo smrt.
- Nutná a neodkladná zdravotní péče** je zdravotní péče poskytnutá pojištěnému v případě úrazu nebo náhlého onemocnění, kdy by prodloužením mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života. Zahrnuje:
 - nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení;
 - stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření;
 - nutné a neodkladné zdravotní výkony včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu;
 - nezbytnou hospitalizaci po nezbytně nutnou dobu;a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR, případně z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenské dohody, na jehož území, které je součástí Schengenského prostoru, byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta. Její rozsah je dále vymezen výlukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění.
- 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.

- Nesmluvní zdravotnické zařízení** je zdravotnické zařízení na území ČR, které není smluvním zdravotnickým zařízením. Pokud je v pojistné smlouvě sjednán územní rozsah Schengen, je nesmluvním zdravotnickým zařízením také každé zdravotnické zařízení v Schengenském prostoru mimo ČR.
- Vstupní věk pojištěného** je dán rozdílem roku počátku pojištění a roku narození pojištěného.
- Jednorázové pojistné** je pojistné stanovené za celou pojistnou dobu.

Článek 3

Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost

- Předmětem pojištění jsou náklady nutné a neodkladné zdravotní péče poskytnuté pojištěnému a související asistenční služby, přičemž rozsah pojištění je závislý na typu pobytu pojištěného a na místě pobytu pojištěného.
- Pojistným nebezpečím je náhlé onemocnění pojištěného nebo úraz pojištěného, které mohou nastat za trvání pojištění a způsobit stav, který vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
- Škodou se rozumí náklady vynaložené na poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnému v rozsahu sjednaného pojištění.
- Pojistnou událostí je náhlé onemocnění nebo úraz pojištěného, v jejichž důsledku bylo nutné poskytnout pojištěnému nutnou a neodkladnou 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. Pojistné nebezpečí, které pojistnou událost vyvolalo, musí působit, pojistná událost musí nastat a zdravotní péče, s níž je spojen vznik škody, musí být poskytnuta za trvání pojištění a v místě pojištění.
- Události 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.

Článek 4

Typ pobytu, územní rozsah, rozsah pojistného plnění

- Pojištěným může být pouze cizinec v dobrém zdravotním stavu.
- Rozsah pojištění na území ČR závisí na sjednaném typu pobytu pojištěného na území ČR. Pojištění lze sjednat pro:
 - „**Pracovní pobyt v ČR**“ pro vstupní věk pojištěného nejméně 15 let a nejvýše 70 let, nebo
 - „**Turistický pobyt v ČR**“ bez omezení horní hranice vstupního věku, nebo
 - „**Studijní pobyt v ČR**“ pro vstupní věk pojištěného nejméně 15 let a nejvýše 26 let.
- V pojistné smlouvě lze sjednat územní rozsah „**ČR**“ nebo „**Schengen**“.
 - Pokud je v pojistné smlouvě sjednán územní rozsah ČR, je místem pojištění pouze území ČR a rozsah pojištění je dán sjednaným typem pobytu v ČR podle odst. 2.
 - Pokud je v pojistné smlouvě sjednán územní rozsah Schengen, je místem pojištění území celého Schengenského prostoru, přičemž:
 - pro území ČR je rozsah pojištění dán sjednaným typem pobytu v ČR podle odst. 2;
 - pro území Schengenského prostoru s výjimkou území ČR se pojištění vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného v Schengenském prostoru mimo území ČR.
- Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady vynaložené oprávněně a prokazatelně v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy:
 - na nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému smluvním zdravotnickým zařízením v rozsahu sjednaného pojištění;
 - na nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v místě vzniku pojistné události nesmluvním zdravotnickým zařízením v rozsahu sjednaného pojištění, avšak jen v rozsahu nezbytně nutném, případně k dosažení stavu, který umožňuje jeho převoz do smluvního zdravotnického zařízení, ve kterém mu bude poskytnuta další nutná a neodkladná zdravotní péče.
- Výše pojistného plnění pro nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou nesmluvním zdravotnickým zařízením v ČR podle předcházejícího odstavce nemůže přesáhnout standardní úhradu z veřejného zdravotního pojištění v ČR, která by náležela za tuto zdravotní péči, případně standardní úhradu, která by náležela za tuto zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenské dohody, na jehož území, které je součástí Schengenského prostoru, byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta.

6. Pojistitel poskytne pojištěnému nebo jiné osobě pojistné plnění na úhradu nákladů, které vynaložila v době trvání pojištění na lékářem pojištěnému ambulantně předepsané léky v souvislosti s poskytováním nutné a neodkladné zdravotní péče podle odst. 4 v rozsahu sjednaného pojištění, s výjimkou výluk uvedených ve VPP NZPC, do výše příslušného limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě. Maximální výše pojistného plnění za úhradu nákladů na lékářem pojištěnému ambulantně předepsaný lék 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).
7. Pojistitel poskytne pojistné plnění 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.
8. Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhla 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, pojistitel však není povinen hradit náklady této zdravotní péče poskytnuté po uplynutí 15 dnů od konce pojistné doby.
9. Rozsah závazku pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezen výlukami z pojištění a limity pojistného plnění.
10. V pojistné smlouvě se sjednávají limity pojistného plnění s tímto označením:
 - a) **Zdravotní péče a převoz** je limitem pojistného plnění za nutnou a neodkladnou zdravotní péči včetně nákladů na repatriaci nebo převoz tělesných pozůstatků pojištěného podle odst. 7 poskytnutou při jedné pojistné události.
 - b) **Stomatologická péče** je dílčím limitem pojistného plnění za všechny stomatologické výkony, které nejsou předmětem výluky podle čl. 7, odst. 4, písm. c) a které pojištěný v souvislosti s pojistnou událostí podstoupil během kteréhokoliv ročního úseku pojistné doby, resp. během celé pojistné doby, je-li kratší než rok.
 - c) **Ambulantně předepsané léky** je dílčím limitem pojistného plnění za náklady na léky ambulantně předepsané lékařem podle odst. 6 v souvislosti s pojistnou událostí během kteréhokoliv ročního úseku pojistné doby, resp. během celé pojistné doby, je-li kratší než rok.

Článek 5 Pojistné plnění

1. Pojistné plnění pojistitel poskytne oprávněné osobě, v případě zdravotní péče poskytnuté smluvním zdravotnickým zařízením přímo příslušnému zdravotnickému zařízení.
2. Pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě po převzetí originálů předepsaných dokladů (viz čl. 12, odst. 3). Originály těchto dokladů zůstávají pojistiteli a nevracejí se. Byl-li předložen originál dokladu k úhradě jiné osobě než pojistiteli, postačí kopie originálu, pokud na ní tato osoba originálně zaznamenala a potvrdila částky, které uhradila.
3. V případě, že pojištěný, který je oprávněnou osobou, před poskytnutím pojistného plnění zemřel, postupuje se podle § 51 zákona o pojistné smlouvě.
4. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je finanční plnění podle tohoto článku splatné v měně ČR a na jejím území a pojistitel ho poskytuje 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 zákonného 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.
6. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, že jsou splněny podmínky pro uplatnění nároku na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti za škodu.
7. Pojistitel může pojistné plnění snížit jen v případech uvedených v zákoně o pojistné smlouvě.

Článek 6 Asistenční služba

1. Účelem asistenční služby je poskytnout pojištěnému 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,
 - potřeba doporučit zdravotnické zařízení v zahraničí v případě úrazu nebo náhlého onemocnění během turistické cesty v Schengenském prostoru, v případě, že byl sjednán územní rozsah Schengen,
 - při zorganizování převozu nebo repatriace pojištěného.
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 7 Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
2. Pojištění se nevztahuje na události a škody:
 - a) vzniklé mimo území ČR, byl-li sjednán územní rozsah „ČR“;
 - b) vzniklé mimo území Schengenského prostoru, byl-li sjednán územní rozsah „Schengen“;
 - c) vzniklé v ČR v souvislosti s činnostmi pojištěného, která neodpovídá sjednanému typu pobytu v ČR;
 - d) vzniklé v Schengenském prostoru mimo ČR v souvislosti s činnostmi pojištěného, která neodpovídá turistickému pobytu v Schengenském prostoru mimo území ČR.
3. Pojištění se nevztahuje na škody vzniklé
 - a) válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji;
 - b) akty násilí, včetně teroristických, na nichž se pojištěný aktivně podílel;
 - c) pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací;
 - d) účinky chemických nebo biologických zbraní.
4. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech:
 - a) umělého oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti, antikoncepce a výkonů s ní souvisejících, interrupce;
 - b) zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem pojištěné;
 - c) stomatologických výkonů s výjimkou nutného a neodkladného ošetření zubů pojištěného, které zahrnuje pouze akutní stomatologické výkony uskutečněné s cílem odstranit následky úrazu nebo náhle vzniklou bolest včetně případné extrakce nebo výplně;
 - d) vyšetření a léčení psychických poruch nesouvisejících s léčením úrazu nebo náhlého onemocnění, na které se pojištění vztahuje; psychologická vyšetření a terapie; léčení závislosti včetně vyšetření a komplikací;
 - e) zdravotních výkonů, které nebyly provedeny zdravotnickým zařízením či zdravotnickým pracovníkem nebo nejsou lege artis nebo lékařsky uznávané;
 - f) závodní preventivní péče, preventivních prohlídek, očkování; dále kontrolních lékařských vyšetření a jiných zdravotních výkonů včetně podání či předepsání léků, nejde-li o součást nutné a neodkladné zdravotní péče v přímé souvislosti s náhlým onemocněním nebo úrazem, na které se pojištění vztahuje;
 - g) kosmetických zákroků, akupunktury a homeopatie včetně léčení jimi způsobených komplikací;
 - h) rehabilitace, výcvikové terapie a nácviku soběstačnosti s výjimkou lékařem indikovaných pourazových nebo pooperačních výkonů;
 - i) fyzikální léčby nebo lázeňského léčení či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů;
 - j) orgánové transplantace, léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve, inzulinoterapie (s výjimkou poskytnutí první pomoci), léčení chronické ledvinné nedostatečnosti hemodialýzou či peritoneální hemodialýzou, léčení růstovým hormonem, vyšetření a léčení vrozených vad a nemocí;
 - k) komplikací a následků, které nastanou v souvislosti se zdravotními výkony, na které se pojištění nevztahuje;
 - l) pohlavních nemocí a AIDS včetně jejich komplikací a vyšetření na HIV pozitivitu;
 - m) zhotovení a opravy brýlí, kontaktních čoček a naslouchacích přístrojů, léčení vad řeči;
 - n) 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);
 - o) události vzniklé při přípravě a provozování profesionální sportovní činnosti;
 - p) události vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků a při výkonu kaskadérské činnosti;
 - q) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným mimo území ČR;
 - r) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným na území ČR, není-li v pojistné smlouvě sjednán „Pracovní pobyt v ČR“ podle čl. 4, odst. 2, písm. a);
 - s) události vzniklé při provozování sportů v rámci organizovaných soutěží a závodů včetně tréninků;
 - t) události vzniklé při přípravě nebo provozování extrémních, nebezpečných nebo adrenalinových sportů nebo v přímé souvislosti s nimi, jako např. kontaktní bojové sporty, skoky na laně, horolezectví, speleologie, skialpinismus, canyoning, parasailing, paragliding, letecké sporty včetně všech činností spadajících do kategorie ultralehkého létání, parašutismus, automobilosport, vodní motorové sporty včetně vodního lyžování, jízdy na motorovém vodním skútru, jízdy na motorovém člunu bez ohledu na výkon pohonné jednotky, sjíždění divokých řek, potápění, jízda na koni, skateboardu, bobech, skeletonu, akrobacie a skoky na lyžích, lední hokej a pod.;
 - u) události vzniklé v souvislosti s účastí pojištěného na pouťových atrakcích nebo při účasti pojištěného na jejich provozování;
 - v) úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, volně zakoupených bez lékařského předpisu nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění;
 - w) zhotovení a opravy elektrických vozíků a myoelektrických protéz.
5. 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) za 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.);
 - d) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:

- i) požitím alkoholu nebo následky jeho požívání, nejde-li o úraz;
 - ii) požitím či jinou aplikací omamných, psychotropních nebo návykových látek, nejde-li o úraz;
 - e) za léčení novotvarů, jejichž vznik ovlivnilo kouření;
 - f) v případech vycestování do ČR, nebo z ČR do dalších zemí Schengenského prostoru, za účelem čerpání zdravotní péče.
6. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud nárok oprávněné osoby z jedné škodní události nedosáhne částky 100 Kč.

Článek 8 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. Po uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi Průkaz pojištěného.
3. K pojistné smlouvě se přikládá aktuální seznam smluvních zdravotnických zařízení a informace o asistenční službě. Seznam smluvních zdravotnických zařízení a informaci 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.
4. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění v místě pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR při splnění podmínek stanovených právními předpisy ČR; v případě, že je sjednán územní rozsah Schengen, též legální pobyt na území Schengenského prostoru mimo ČR.

Článek 9 Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

1. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou. Pojistná doba je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako datum počátku pojištění, nejdříve však v 00:00 hodin dne následujícího po uzavření pojistné smlouvy.
3. Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hod. dne sjednaného jako datum konce pojištění, pokud nezanklo dříve.
4. Pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.
5. Pojištění zaniká dnem odmítnutí repatriace pojištěným nebo jeho zákonným zástupcem.
6. Pojištění se ve smyslu zákona o pojistné smlouvě nepřerušuje.

Článek 10 Povinnosti pojistitele

1. Vedle ostatních povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistitel povinen:
 - a) 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.
 - b) 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 znemožněno nebo ztíženo vinou oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného. Lhůtu pro šetření lze dohodou prodloužit
 - c) 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 se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.
2. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
3. 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.
4. 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.
5. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistné smlouvy nebo Průkazu pojištěného, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady příslušný druhopis.
6. Pojistitel sděluje zájemci o pojištění informace o pojistiteli a o jeho závazku před uzavřením pojistné smlouvy, a to prostřednictvím svých zaměstnanců a zplnomocněných zástupců.
7. Pojistitel během trvání pojistné smlouvy oznamuje pojistníkovi informace na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě.

Článek 11 Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni, vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy a v čl. 12, pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí

i v případě, že jde o změnu pojištění nebo vyřizování škodné události. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.

2. Pojistník a pojištěný jsou dále povinni:
 - a) kdykoli po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu všech údajů uvedených v pojistné smlouvě,
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny údajů, na které byli písemně dotázáni při sjednávání pojištění,
 - c) umožnit pojistiteli provést šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejích následků a pojistiteli při tom poskytnout svou součinnost,
 - d) sdělit pojistiteli údaje o všech pojistných smlouvách platných v době vzniku škodné události, jejichž předmětem je pojištění stejného rizika.
3. Pojištěný je povinen
 - a) učinit vše k odvrácení vzniku pojistné události a ke snížení rozsahu vzniklé škody,
 - b) je-li v souvislosti se škodnou událostí podezření ze spáchání trestného činu nebo přestupku, bez zbytečného odkladu oznámit příslušné poznamky Policii ČR nebo jinému příslušnému orgánu,
 - c) postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, které mu v souvislosti s pojistnou událostí vzniklo,
 - d) plnit další povinnosti uložené v pojistných podmínkách a v pojistné smlouvě.
4. Vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistník dále povinen
 - a) zaplatit pojistiteli pojistné,
 - b) 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,
 - c) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli, že sjednal proti témuž pojistnému nebezpečí další pojištění u jiného pojistitele, sdělit pojistiteli jméno tohoto pojistitele, výši sjednané pojistné částky a limity pojistného plnění.
5. Pokud mělo vědomé porušení povinností uvedených v čl. 11 a čl. 12 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 zákona o pojistné smlouvě.

Článek 12 Povinnosti pojištěného při vzniku škodné události

1. V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen:
 - a) 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,
 - b) v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření, prokázat se poskytovateli zdravotní péče Průkazem pojištěného,
 - c) 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, pojišťoven včetně zdravotnicích a Policie ČR a jsou nutné pro šetření pojistitele v případě škodné události,
 - d) podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel, případně asistenční služba,
 - e) pokud to zdravotní stav pojištěného umožňuje nebo doba poskytování zdravotní péče přesáhne dobu trvání pojištění, podstoupit na návrh pojistitele, případně asistenční služby, repatriaci.
2. Je-li nesmluvním zdravotnickým zařízením požadováno na pojištěném, aby uhradil náklady, které by mohly být předmětem pojistného plnění, je pojištěný povinen:
 - a) 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,
 - b) uhradit zdravotnickému zařízení přiměřené a prokazatelné náklady v hotovosti,
 - c) bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady podle odst. 3 pojistiteli, případně asistenční službě.
3. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit škodnou událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, dát pravdivé 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 oznámil, že nastala škodná událost a podal mu pravdivé 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:
 - a) místo, datum, čas, příčinu a okolnosti vzniku škodné události, její rozsah a souvislost s osobou pojištěného;
 - b) předmět úhrady, tj. náklady vzniklé poskytnutím nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnému v souvislosti s danou škodnou událostí, a to:
 - i) originálem lékařské zprávy obsahující podrobný popis zdravotního stavu pojištěného včetně kódů diagnóz, 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, specifikací případné hospitalizace;

- ii) kopii lékařem ambulantně vystaveného předpisu léků;
- iii) 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 použitých či poskytnutého zdravotnického materiálu a služeb včetně jejich cen.

c) výši úhrady nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady (např. účetní doklad vystavený zdravotnickým zařízením nebo lékárnou);

V případné 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 přiložené k písemnému oznámení škodné události musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem a otiskem razítka vystavitele.

Článek 13

Další práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Pojistitel není povinen zkoumat případnou nadbytečnost pojištění, zejména zda je úhrada nákladů zdravotní péče o pojištěného zajištěna i jiným způsobem.
2. Pojistitel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími zařízeními a osobami.
3. 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.
4. V případě smrti pojištěného nabývá jeho práv a povinností oprávněná osoba určená podle § 51 zákona o pojistné smlouvě.
5. Za osoby nezpůsobilé k právním úkonům jedná jejich zákonný zástupce.

Článek 14

Pojistné

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel. Výše pojistného je sjednána v pojistné smlouvě.
2. Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu. Toto právo pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
3. V pojistné smlouvě se sjednává jednorázové pojistné, které je splatné v plné výši dnem uzavření pojistné smlouvy v měně ČR.
4. Pojistitel je oprávněn ověřit správnost údajů pojištěného rozhodných pro stanovení výše pojistného.
5. Pojistitel nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
6. Je-li pojistná smlouva ukončena před datem počátku pojištění, pojistitel vrátí pojistníkovi po vrácení všech dokladů osvědčujících platnost pojištění, které pojistitel pojistníkovi vydal, přijaté pojistné snížené o náklady spojené se vznikem a správou pojištění.

Článek 15

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 16

Doručování písemností

1. 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 zápsilky na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na korespondenční 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.
2. Písemnost odeslaná adresátovi obyčejnou zápsilkou se považuje za doručenu desátým dnem po prokazatelném odeslání zápsilky, i když se adresát o doručení nedozvěděl.
3. Písemnost odeslaná adresátovi doporučenou zápsilkou se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle následující věty, patnáctým dnem po odeslání zápsilky. Písemnost odeslaná adresátovi doporučenou zápsilkou s dodejkou se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle dalších odstavců, dnem převzetí uvedeným na dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zápsilka doručená příjemci rozdílnému od adresáta (např. rodinnému příslušníkovi), jemuž pošta doručila zápsilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
4. Odepře-li adresát převzetí doručované písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy bylo její převzetí adresátem odepřeno.
5. Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zápsilkou nebo doporučenou zápsilkou 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 nezdržoval.
6. 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.
7. 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 17

Závěrečná ustanovení

1. Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
2. Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
3. Komunikačním jazykem je čeština.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. ledna 2011.

Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals General Terms and Conditions

Article 1

Introductory Provisions

1. Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals (hereinafter the "Insurance (Contract)") provided by Slavia pojišťovna a.s., Id. No.: 60197501, with its registered office at Revoluční 1, 110 00 Praha 1, Czech Republic (hereinafter the "Insurer"), shall be governed by the laws of the Czech Republic, particularly Act No. 37/2004 Coll., on insurance policy, as amended, these Terms and Conditions applicable to Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals VPP NZPC 01/2011 (hereinafter the "General Terms and Conditions") and the provisions set out in the Insurance Contract. These General Terms and Conditions form an integral part of the Insurance Contract. The Insurance Contract is concluded in the Czech language.
2. The Insurance is insurance for the event of illness under Section 62 of the Insurance Policy Act and it is taken out as an insurance product against loss and damage for a fixed term. The Insurance is not taken out in the extent stipulated under Section 62(3) of the Insurance Policy Act.
3. The Insurance Contract applicable to Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals is evidence of travel health insurance for foreign nationals pursuant to Act No. 326/1999 Coll., on stay of foreign nationals in the Czech Republic, as amended.

Article 2

Definitions

1. **Policyholder** is the individual or the legal person that has concluded an insurance contract with the Insurer and is responsible for payment of the insurance premiums.
2. **Insurer** is Slavia pojišťovna, a.s.
3. **Insured (Person)** is the foreign national to whose health the Insurance relates.
4. **Beneficiary** is the party entitled to indemnity resulting from an Insured Event; usually the party which bore the costs of healthcare provided to the Insured Person.
5. **Foreign National** is an individual who is not a national of the Czech Republic (hereinafter the "CR").
6. **Insured Person's Card** is written confirmation from the Insurer for the healthcare provider concerning the Insurance Period and extent. Contact details for the assistance service are provided on the reverse of the Insured Person's Card.
7. **Tourist Stay** is a stay during which the Insured Person does not perform/seek any gainful activity at the place of insurance.
8. **Business Stay in the CR** is a stay during which the Insured Person performs/ seeks a gainful activity in the CR.
9. **Study Stay in the CR** is a stay in the CR for the purpose of study pursuant to

- the Act on Stay of Foreign Nationals in the CR (Section 42d, Section 64 and other).
10. **Loss Event** is an event resulting in a loss which may constitute grounds for the establishment of the right to indemnity.
 11. **Insured Event** is an accidental state of affairs associated with the establishment of the responsibility for indemnity payment on the part of the Insurer.
 12. **Insurance Period** is the period for which the Insurance was agreed.
 13. **Sudden Illness** means sudden and unpredictable health deterioration that represents a direct threat to health or life of the Insured Person, requiring acute and emergency care.
 14. **Injury** means sudden and unanticipated exertion of external forces or the Insured Person's own strength independent of the will of the Insured Person, resulting in damage to the health of the Insured Person or his/her death.
 15. **Acute and Emergency Care** means healthcare provided to the Insured Person in the event of an Injury or Sudden Illness, where any delay can result in serious deterioration of health, harm to health or a threat to life. It includes:
 - a) acute care provided by a medical assistance or emergency service;
 - b) doctor-indicated transportation to the nearest expert healthcare facility;
 - c) establishment of diagnosis and treatment, including necessary examination;
 - d) acute and emergency medical interventions including necessary medicines and medical stores;
 - e) necessary hospitalisation for a necessary period of time;
 The preceding are covered up to the extent of the acute and emergency care normally covered by the general health insurance system of the CR, or the general health insurance system of another Schengen Member State, in whose territory, forming part of the Schengen Area, such acute and emergency care was provided to the Insured Person. The extent is further determined by the exclusions from the Insurance coverage and by the agreed indemnity limits.
 16. **Contracted Medical Facility** is a medical facility in the CR with which the Insurer has signed a contract regarding the provision of the healthcare covered by this Insurance. Information on the Contracted Medical Facilities shall be provided to the Insured Person by the assistance service. The current list shall be provided to the Insured Person upon the conclusion of the Insurance Contract. It is also available on the Insurer's website at www.slavia-pojistovna.cz.
 17. **Non-contracted Medical Facility** is any medical facility in the CR which is not a Contracted Medical Facility. If the Insurance Contract covers the Schengen Area, Non-contracted Medical Facilities shall also include any medical facility in the Schengen Area outside of the CR.
 18. **Initial Age of the Insured** is the difference between the year when the Insurance commenced and the year of birth of the Insured Person.
 19. **One-off Premium** is a premium determined for the entire Insurance Period.

Article 3

Subject of the Insurance, Insured Risk, Insured Event

1. The Insurance applies to the cost of acute and emergency care provided to the Insured Person and related assistance services with the Insurance extent depending on the nature of the Insured Person's stay and on the place of stay of the Insured Person.
2. The Insured Risk consists in a Sudden Illness or an Injury of the Insured Person which may occur during the term of the Insurance and cause a condition requiring provision of acute and emergency care.
3. Loss means the costs incurred to provide acute and emergency care to the Insured Person in the extent of the agreed Insurance.
4. An Insured Event is a Sudden Illness or an Injury of the Insured Person resulting in provision to the Insured Person of acute and emergency care, or an assistance service, as the case may be, corresponding to the terms and extent of the agreed Insurance, where the provision of such care resulted in liability on the part of the Insured Person to cover the costs of care incurred, or to cover the costs of assistance services to their provider. The Insured Risk due to which the Insured Event occurred must be the cause of the Insured Event, the Insured Event must occur and healthcare related to the occurrence of a loss be provided within the Insurance Period and at the place of insurance.
5. Events arising from one cause, comprising all the facts and their consequences, amongst which there is a causal, chronological or other direct link, shall be deemed to be a single Insured Event.

Article 4

Type of Stay, Territorial Scope of Insurance, Extent of Indemnity

1. The Insured Person can only be a foreign national of sound health.
2. The scope of insurance in the CR depends on the agreed type of stay of the Insured Person in the CR. The Insurance can be taken out for:
 - a) **Business Stay in the CR** for the initial age of the Insured Person between 15 and 70 years, or
 - b) **Tourist Stay in the CR** without limitation of the maximum initial age, or
 - c) **Study Stay in the CR** for the initial age of the Insured Person between 15 and 26 years.
3. The Insurance Contract may set out the territorial scope of "the CR" or "the Schengen Area".
 - a) If the Insurance Contract sets out the territorial scope of the CR, the place of Insurance is the CR only and the scope of Insurance is derived from the agreed type of stay in the CR under paragraph 2.
 - b) If the Insurance Contract sets out the territorial scope of the Schengen Area, the place of insurance is the entire Schengen Area, where:
 - i) for the territory of the CR, the scope of Insurance is determined by the agreed type of stay in the CR under paragraph 2;

- ii) for the Schengen Area with the exception of the CR, the Insurance shall only apply to the Tourist Stay of the Insured Person in the Schengen Area outside of the CR.
4. The insurance indemnity covers the necessary and reasonable costs justifiably and demonstrably incurred in accordance with the applicable medical and legal regulations:
 - a) of acute and emergency care provided to the Insured Person by a Contracted Medical Facility in the extent of the agreed Insurance;
 - b) of acute and emergency care provided to the Insured Person by a Non-contracted Medical Facility in the extent of the agreed Insurance at the place where the Insured Event took place, but only as absolutely necessary, or in order to achieve a condition allowing for the Insured Person's transport to a Contracted Medical Facility where further acute and emergency care will be provided.
 5. Total indemnity paid for acute and emergency care provided by a Non-contracted Medical Facility in the CR under the previous paragraph may not exceed a standard payment in the Czech general health insurance system which would otherwise be paid for such care, or a standard payment which would otherwise be paid in the general health insurance system of another Schengen Member State, in whose territory, forming part of the Schengen Area, such acute and emergency care was provided to the Insured Person.
 6. The Insurer shall provide indemnity to the Insured Person or to another person to cover the costs incurred during the Insurance Period for medicines prescribed to the Insured Person during outpatient care related to the provision of acute and emergency care under par. 4 in the extent of the agreed Insurance, with the exception of the exclusions specified in the General Terms and Conditions, up to the relevant indemnity limit as agreed in the Insurance Contract. The maximum indemnity to cover the costs of medicines prescribed to the Insured Person during outpatient care shall not exceed the amount to be paid for such medicines within the Czech general health insurance system specified in the applicable currently valid regulation of the Ministry of Health of the CR (see the list of the medicines covered by the general healthcare insurance system).
 7. The Insurer shall provide indemnity by direct provision of the following assistance services:
 - a) Repatriation of the sick Insured Person, which is possible and necessary from the healthcare viewpoint and is organised by the assistance service provider based on a decision of the Insurer and with the assent of the attending doctor of the Insured Person to the country of which the Insured Person is a passport holder or to another country in which the Insured Person is permitted residence. Upon prior approval and if duly justified, the Insurer may also cover the transportation costs of another person required to accompany the Insured Person if necessary from the medical viewpoint;
 - b) Transport of the bodily remains of the Insured Person to the country of which the Insured Person was a passport holder or to another country in which the Insured Person was permitted residence, organised by the assistance service upon approval by the Insurer.
 8. If an Insured Event has taken place and continuous hospitalisation of the Insured Person exceeds or is likely to exceed the Insurance Period, the Insurer shall decide on the follow-up procedure as follows:
 - a) if the state of health of the Insured Person allows for repatriation, the Insurer will decide, with the assent of the attending doctor, on repatriation;
 - b) if the state of health of the Insured Person does not allow for repatriation, the Insured Person shall be treated in a medical facility designated by the Insurer until his/her repatriation is possible; however, the Insurer shall not cover the costs of healthcare provided after the lapse of 15 days from the end of the Insurance Period.
 9. The extent of the Insurer's obligation to provide indemnity is limited by exclusions from the Insurance and by indemnity limits.
 10. The following indemnity limits are agreed in the Insurance Contract:
 - a) **Healthcare and transport** is an indemnity limit for the provision of acute and emergency care provided in respect of one Insured Event, including the costs of repatriation or transport of the bodily remains of the Insured Person under par. 7.
 - b) **Dental care** is a partial indemnity limit for all dental interventions that are not excluded under Art. 7(4)(c) and which the Insured Person underwent in relation to an Insured Event during any one-year period of the Insurance Period, or, as the case may be, during the entire Insurance Period if it is less than one year.
 - c) **Medicines prescribed during outpatient care** is a partial indemnity limit for any medicines prescribed by a doctor during outpatient care under par. 6 in relation to the Insured Event during any one-year period of the Insurance Period, or, as the case may be, during the entire Insurance Period if it is less than one year.

Article 5 Indemnity

1. The indemnity shall be paid by the Insurer to the Beneficiary; in respect of healthcare provided by a Contracted Medical Facility, the indemnity shall be paid directly to that medical facility.
2. The indemnity shall be paid by the Insurer to the Beneficiary upon presentation of the original counterparts of the required documents (see Art. 12(3)). The original counterparts of these documents shall remain with the Insurer and will not be returned. If the original counterpart of a document has been submitted for payment to a person other than the Insurer, a copy showing and confirming payments incurred by that person shall suffice.
3. If the Insured Person who is the Beneficiary deceases with an outstanding claim to indemnity which s/he did not receive during his/her lifetime, the procedure shall be governed by Section 51 of the Insurance Policy Act.
4. Unless agreed otherwise in writing by the parties, financial settlement under this Article is payable in the territory and in the currency of the CR and the

Insurer shall provide it by means of a wire transfer to the bank account of the Beneficiary or a postal order to the name and address of the Beneficiary.

5. If the costs covered by this Insurance fall within the responsibility of a third party, be it due to legal or contractual reasons, they shall be paid by that third party and the Insurer shall pay out only the difference between the actual loss amount and the amount which is to be covered by the third party. In the event of multiple insurance, payment shall be made in accordance with the Insurance Policy Act.
6. The Insurer shall not pay out any indemnity if the conditions are met to claim indemnity arising from third-party liability insurance.
7. The indemnity may only be reduced by the Insurer in the cases specified in the Insurance Policy Act.

Article 6 Assistance Service

1. The purpose of the assistance service is to provide assistance to the Insured Person in relation to an Insured Event, particularly in the following situations:
 - language difficulties while communicating with the medical facility;
 - the need to obtain information on the Insurer's Contracted Medical Facilities;
 - the need to recommend a medical facility abroad in the event of an Injury or a Sudden Illness during a Tourist Stay in the Schengen Area, provided that the territorial scope has been agreed to cover the Schengen Area;
 - arranging for transport or repatriation of the Insured Person.
2. The assistance service is provided by the Insurer's contractor. The headquarters of the assistance service are situated in Prague. For contact details of the assistance service headquarters, see the reverse of the Insured Person's Card.

Article 7 Exclusions from Insurance Coverage

1. The Insurer is not obliged to provide indemnity in cases that had occurred before the premium was paid.
2. The Insurance shall not cover any event or damage that occurred:
 - a) outside of the CR, for the territorial scope of insurance "CR";
 - b) outside of the Schengen Area, for the territorial scope of insurance "Schengen";
 - c) in the CR, due to any activity of the Insured Person that does not correspond to the agreed type of stay of the Insured Person in the CR;
 - d) in the Schengen Area outside of the CR, due to any activity of the Insured Person that does not correspond to the Tourist Stay of the Insured Person in the Schengen Area outside of the CR.
3. The Insurance shall not cover any damage incurred due to
 - a) war, civil war or civil disturbances;
 - b) acts of violence (including terrorist activity) in which the Insured Person actively participated;
 - c) hard radiation, nuclear reaction or radioactive contamination;
 - d) the effects of chemical or biological weapons.
4. The Insurer shall not provide indemnity in the cases of:
 - a) artificial fertilization, infertility examination and treatment, contraception and related interventions, abortion;
 - b) healthcare related to the pregnancy and childbirth of the Insured Person;
 - c) dental treatment and related services, with the exception of acute and emergency treatment, with the aim of removing consequences of an Injury or alleviating sudden pain, including tooth extraction or filling, if necessary;
 - d) examination and treatment of mental defects not related to an Injury or Sudden Illness to which the Insurance applies; psychological examination and psychotherapy; treatment of addictions, including examination and complications;
 - e) services not provided by a medical facility and medical staff; or examination and treatment which is non lege artis or not recognised from the medical viewpoint;
 - f) corporate preventive care, preventive examination, vaccination, check-ups and other medical interventions including administration or prescription of medicines, unless part of acute and emergency care directly related to a Sudden Illness or Injury to which the Insurance applies;
 - g) cosmetic procedures, acupuncture and homeopathy, including complications caused thereby;
 - h) rehabilitation, behavioural therapy and self-support training, with the exception of doctor-indicated post-trauma or post-surgery interventions;
 - i) physical or spa treatment or care provided by specialised medical institutions, and chiropractor services;
 - j) organ transplantation, treatment of haemophilia and other blood coagulation defects, insulin therapy with the exception of first aid, treatment of chronic renal insufficiency with the help of haemodialysis and peritoneal haemodialysis, growth hormone therapy, examination and treatment of congenital defects and diseases;
 - k) complications and consequences that may arise during the treatment of illnesses or injuries to which the Insurance does not apply;
 - l) sexual diseases and AIDS (including their complications) and tests to determine HIV infection;
 - m) manufacture and repair of glasses, contact lenses and hearing aids, treatment of speech defects;
 - n) for events when the Insured Person knowingly failed to observe legal regulations applicable at the place of Insurance (e.g. driving a motor vehicle without a valid driving license or due to gross violation of occupational safety regulations);
 - o) for events occurring during the performance of and training for a professional sporting activity;

- p) for events occurring during the testing of means of transport and during the performance of stuntman activities;
 - q) for events occurring during the seeking for and performance of working activities by the Insured Person outside the territory of the CR;
 - r) for events occurring during the seeking for and performance of working activities by the Insured Person in the CR unless a "Business Stay in the CR" was agreed in the Insurance Contract under Article 4(2)(a);
 - s) for events occurring during the performance of and training for sporting activities within the framework of organised competitions and races;
 - t) for events occurring during the performance of and training for extreme, dangerous or adrenaline sports or directly related thereto, i.e. activities such as full-contact combat sports, bungee jumping, rock-climbing, speleology, ski alpinism, canyoning, parasailing, paragliding, flying including all activities falling within the category of ultra-light flying, parachuting, motor sports, water motor sports including water skiing, water motor scooter riding, motor boating (regardless of the propeller output), white water canoeing and rafting, scuba diving, horse riding, skateboarding, bobsleighting, skeletoning, ski acrobatics and jumping, ice hockey playing, etc.;
 - u) for events occurring while the Insured Person uses fair-ground attractions or is involved in their operation;
 - v) compensation for medicines and medical devices prescribed by a doctor during outpatient care or freely purchased without a doctor's prescription, or whose administration had started prior to the commencement of the Insurance;
 - w) manufacture and repair of powered wheelchairs and myoelectric prostheses.
5. The Insurer shall not pay indemnity:
 - a) for events whose apparent symptoms had manifested or must have been known to the Insured Person or to the Policyholder prior to conclusion of the Insurance Contract;
 - b) if the Insured Person refuses to undergo treatment or the required health examination by a doctor designated by the Insurer or the Insurer's assistance service provider, if any;
 - c) for events occurring during activities at locations not designated for such purpose (e.g. skiing outside of trails and boundaries, swimming in areas where it is forbidden, etc.);
 - d) if a Loss Event occurred as a result of or in connection with:
 - i) use of alcohol or consequences related to alcohol use unless an injury is involved;
 - ii) consumption or another application of narcotic, psychotropic or addictive substances unless an injury is involved;
 - e) treatment of neoplasm whose development was affected by smoking.
 - f) in the event of travelling to the CR or outside of the CR to other Schengen Member States for the purpose of obtaining healthcare.
 6. The Insurer shall not pay indemnity if the entitlement of the Beneficiary from one Insured Event does not exceed CZK 100.00.

Article 8 Conclusion of the Insurance Contract

1. The Insurance Contract is concluded upon acceptance of the Insurer's draft contract. The draft contract is accepted when signed unless the Insurance contract is being concluded on the basis of the Insurer's draft which expressly stipulates that the Insurance Contract is concluded only after the premium is paid in the specified amount and by the specific deadline. The Insurance Contract is simultaneously an insurance policy (insurance certificate).
2. After conclusion of the Insurance Contract, the Insurer shall issue the Insured Person's Card to the Policyholder.
3. Attached to the Insurance Contract shall be a list of Contracted Medical Facilities and information on the assistance service. The list of Contracted Medical Facilities and information on the assistance service may be amended by the Insurer as necessary. The current list of Contracted Medical Facilities and information regarding the assistance service is published on the Insurer's website at www.slavia-pojistovna.cz and is also available from all business partners of the Insurer.
4. The effect and validity of the Insurance at the place of the Insurance shall be conditional on the Insured Person's lawful stay in the CR provided that the Insured Person meets all prerequisites stipulated by Czech legal regulations, or, if the territorial scope of the Insurance is the Schengen Area, a lawful stay of the Insured Person in the Schengen Area outside of the CR.

Article 9 Insurance Period, Commencement and Termination of the Insurance

1. The Insurance Contract is concluded for a fixed term. The Insurance Period is agreed in the Insurance Contract.
2. The Insurance commences at 00:00 a.m. of the date specified in the Insurance Contract as the date of commencement of the Insurance, but not earlier than at 00:00 a.m. of the day following the date of execution of the Insurance Contract.
3. The Insurance shall terminate upon expiry of the Insurance Period at 24:00 p.m. of the date agreed as the date of termination of the Insurance unless it has terminated earlier.
4. The Insurance terminates on the date of death of the Insured Person.
5. The Insurance terminates on the date when the Insured Person or the Insured Person's legal representative refuses repatriation.
6. The Insurance shall not be interrupted within the meaning of the Insurance Policy Act.

Article 10 **Responsibilities of the Insurer**

1. In addition to other responsibilities stipulated by generally binding legal regulations, the Insurer shall:
 - a) Upon receiving a report of an Insured Event associated with a claim to indemnity, without undue delay, the Insurer shall commence the investigation required to ascertain the extent of its responsibility to pay indemnity. Should the costs of the investigation incurred by the Insurer be caused or increased due to breach of a duty on the part of the Insured Person, the Insurer has the right to require that the Insured Person pay appropriate compensation.
 - b) The Insurer shall complete the investigation within three months of the date on which it was notified of the event. If the Insurer cannot complete the investigation within the required period, the Insurer shall inform the person who may be or is entitled to indemnity of the reasons why the investigation cannot be completed and provide the person with an appropriate advance payment upon request. This investigation period does not apply if the investigation is rendered impossible or difficult through the fault of the Beneficiary, the Policyholder or the Insured Person. It can be extended by agreement.
 - c) To maintain confidentiality with respect to facts related to the Insurance that the Insurer becomes aware of during taking out of the Insurance, administration thereof and settlement of the Insured Events; personal data can only be provided in accordance with Act No. 101/2000 Coll., on personal data protection, as amended.
2. Indemnity is payable within 15 days of the completion of the investigation detailed in par. 1. The investigation is completed when the Insurer notifies the Beneficiary of the results.
3. The responsibility of the Insurer to pay indemnity under the Insurance Contract is subject to the occurrence of an Insured Event and the fulfilment of all the conditions and obligations arising from the Insurance Contracts and parts thereof, particularly as regards the payment of the Insurance premium.
4. The Insurer shall provide the Policyholder and the Insured Person with information and services, particularly when verifying the validity and effectiveness of the Insurance Contract, and provide the required information on the Insurance.
5. If the Insurance Contract or the Insured Person's Card is lost, damaged or destroyed, the Insurer shall issue the Policyholder with a copy upon his request and at his expense.
6. The Insurer shall supply information about the Insurer and the Insurer's obligation to those interested in the Insurance before concluding the Insurance Contract, and shall provide this information through its employees and authorised insurance brokers.
7. Within the Insurance Period, the Insurer shall supply information to the Policyholder at its address as detailed in the Insurance Contract.

Article 11 **Responsibilities of the Policyholder and of the Insured Person**

1. In addition to the responsibilities stipulated by generally binding legal regulations and under Art. 12, the Policyholder and the Insured Person shall truthfully and comprehensively answer all written questions asked by the Insurer regarding the Insurance being taken out. This also applies where the Insurance is amended or a Loss Event settled. The Insurer has the same responsibility towards the Policyholder and the Insured Person.
2. In addition to that, the Policyholder and the Insured Person shall:
 - a) inform the Insurer in writing of any change to any information given in the Insurance Contract at any time within the Insurance Period,
 - b) inform the Insurer in writing and without undue delay of any change to any information provided when taking out the Insurance,
 - c) enable the Insurer to perform investigation into the causes of the Loss Event and the extent of its consequences and cooperate with the Insurer in this respect as requested,
 - d) to inform the Insurer of all insurance contracts valid at the time of the Loss Event providing insurance cover for the same risk.
3. The Insured Person shall
 - a) do anything to avert the occurrence of an Insured Event and to reduce the extent of the ensuing loss,
 - b) notify accordingly and without undue delay the Czech Police or any other relevant authority should there be a suspicion of a criminal offence or misdemeanour related to the Loss Event,
 - c) proceed in a way so that the Insurer can exercise its right to indemnification or a similar right that the Insurer has incurred in relation to the Insured Event,
 - d) fulfil other obligations set out in the Insurance Terms and Conditions and the Insurance Contract
4. In addition to the responsibilities stipulated by generally binding legal regulations, the Policyholder shall also
 - a) pay the Insurance premium to the Insurer,
 - b) without undue delay, no later than upon commencement of the Insurance, notify the Insured Person of the fact that the Insurance has been taken out on the Insured Person's behalf and familiarise the Insured Person with his/her rights and responsibilities arising to him/her from the Insurance taken out,
 - c) without undue delay, notify the Insurer of the fact that another insurance has been taken out against the same risk with another insurer, inform the Insurer about the name of that insurer, the amount of indemnity and the indemnity limits.
5. If a conscious violation of the responsibilities under Art. 11 and Art. 12 has had a substantial effect on the occurrence of an Insured Event, its course or magnification of the consequences of the Insured Event, and/or ascertainment or

determination of the amount of indemnity, the Insurer shall have the right to reduce the indemnity depending on the effect that such a violation had on the extent of the Insurer's responsibility to pay indemnity. This is without prejudice to the right of the Insurer to refuse payment of indemnity under the Insurance Policy Act.

Article 12 **Responsibilities of the Insured Person upon Occurrence of an Insured Event**

1. In case of an Insured Event, the Insured Person shall:
 - a) always and without undue delay, if his/her state of health so permits, contact directly the assistance service, or the Insurer, follow their instructions and, upon request, undergo health examination at a medical facility designated by the assistance service provider, or by the Insurer, follow instructions and recommendations of medical staff,
 - b) if need be, seek medical treatment and produce the Insured Person's Card to the healthcare provider,
 - c) at the request of the Insurer, release the healthcare provider in writing from its responsibility to maintain confidentiality and provide the Insurer with written authorization to obtain information which is subject to the confidentiality duty of the medical staff and medical facilities, insurance companies, including health insurers, and the Czech Police, and which is required for the Insurer's investigation if an Insured Event has occurred,
 - d) to undergo treatment or necessary health examination by a doctor designated by the Insurer or by the Insurer's assistance service provider,
 - e) if the state of health of the Insured Person so permits or if the duration of healthcare treatment exceeds the Insurance Period, to be repatriated at the request of the Insurer or of the Insurer's assistance service provider.
2. If direct settlement is required of the Insured Person by a Non-contracted Medical Facility for expenses which may constitute the subject of indemnity, the Insured Person shall:
 - a) accept original counterparts of the required documents within the scope under par. 3 and keep them securely until they are presented to the Insurer; the Insured Person also has this responsibility in other cases where losses are to be settled directly by him/her,
 - b) pay the Medical Facility appropriate and proven costs in cash,
 - c) without undue delay, present the required documents under par. 3 to the Insurer or the assistance service.
3. The Insured Person shall notify the Insurer in writing without undue delay of any event which gives right to a claim for indemnity, provide truthful explanation of the occurrence and extent of the consequences of the event, present the necessary documents to ascertain any circumstances decisive for assessment of claims for indemnity and stipulation of the indemnity amount. This notification is deemed to have been accepted when the Insured Person notified the Insurer in writing that an Insured Event had occurred and a truthful explanation of the occurrence and extent of the consequences of this event was presented. This obligation may also be fulfilled by another person (e.g. medical facility). The notification of a Loss Event including annexes must unambiguously prove and demonstrate:
 - a) the place, date, cause and circumstance of the occurrence of a Loss Event, its extent and the direct connection of the Loss Event with the Insured Person;
 - b) the subject matter of the payment, i.e. the costs incurred by provision of acute and emergency care to the Insured Person in relation to the given Loss Event; as follows:
 - i) the original counterpart of the medical report containing a detailed description of the health condition of the Insured Person including diagnoses codes, a full list of the performed medical interventions including their description, codes, scores or prices and dates when they were performed; names and amounts of the administered medicines including their prices, a list of the used or provided medical stores and services including their prices, details of hospitalisation, if any;
 - ii) copies of doctor's prescriptions for outpatient medicines;
 - iii) the original counterpart of a document issued by the medical facility containing the purpose and full list of the performed medical interventions including their description, codes, scores or prices and dates when they were performed; names and amounts of the administered medicines including their prices, a list of the used or provided medical stores and services including their prices.
 - c) the costs to be covered including the amount and subject matter of payment (e.g. a bill issued by the medical facility or pharmacy);For a Loss Event investigated by the Police or another governmental authority, a Police report or confirmation of the investigation of an accident shall also be enclosed with the notification of the Loss Event; in the event of death of the Insured Person, an official death certificate and doctor's certificate of the cause of death must also be enclosed.

All the documents enclosed with the written notification of a Loss Event must be made out in the name of the Insured Person, detailing the date of issue, bearing the signature and stamp of the issuer.

Article 13 **Other Rights and Responsibilities of the Parties to the Insurance**

1. The Insurer is not obliged to investigate any redundancy of the Insurance; particularly e.g. if the settlement of the costs of healthcare for the Insured Person is arranged by other means.
2. The Insurer is entitled to verify submitted documents, call for expert reports and consult medical facilities or other organisations and persons on complex Loss Events.
3. The Insured Person, Beneficiary or the person who incurred salvage costs shall take measures to ensure that the right to compensation for damage which passes by operation of law to the Insurer does not lapse or expire.

- If the Insured Person deceases, all the Insured Person's rights and responsibilities shall be assumed by the Beneficiary as stipulated under Section 51 of the Insurance Policy Act
- The legal representative shall act on behalf of and for a person who lacks legal capacity.

Article 14 Insurance Premium

- An insurance premium constitutes consideration for the insurance coverage provided. The amount of the premium shall be determined by the Insurer. The amount of the premium is stipulated in the Insurance Contract.
- The Insurer is entitled to a premium for the entire insurance period. The Insurer acquires this right on the date when the Insurance Contract is taken out.
- The Insurance Contract is concluded with a one-off premium that is payable in full in the Czech currency on the date when the Insurance Contract is concluded.
- The Insurer has the right to verify the correctness of the Insured Person's data decisive to the determination of the amount of the premium.
- The Insurer shall not provide indemnity for events that occurred before payment of the premium.
- If the Insurance Contract is terminated before the date of commencement of the Insurance, the Insurer shall return to the Policyholder all received premiums minus all costs associated with taking out and administering the Insurance, upon return of all documents confirming the validity of the Insurance.

Article 15 Salvage Costs

The limit for salvage costs to save the life or health of the Insured Person incurred during the Insurance Period amounts to 30% of the relevant indemnity limit as agreed in the Insurance Contract. Compensation for other salvage costs incurred during the Insurance Period is limited to the amount of CZK 100,000 per each and every event and all events.

Article 16 Delivery of Documents

- The Insurer's documents (hereinafter the "Document/s") addressed to the Policyholder, the Insured Person and any other person for whom a right or responsibility has arisen from the Insurance (hereinafter the "Addressee") shall be delivered by a postal service licence holder (hereinafter the "Post") by ordinary or registered mail to the mailing address given in the Insurance Contract or to the mailing address presented to the Insurer by the Addressee in writing if the mailing address has changed. The Documents may also be delivered by an employee of the Insurer or by another person authorized by the Insurer; in that case, the Document is deemed to have been delivered on the date when it was accepted by the Addressee.
- A Document sent by regular mail to the Addressee is deemed to have been delivered on the tenth date following provable dispatch of the consignment even if the Addressee did not find out about the deposit.

- A Document sent by registered mail to the Addressee is deemed to have been delivered, unless delivered under the following sentence, on the fifteenth date following dispatch of the consignment. A Document sent to the Addressee by registered mail with a return receipt is deemed to have been delivered, unless delivered under the following paragraphs, on the date detailed in the return receipt. A consignment delivered to a recipient other than the Addressee (e.g. a family member) to whom the Post presented the consignment in accordance with legal regulations on postal services, is deemed to have been delivered to the Addressee.
- If the Addressee refuses to accept a Document upon delivery, the Document is deemed to have been delivered on the date on which its acceptance was refused by the Addressee.
- If the Addressee has not been reached and a Document sent by registered mail or registered mail with a return receipt has been deposited at the Post office and the Addressee has not picked up the Document within the period of deposit (as stipulated by legal regulations on postal services), the Document is deemed to have been delivered on the last date of the period of deposit even if the Addressee did not find out about the deposit or was not present at the place of delivery.
- If a Document is returned undelivered for reasons other than those given in the previous paragraphs, the Document is deemed to have been delivered on the date of its return to the Insurer.
- The previous provisions of this Article apply to the Documents in hard copies. The Insurer may send the Documents in the electronic form only if agreed beforehand. A Document sent to the Addressee to the Addressee's electronic address (e-mail) is deemed to have been delivered on the date when dispatched.

Article 17 Final Provisions

- Any and all changes and amendments to the Insurance Contract shall be done in writing upon mutual agreement of both parties.
- Representations and notifications with respect to the Insurer are only valid if submitted in writing.
- The language of communication is Czech.
- If a payment is made in cash, the date of the payment is the date when the amount is accepted the recipient. In the case of a wire transfer, the date of payment is the date the sum is credited to the recipient's account.
- The Insurer's usual costs connected with taking out and administering the Insurance shall amount to 20 % of the prescribed premium.
- The rights and responsibilities arising out of this Insurance shall be governed by the Czech laws. Any and all disputes arising out of or in connection with this Insurance which are not resolved by agreement or out-of-court settlement shall be resolved by the competent Czech court.
- These General Terms and Conditions are issued by the Insurer in the Czech language and translated to the Russian, Vietnamese, and English languages. The Czech version hereof shall prevail.
- The General Insurance Terms and Conditions come into effect on 1 January 2011.

Общие условия страхования для медицинского страхования иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания

Статья 1 Вступительные положения

- Медицинское страхование иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания (именуемое в дальнейшем «страхование NZPC»), которое заключает АО «Страховая компания Славия», идентификационный номер 60197501, юридический адрес: г. Прага 1, ул. Револючи 1, 110 00, Чешская Республика (именуемая в дальнейшем «страховщик»), руководствуется правом Чешской Республики, в частности Законом № 37/2004 Св. Зак., «О договоре страхования», в редакции последующих законодательных актов, данными «Общими условиями страхования для медицинского страхования иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания VPP NZPS 01/2011» (именуемые в дальнейшем «VPP NZPC») и условиями, указанными в договоре страхования. VPP NZPC являются составной частью договора страхования. Договор страхования заключается на чешском языке.
- Страхование NZPC является страхованием в случае болезни согласно § 62 Закона «О договоре страхования» и заключается как страхование ущерба на определенное время. Страхование не заключается в объеме, указанном в § 62 статья 3 Закона «О договоре страхования».
- Договор страхования о медицинском страховании иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания является документом о медицинском страховании иностранцев на время поездки за границу согласно Закону № 326/1999 Св. Зак., «О проживании иностранцев на территории Чешской Республики», в редакции последующих законодательных актов.

Статья 2 Определение понятий

- Страхователь** – физическое или юридическое лицо, которое заключило со страховщиком договор страхования и обязано платить страховые платежи.

- Страховщик** – АО «Страховая компания Славия».
- Застрахованный** – иностранец, в отношении здоровья которого действует страхование.
- Уполномоченное лицо** – лицо, которому в результате страхового случая возникает право на страховое возмещение; как правило это лицо, которое несет расходы за медицинское обслуживание застрахованного.
- Иностранец** – это физическое лицо, которое не является гражданином Чешской Республики (именуемая в дальнейшем «ЧР»).
- Удостоверение застрахованного** – письменное подтверждение страховщика для того, кто предоставляет медицинскую помощь, о сроке и объеме страхования. На задней стороне Удостоверения застрахованного указаны контакты на ассистирующую службу.
- Туристическое пребывание** - пребывание, во время которого застрахованный не осуществляет на месте страхования деятельность с целью заработка и не ищет возможности для такой деятельности.
- Трудовое пребывание в ЧР** – пребывание, во время которого застрахованный осуществляет в ЧР деятельность с целью заработка или ищет возможности для такой деятельности.
- Учебное пребывание в ЧР** - пребывание в ЧР с целью учебы согласно закону о проживании иностранцев на территории ЧР (§ 42д, §64 и другие).
- Случай причинения ущерба** - случай, в результате которого возник ущерб и который мог бы быть причиной для возникновения права на страховое возмещение.
- Страховой случай** – случайное обстоятельство, с которым связано возникновение обязанности страховщика предоставить страховое возмещение.
- Срок страхования** - срок, на который был заключен договор страхования.

13. **Внезапное заболевание** – внезапное и непредсказуемое ухудшение состояния здоровья, которое прямо ставит под угрозу здоровье или жизнь застрахованного и требует предоставления необходимого и неотложного медицинского обслуживания.
14. **Травма** – внезапное и неожиданное действие внешних сил или собственной телесной силы независимо от желания застрахованного, которое причинило застрахованному повреждение здоровья или смерть.
15. **Необходимое и неотложное медицинское обслуживание** – медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному в случае травмы или внезапного заболевания, когда в результате промедления могло бы серьезно ухудшиться состояние здоровья или была бы под угрозой жизнь застрахованного. Включает в себя:
 - а) необходимую помощь медицинской скорой помощи или спасательной службы,
 - б) назначенную врачом перевозку в ближайшее специализированное медицинское учреждение,
 - в) диагностирование и определение лечебного процесса, включая необходимые обследования,
 - г) необходимые и неотложные медицинские процедуры, включая нужные лекарства и медицинский материал,
 - д) нужную госпитализацию на необходимое время, причем максимально в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, которое стандартно возмещается из общественного медицинского страхования в ЧР или из общественного медицинского страхования в другой стране, которая является членом Шенгенского соглашения, на территории которой (если эта территория является составной частью Шенгенской зоны) застрахованному было предоставлено необходимое и неотложное медицинское обслуживание. Его объем далее определен ограничениями в страховании и согласованными лимитами страхового возмещения.
16. **Договорное медицинское учреждение** - медицинское учреждение на территории ЧР, с которым страховщик заключил договор о предоставлении медицинского обслуживания в связи с этим страхованием. Информацию о договорных медицинских учреждениях застрахованному предоставляет ассистирующая служба. Актуальный список этих учреждений застрахованный получает при заключении договора страхования, а также этот список находится на интернет сайте страховщика www.slavia-rojstovna.cz.
17. **Недоговорное медицинское учреждение** – медицинское учреждение на территории ЧР, которое не является договорным медицинским учреждением. Если в договоре страхования указана территория страхования Шенген, то недоговорным медицинским учреждением является также любое недоговорное медицинское учреждение в Шенгенской зоне, кроме ЧР.
18. **Входной возраст застрахованного** – разница между годом начала страхования и годом рождения застрахованного.
19. **Одноразовый страховой платеж** - платеж, установленный за весь срок страхования.

Статья 3

Предмет страхования, страховая опасность, страховой случай

1. Предметом страхования являются расходы на необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному, и связанные с этим услуги ассистирующей службы, причем объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного и от места пребывания застрахованного.
2. Страховой опасностью является внезапное заболевание застрахованного или травма застрахованного, которые могут случиться в течение действия страхования и повлечь за собой состояние, требующее оказания необходимой и неотложной медицинской помощи.
3. Ущербом считаются расходы, затраченные на предоставление необходимого и неотложного медицинского обслуживания застрахованного в объеме заключенного страхования.
4. Страховым случаем является внезапное заболевание или травма застрахованного, в результате которых необходимо было предоставить застрахованному необходимое и неотложное медицинское обслуживание или услуги ассистирующей службы, соответствующие условиям и объему заключенного страхования, причем с предоставлением этого обслуживания возникла обязанность застрахованного заплатить медицинскому учреждению расходы, затраченные на предоставление этого медицинского обслуживания, или заплатить расходы за услуги ассистирующей службы тому, кто предоставил эти услуги. Страховая опасность, которая влечет за собой страховой случай, должна действовать, страховой случай должен наступить, а медицинское обслуживание, с которым связано возникновение ущерба, должно быть предоставлено во время действия страхования и на месте страхования.
5. События, возникшие по одной причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная и временная или другая прямая взаимосвязь, считаются одним страховым случаем.

Статья 4

Тип пребывания, территориальное действие, объем страхового возмещения

1. Застрахованным может быть только иностранец с хорошим состоянием здоровья.
2. Объем страхования на территории ЧР зависит от согласованного вида пребывания застрахованного на территории ЧР. Страхование можно заключить для:
 - а) „**Трудовое пребывание в ЧР**“ - входной возраст застрахованного должен быть не менее 15 лет и не более 70 лет, или
 - б) „**Туристическое пребывание в ЧР**“ – без ограничения верхней границы входного возраста, или
 - в) „**Учебное пребывание в ЧР**“ - входной возраст застрахованного должен быть не менее 15 лет и не более 26 лет.
3. В договоре страхования можно определить территориальное действие „ЧР“ или „Шенген“.
 - а) Если в договоре страхования указано территориальное действие ЧР, то местом страхования является только территория ЧР и объем этого страхования обусловлен заключенным видом пребывания в ЧР согласно пункту 2.
 - б) Если в договоре страхования указано территориальное действие Шенген, то местом страхования является территория всей Шенгенской зоны, причем:
 - i) на территории ЧР объем страхования зависит от установленного типа пребывания в ЧР согласно пункту 2;
 - ii) на территории Шенгенской зоны, за исключением территории ЧР, страхование действует только в отношении туристического пребывания застрахованного в Шенгенской зоне за пределами территории ЧР.
4. Предметом страхового возмещения являются необходимые и разумные расходы, затраченные законно и доказуемо согласно действующим медицинским и правовым нормам:
 - а) на необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному договорным медицинским учреждением в объеме заключенного страхования,
 - б) на необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному по месту возникновения страхового случая недоговорным медицинским учреждением в объеме заключенного страхования, однако только в необходимо нужном объеме, или для достижения состояния, которое дает возможность перевезти застрахованного в договорное медицинское учреждение, в котором ему будет предоставлено дальнейшее необходимое и неотложное медицинское обслуживание.
5. Размер страхового возмещения для необходимого и неотложного медицинского обслуживания, предоставленного недоговорным медицинским учреждением в ЧР согласно предыдущему пункту, не может превысить стандартное возмещение из общественного медицинского страхования в ЧР, которое полагалось бы за это медицинское обслуживание, или стандартное возмещение, которое полагалось бы за это медицинское обслуживание из общественного медицинского страхования в другой стране, являющейся членом стран Шенгенского соглашения, на территории которой (если эта территория является составной частью Шенгенской зоны) застрахованному было предоставлено необходимое и неотложное медицинское обслуживание.
6. Страховщик предоставляет застрахованному или другому лицу страховое возмещение на оплату расходов, затраченных во время действия страхования на амбулаторно предписанные врачом лекарства застрахованному, в связи с предоставлением необходимого и неотложного медицинского обслуживания согласно пункту 4 в объеме заключенного страхования, за исключением ограничений, указанных в VPP NZPC, до размера соответствующего лимита страхового возмещения, согласованного в договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения на оплату расходов за амбулаторно предписанное врачом лекарство застрахованному равняется размеру оплаты этого лекарства из общественного медицинского страхования в ЧР, указанного в соответствующем актуальном действующем законодательном акте Министерства здравоохранения ЧР (Список лечебных препаратов, оплачиваемых и частично оплачиваемых из медицинского страхования).
7. Страховщик предоставляет страховое возмещение прямым предоставлением нижеуказанных услуг ассистирующей службы:
 - а) Репатриация больного застрахованного, которая с медицинской точки зрения возможна и нужна, и которая организована ассистирующей службой после решения страховщика и после одобрения лечащего врача застрахованного, в страну, заграничный паспорт которой застрахованный имеет, или в случае надобности в другую страну, в которой застрахованный имеет разрешение на жительство. Страховщик в обоснованных и предварительно одобренных случаях может возместить также дорожные расходы другому лицу, необходимому для сопровождения застрахованного, если сопровождение с медицинской точки зрения необходимо.
 - б) Транспортировка телесных останков застрахованного в страну, заграничный паспорт которой застрахованный имел, или в случае надобности в другую страну, в которой застрахованный имел разрешение на жительство, организованная ассистирующей службой после одобрения страховщика.
8. Если произошел страховой случай и непрерывная госпитализация застрахованного превысила или возможно превысит срок действия страхования, страховщик должен принять решение о дальнейших действиях таким образом:
 - а) если состояние здоровья застрахованного позволяет его репатриацию, то после согласования с лечащим врачом страховщик примет решение о ее проведении,
 - б) если состояние здоровья застрахованного не позволяет его репатриацию, то застрахованный будет лечиться в медицинском учреждении, определенном страховщиком, до того времени, пока не будет возможна его репатриация с медицинской точки зрения, однако страховщик не обязан возмещать расходы за это медицинское обслуживание, предоставленное по истечении 15 дней со дня окончания срока страхования.

9. Объем обязательств страховщика по предоставлению страхового возмещения ограничен ограничениями в страховании и лимитами страхового возмещения.
10. В договоре страхования согласовываются лимиты страхового возмещения с таким обозначением:
 - а) **Медицинская помощь и перевозка** являются лимитом страхового возмещения за необходимое и неотложное медицинское обслуживание, включая расходы на репатриацию или перевоз телесных остатков застрахованного согласно пункту 7, предоставленные за один страховой случай,
 - б) **Стоматологическая помощь** является частичным лимитом страхового возмещения за все стоматологическое лечение, которое не является предметом ограничения согласно ст. 7 пункт 4 литера в), и которое застрахованному в связи со страховым случаем было предоставлено в течение какого-либо годового промежутка времени страхования, или в течение всего срока страхования, если этот срок меньше одного года.
 - в) **Амбулаторно предписанные лекарства** являются частичным лимитом страхового возмещения за расходы на лекарства, амбулаторно предписанные врачом согласно пункту 6, в связи со страховым случаем в течение какого-либо годового промежутка времени срока страхования, или в течение всего срока страхования, если этот срок меньше одного года.

Статья 5 Страховое возмещение

1. Страховое возмещение страховщик предоставляет уполномоченному лицу, а в случае медицинского обслуживания, предоставленного договорным медицинским учреждением, прямо соответствующему медицинскому учреждению.
2. Страховщик предоставляет страховое возмещение уполномоченному лицу после получения оригиналов подписанных документов (см. ст. 12, пункт 3). Оригиналы этих документов остаются у страховщика и не возвращаются. Если оригинал документа был предъявлен для оплаты другому лицу, а не страховщику, то достаточной будет и копия оригинала, если на ней это лицо оригинально отметило и подтвердило сумму, которую заплатило.
3. В случае, если застрахованный, который является уполномоченным лицом, перед предоставлением страхового возмещения умер, то потом необходимо поступать согласно § 51 закона о договоре страхования.
4. Если договорные стороны не договорились в письменной форме по-другому, то финансовое возмещение согласно этой статье выплачивается в валюте ЧР и на ее территории, а страховщик осуществляет его переводом на расчетный счет уполномоченного лица или почтовым переводом на имя и по адресу уполномоченного лица.
5. В случае, если возмещение расходов, которые являются предметом этого страхования, является обязанностью третьего лица, как на законном, так и на договорном основании, то страховщик предоставляет возмещение только до суммы разницы между действительным размером ущерба и суммой, возмещение которой является обязанностью третьей стороны; в случае многократного страхования нужно действовать согласно закону о страховом договоре.
6. Страховщик не предоставляет страховое возмещение в случае, когда исполнены условия для предъявления права на страховое возмещение из страхования ответственности за ущерб.
7. Страховщик может снизить страховое возмещение только в случаях, указанных в законе о договоре страхования.

Статья 6. Ассистирующая служба

1. Целью ассистирующей службы является предоставление помощи застрахованному в связи со страховым случаем, в частности, в следующих ситуациях:
 - языковые проблемы при общении с медицинским учреждением,
 - необходимость информации о договорных медицинских учреждениях страховщика,
 - необходимость рекомендовать медицинское учреждение за границей в случае травмы или внезапного заболевания во время туристического пребывания в Шенгенской зоне, в том случае, когда в страховании была обусловлена территория Шенген,
 - при организации перевозки или репатриации застрахованного.
2. Ассистирующую службу обеспечивает договорной партнер страховщика. Центральное управление ассистирующей службы находится в Праге. Контактные данные на Центральное управление ассистирующего общества указаны на задней стороне Удостоверения застрахованного.

Статья 7 Ограничения в страховании

1. Страховщик не обязан предоставить страховое возмещение по случаям, которые произошли перед оплатой страхового платежа.
2. Страхование не действует в отношении случаев и ущерба:
 - а) возникших за пределами территории ЧР, если в страховании была обусловлена территория ЧР,
 - б) возникших за пределами территории Шенгенской зоны, если в страховании была обусловлена территория Шенген,
 - в) возникших в ЧР в результате деятельности застрахованного, которая не отвечает установленному типу пребывания застрахованного в ЧР,
 - г) возникших в Шенгенской зоне за пределами ЧР в результате деятельности застрахованного, которая не отвечает туристическому пребыванию в Шенгенской зоне за пределами ЧР.

3. Страхование не действует в отношении ущерба, возникшего:
 - а) в результате военных действий, гражданской войны, гражданских беспорядков,
 - б) в результате актов насилия, включая террористические акты, в которых застрахованный принимал активное участие,
 - в) в результате проникающей радиации, ядерных реакций или радиоактивного загрязнения,
 - г) в результате воздействия химического или биологического оружия.
4. Страховщик не предоставляет страховое возмещение в случаях:
 - а) искусственного оплодотворения, обследования и лечения бесплодия, противозачаточных средств и процедур, связанных с ними, искусственного прекращения беременности,
 - б) медицинского обслуживания, связанного с беременностью и родами застрахованной,
 - в) стоматологических процедур за исключением необходимого и неотложного лечения зубов застрахованного, которое включает в себя только неотложное стоматологическое лечение, проводимое с целью устранения последствий травмы или устранения внезапно возникшей боли, включая возможное удаление или пломбирование зубов,
 - г) обследование и лечение психических расстройств, которые не связаны с лечением травмы или внезапного заболевания, в отношении которых действует страхование; психологическое обследование и психотерапия; лечение зависимости, включая обследования и осложнения,
 - д) медицинского лечения, которое не было проведено медицинским учреждением или медицинским работником, или не было проведено согласно закону или не признано медициной,
 - е) заводского профилактического лечения, профосмотров, прививок; а также контрольного медицинского обследования и других медицинских процедур, включая подачу или предписание лекарств, если это не является составной частью необходимого и неотложного медицинского обслуживания, которое прямо связано с внезапным заболеванием или травмой, в отношении которых действует страхование,
 - ж) косметических процедур, акупунктуры и гомеопатии, включая лечение причиненных ими осложнений,
 - з) реабилитации, тренировочной терапии и тренировки самостоятельности за исключением процедур, назначенных врачом после травмы или после операции,
 - и) физического лечения или курортного лечения, или лечения в специализированных лечебных учреждениях, хиропрактических процедур,
 - й) трансплантации органов, лечения гемофилии и других нарушений свертываемости крови, инсулиновой терапии (за исключением оказания первой помощи), лечения хронической почечной недостаточности гемодиализом или перитонеальным гемодиализом, лечения гормоном роста, обследование и лечение врожденных дефектов и болезней,
 - к) осложнений и последствий, которые могут настать в связи с медицинскими процедурами, в отношении которых не действует страхование, венерических болезней и СПИД, включая их осложнения и обследование на ВИЧ-позитивность,
 - л) изготовления и ремонта очков, контактных линз и слуховых трубок, лечения дефектов речи,
 - н) событий, при которых застрахованный сознательно не соблюдал положения закона, действующие на месте страхования (например, вождение автомобиля без действительного водительского удостоверения или грубое нарушение правил безопасности труда),
 - о) событий, возникших при подготовке или занятии профессиональной спортивной деятельностью,
 - п) событий, возникших при пробных испытаниях транспортных средств или при выполнении каскадерской деятельности,
 - р) событий, возникших в связи с выполнением деятельности с целью заработка или поиск застрахованным этой деятельности на территории ЧР,
 - с) событий, возникших в связи с выполнением деятельности с целью заработка или поиск застрахованным этой деятельности на территории ЧР в случае, если договор страхования не был заключен на „Рудовое пребывание в ЧР“ согласно ст. 4, пункт 2, литера а),
 - т) событий, возникших при занятии спортом в рамках организованных соревнований и состязаний, включая тренировки,
 - у) событий, возникших при подготовке или занятии экстремальным, опасным или адреналиновым спортом, или прямо связанных с ними, например, контактный боевой спорт, прыжки на канате, альпинизм, спелеология, скиальпинизм, каньонинг, параглайдинг, авиационный спорт, включая все виды, относящиеся к категории ультра легкого летания, парашютизм, авиамотоспорт, водный мотоспорт, включая катание на водных лыжах, езда на водном скутере, езда на моторной лодке независимо от мощности силовой установки, спуск по бурным рекам, дайвинг, верховая езда, езда на скейтборде, бобслее, скелетоне, акробатика а прыжки на лыжах, хоккей на льду и т.д.
 - ф) событий, возникших в связи с участием застрахованного на аттракционах или при участии застрахованного в их деятельности,
 - х) оплаты лекарств и медицинских препаратов, не предписанных врачом, купленных свободно без рецепта, или если их подача была начата еще перед началом страхования,
 - ц) изготовление и ремонт электротележек и миоэлектрических протезов.
5. Страховщик не предоставит страховое возмещение:
 - а) за события, очевидные признаки которых настали перед заключением договора страхования или они должны были быть известны застрахованному или страхователю еще перед заключением договора страхования,
 - б) если застрахованный отказался от медицинского лечения или от необходимого медицинского обследования врачом, которого назначил страховщик или ассистирующая служба,

- в) за события, возникшие при деятельности на местах, которые не предназначены для такой деятельности (например, катание на лыжах за пределами обозначенных трасс, купание в запрещенных местах и т.д.),
 - г) если причинение ущерба случилось в результате или в связи с:
 - i) потреблением алкоголя и его последствиями, если только речь не идет о травме,
 - ii) потреблением или другим применением одурманивающих, психотропных или вызывающих привыкание веществ, если только речь не идет о травме,
 - д) за лечение новообразований, которые возникли в результате курения.
 - е) в случаях выезда в ЧР или из ЧР в другие страны Шенгенской зоны с целью получения медицинской помощи.
6. Страховщик не обязан предоставить страховое возмещение, если требование уполномоченного лица по одному страховому случаю не достигнет суммы 100 чешских крон.

Статья 8

Заключение договора страхования

1. Договор страхования является заключенным после принятия предложения страховщика. Предложение принимается подписанием, если договор страхования не был заключен на основании предложения страховщика, в котором прямо указано, что договор страхования заключается исключительно после оплаты страхового платежа в предусмотренном размере и в предусмотренный срок. Договор страхования одновременно является и полисом.
2. После заключения договора страхования страховщик выдает страхователю Удостоверение застрахованного.
3. К договору страхования прилагается актуальный список договорных медицинских учреждений и информация об ассистирующей службе. Список договорных медицинских учреждений и информацию об ассистирующей службе страховщик имеет право изменять. Актуальное содержание списка договорных медицинских учреждений и информация об ассистирующей службе опубликованы на веб сайте страховщика www.slavia-pojistovna.cz и находятся в распоряжении всех деловых партнеров страховщика.
4. Условием действия и продолжительности страхования по месту страхования является легальное пребывание застрахованного на территории ЧР при исполнении условий, предусмотренных законодательством ЧР; в том случае, когда в страховании была обусловлена территория Шенген, также легальное пребывание на территории Шенгенской зоны за пределами ЧР.

Статья 9

Срок страхования, возникновение и прекращение страхования

1. Договор страхования заключается на определенное время. Срок страхования указан в договоре страхования.
2. Страхование начинает действовать в 00:00 часов дня, указанного в договоре страхования как день начала страхования, но не раньше, чем в 00:00 часов дня, следующего после дня заключения договора страхования.
3. Страхование перестает действовать после истечения срока страхования в 24:00 часов дня, указанного как день окончания страхования, если это страхование не перестало действовать раньше.
4. Страхование перестает действовать в день смерти застрахованного.
5. Страхование перестает действовать в день, когда застрахованный или его законный представитель откажется от репатриации.
6. Страхование согласно закону о договоре страхования не прерывается.

Статья 10

Обязанности страховщика

1. Вместе с остальными обязанностями, предусмотренными обязательным для всех законодательством, страховщик должен:
 - а) после принятия сообщения о страховом случае, с которым связано требование на возмещение согласно страхованию, без промедления начать расследование, необходимое для установления объема обязанности его возмещения. Если расходы страховщика на это расследование были вызваны или увеличены в результате нарушения обязанностей застрахованного, то страховщик имеет право требовать от застрахованного соответствующую компенсацию.
 - б) закончить расследование в течение 3 месяцев после того, когда ему было сообщено об этом случае. Если страховщик не может закончить расследование в указанный срок, он должен сообщить лицу, которое будет иметь или имеет право на страховое возмещение, причины, по которым расследование нельзя закончить и по его просьбе выдать ему соответствующий аванс. Срок проведения расследования не учитывается, если расследованию препятствует или усложняет его уполномоченное лицо, страхователь или застрахованный. Срок расследования по согласию можно продолжить.
 - в) хранить молчание об обстоятельствах, касающихся страхования, о которых он узнает при заключении страхования, его управлении и при ликвидации страховых случаев; личные данные он может сообщить только в соответствии с законом № 101/2000 Св. Зак., „Об охране личных данных“, в редакции последующих законодательных актов.
2. Страховое возмещение должно быть заплачено в течение 15 дней после окончания расследования согласно пункту 1. Расследование закончено в тот момент, когда страховщик сообщил его результаты уполномоченному лицу.
3. Обязанность страховщика предоставить страховое возмещение по договору страхования связано с возникновением страхового случая и испол-

нением всех условий и обязательств, вытекающих из договора страхования и его составных частей, например, оплаты страхового платежа.

4. Страховщик обязан предоставлять страхователю и застрахованному информацию и услуги, в частности, при проверке действительности и действия договора страхования, и предоставлять необходимую информацию, касающуюся страхования.
5. Если будут утеряны, повреждены или уничтожены договор страхования или Удостоверение застрахованного, то страховщик должен выдать страхователю по его просьбе и за его счет соответствующий дубликат.
6. Страховщик сообщает лицу, заинтересованному в страховании, информацию о страховании и об обязательствах застрахованного еще перед заключением договора страхования посредством своего персонала и уполномоченных представителей.
7. Страховщик в течение действия договора страхования сообщает страхователю информацию по его адресу, указанному в договоре страхования.

Статья 11

Обязанности страхователя и застрахованного

1. Страхователь и застрахованный обязаны наряду с обязанностями, предусмотренными законодательством и ст. 12, правдиво и полностью ответить на все письменные вопросы страховщика, касающиеся заключаемого страхования. Это касается и вопросов изменения страхования или решения случая причинения ущерба. Такую же обязанность имеет и страховщик по отношению к страхователю и застрахованному.
2. Страхователь и застрахованный, кроме того, обязаны:
 - а) в любое время во время действия договора страхования в письменной форме сообщить страховщику об изменении всех данных, указанных в договоре страхования,
 - б) без промедления сообщить страховщику в письменной форме об изменении всех данных по вопросам, на которые он письменно отвечал при заключении страхования,
 - в) дать возможность страховщику провести расследование о причинах возникновения случая причинения ущерба и объема их последствий, а также предложить свое сотрудничество и помочь страховщику,
 - г) сообщить страховщику данные обо всех договорах страхования, действующих в момент возникновения случая причинения ущерба, предметом которых является страхование такого же риска.
3. Застрахованный обязан:
 - а) сделать все для предотвращения возникновения страхового случая и для снижения объема возникшего ущерба,
 - б) если в связи со случаем причинения ущерба имеется подозрение на совершение преступления или проступка, без промедления передать соответствующие сведения в Полицию ЧР или в другой компетентный орган,
 - в) действовать так, чтобы страховщик мог по отношению к другому лицу использовать право на возмещение ущерба или другое подобное право, которое у него возникло в связи со страховым случаем,
 - г) исполнять другие обязанности, предусмотренные в условиях страхования и в договоре страхования.
4. Наряду с обязанностями, предусмотренными законодательством, страхователь, кроме того, обязан:
 - а) заплатить страховщику страховые взносы,
 - б) без промедления, еще перед возникновением страхования, сообщить застрахованному, что в его пользу было заключено страхование, и ознакомить застрахованного с его правами и обязанностями, которые для него вытекают из заключенного договора страхования,
 - в) без промедления сообщить страховщику о том, что он заключил еще одно страхование такого же страхового риска у другого страховщика, сообщить страховщику имя другого страховщика, размер заключенной страховой суммы и лимиты страхового возмещения.
5. Если сознательное нарушение обязанностей, указанных в ст. 11 и ст. 12, имело существенное влияние на возникновение страхового случая, на его ход, на увеличение объема последствий страхового случая или на определение или установление размера страхового возмещения, то страховщик имеет право снизить страховое возмещение в зависимости от того, какое влияние имело это нарушение на объем его обязанности возместить ущерб. Однако, этот факт не затрагивает право страховщика отказаться от возмещения ущерба согласно закону о страховом договоре.

Статья 12

Обязанности застрахованного при возникновении случая причинения ущерба

1. В случае возникновения случая причинения ущерба застрахованный обязан:
 - а) всегда и без промедления, если это позволяет его состояние здоровья, обратиться прямо в ассистирующую службу или к страховщику, соблюдать их инструкции и по их просьбе пройти медицинское обследование в медицинском учреждении, определенном ассистирующей службой или страховщиком, соблюдать инструкции и рекомендации медицинского персонала,
 - б) в случае необходимости обратиться за медицинской помощью, подтверждать свою личность исполнителю медицинского обслуживания Удостоверением застрахованного,
 - в) по требованию страховщика в письменной форме освободить исполнителя медицинского обслуживания от обязанности хранить молчание и дать страховщику письменное право на получение информации, которая является предметом обязанности хранить молчание медицинскими работниками и учреждениями, страховыми компаниями, включая медицинские, и Полицией ЧР, и которая необходима для расследования, проводимого страховщиком в случае страхового ущерба,

- г) пройти лечение или необходимое медицинское обследование врачом, которого назначил страховщик или ассистирующая служба,
 - д) если это позволяет состояние здоровья застрахованного, или если срок предоставления медицинской помощи превысил срок действия страхования, на основании предложения страховщика или ассистирующей службы подвергнуться репатриации.
2. Если недоговорное медицинское учреждение требует, чтобы застрахованный возместил расходы, которые могли бы быть предметом страхового возмещения, то застрахованный обязан:
- а) получить оригиналы необходимых документов согласно пункту 3 и надежно хранить их в безопасном месте до передачи страховщику; эту обязанность имеет застрахованный и в остальных случаях прямого возмещения ущерба,
 - б) заплатить медицинскому учреждению соответствующие и доказуемые расходы наличными,
 - в) без промедления передать необходимые документы согласно пункту 3 страховщику или ассистирующей службе.

3. Застрахованный должен без промедления в письменной форме сообщить страховщику о случае причинения ущерба, с которым связано его требование о страховом возмещении, дать правдивые показания о возникновении и объеме последствий страхового случая, предъявить документы, необходимые для выявления обстоятельств, являющихся решающими для рассмотрения права на страховое возмещение и для определения его размера. Сообщение считается принятым после того, когда застрахованный в письменной форме сообщил страховщику, что настал случай причинения ущерба и предоставил ему правдивое объяснение о возникновении и объеме последствий этого случая. Эту обязанность может исполнить и другое лицо (напр. медицинское учреждение). Сообщение о случае причинения ущерба вместе с приложениями должно определенно подтвердить и доказать:

- а) место, дату, время, причину и обстоятельства возникновения случая причинения ущерба, его объем и связь с застрахованным лицом,
- б) предмет возмещения, т.е. расходы, возникшие в результате предоставления необходимого и неотложного медицинского обслуживания застрахованному, в связи с данным случаем причинения ущерба, в частности:
 - i) оригинал медицинского заключения, включающий в себя подробное описание состояния здоровья застрахованного, включая коды диагнозов, полный список проведенных медицинских процедур и их описание, коды, количество баллов или цену и дату их проведения, названия и количество поданных медицинских препаратов, включая их цену, список использованного или предоставленного медицинского материала и услуг, включая их цену, спецификацию или госпитализацию,
 - ii) копии амбулаторно выписанных врачом рецептов на лекарства,
 - iii) оригиналы других документов, выданных медицинским учреждением, в которых указаны цель и полный список проведенных медицинских процедур с их описанием, кодами, количеством баллов или ценой и датой их проведения, названия и количество поданных медицинских препаратов, включая их цену, список использованного или предоставленного медицинского материала и услуг, включая их цену.
- в) размер оплаты расходов с указанием суммы и предмета оплаты (например, бухгалтерский документ, выданный медицинским учреждением или аптекой).

В случае причинения ущерба, который расследует полиция или другой орган государственного управления, к сообщению о случае причинения ущерба должен прилагаться протокол полиции или справка о расследовании этого события, в случае смерти застрахованного должно прилагаться свидетельство о смерти и заключение врача о причине смерти.

Все документы, прилагаемые к письменному сообщению о случае причинения ущерба, должны быть на имя застрахованного и на них должна быть дата выдачи, подпись и печать органа, выдавшего документ.

Статья 13

Остальные права и обязанности участников страхования

1. Страховщик не обязан проверять возможную избыточность страхования, в частности, если возмещение расходов на медицинское обслуживание застрахованного обеспечено и другим образом.
2. Страховщик имеет право проверять предъявленные документы, затребовать экспертные заключения специалистов или консультировать сложные случаи причинения ущерба с медицинскими учреждениями или другими учреждениями и лицами.
3. Застрахованный, уполномоченное лицо или другое лицо, которое понесло спасательные расходы, должно принять меры для того, чтобы не истек срок давности, и чтобы не перестало существовать право на возмещение ущерба, которое согласно закону переходит на страховщика.
4. В случае смерти застрахованного его права и обязанности переходят на уполномоченное лицо, назначенное согласно § 51 закона о страховом договоре.
5. От имени недееспособных лиц действует их законный представитель.

Статья 14

Страховые платежи

1. Страховые платежи являются оплатой за предоставленную страховую защиту. Размер страховых платежей определяет страховщик. Размер страховых платежей установлен в договоре страхования.
2. Страховщик имеет право на страховой платеж за весь срок страхования. Это право возникает у страховщика в день заключения договора страхования.
3. В договоре страхования обусловлен одноразовый страховой платеж, который подлежит оплате в полном объеме в день заключения договора страхования в валюте ЧР.

4. Страховщик имеет право проверить правильность данных застрахованного, которые являются решающими для определения размера страхового платежа.
5. Страховщик не обязан предоставить страховое возмещение за случаи, которые произошли перед оплатой страхового платежа.
6. Если договор страхования был расторгнут перед днем начала страхования, то страховщик должен вернуть страхователю после возвращения всех документов, подтверждающих действительность страхования и выданных страховщиком застрахованному, принятый страховой платеж, сниженный на расходы, связанные с заключением и управлением страхованием.

Статья 15

Расходы, связанные со спасательными мероприятиями

Лимит расходов на спасение жизни или здоровья застрахованного, затраченных во время действия страхования, составляет 30 % от соответствующего лимита страхового возмещения, установленного в договоре страхования. Размер возмещения других расходов на спасение, затраченных во время действия страхования, лимитирован суммой 100 000 чешских крон за один и все случаи.

Статья 16

Вручение документов

1. Документы страховщика (именуемые в дальнейшем «документы»), предназначенные застрахованному и каждому другому лицу, которое в результате страхования имеет право или обязанность (именуемый в дальнейшем «адресат»), доставляются посредством обладателя почтовой лицензии (именуемый в дальнейшем «почта») в виде обыкновенного или заказного отправления по почтовому адресу, указанному в договоре страхования или по почтовому адресу, сообщенному страховщику в письменной форме адресатом, если почтовый адрес был изменен. Документы могут доставляться также посредством персонала страховщика или иным лицом, уполномоченным страховщиком, в таком случае документ считается доставленным в день его получения адресатом.
2. Документ, отправленный адресату обыкновенным отправлением, считается доставленным на десятый день после доказательной отправки отправления, даже в том случае, когда адресат не узнал о доставке письма.
3. Документ, отправленный адресату заказным отправлением, считается доставленным на пятнадцатый день после отправки отправления, если речь не идет о доставке согласно нижеследующему предложению. Документ, отправленный адресату заказным отправлением с уведомлением о вручении, считается доставленным в день получения, указанным в уведомлении о вручении, если речь не идет о доставке согласно нижеследующим пунктам. Доставленным адресату считается и отправление, доставленное получателю, который не является адресатом (например, члену семьи), которому почта доставила отправление согласно законодательству о почтовых услугах.
4. Если адресат откажется принять доставленный документ, то документ считается доставленным в тот день, когда адресат отказался от его получения.
5. Если адресат не был застигнут, а документ, отправленный заказным отправлением или заказным отправлением с уведомлением о вручении, был сдан на хранение на почте, и адресат в течение указанного срока хранения (предусмотренного правовой нормой о почтовых услугах) не получил этот документ, то документ считается доставленным в последний день указанного срока хранения, даже если адресат не знал об этом или не находился в месте доставки.
6. Если документ возвратится назад как недоставленный по другим причинам, кроме вышеуказанных в предыдущих пунктах этой статьи, то этот документ считается доставленным в день его возвращения страховщику.
7. Предыдущие положения этой статьи касаются документов в письменной форме. Страховщик отправляет документы в электронной форме только в предварительно согласованных случаях. Документ, отправленный адресату по его электронному адресу (e-mail), считается доставленным в день отсылки.

Статья 17

Заключительные положения

1. Все изменения договора страхования осуществляются в письменной форме по взаимному согласию договорных сторон.
2. Заявления и сообщения по отношению к страховщику действительны только в том случае, когда они предложены в письменной форме.
3. Языком общения является чешский язык.
4. Если платеж был проведен наличными, то днем оплаты является день получения финансовой суммы получателем. Если платеж был проведен безналичным расчетом, то днем оплаты является день зачисления финансовой суммы на счет получателя.
5. Общепринятые расходы страховщика, связанные с заключением и управлением страхования, составляют 20 % от предусмотренного страхового платежа.
6. Права и обязанности, связанные с этим страхованием, руководствуются правом ЧР. Все споры, вытекающие из страхования или возникшие в связи с ним, будут решаться (если не удастся разрешить их соглашением или внесудебным разрешением) соответствующим судом ЧР.
7. Настоящие общие страховые условия страховщик издает на чешском языке, а также в переводе на русский, вьетнамский и английский языки. Решающим является их текст на чешском языке.
8. Настоящие общие страховые условия вступают в силу 1 января 2011 года.

Các điều kiện chung về bảo hiểm y tế đối với người nước ngoài trong trường hợp cấp thiết và không trì hoãn

Điều 1 Điều khoản chung

- Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong trường hợp cấp thiết và không trì hoãn (dưới đây viết tắt là bảo hiểm NZPC) cung cấp bởi Công ty cổ phần bảo hiểm Slavia pojišťovna a.s., số đăng ký kinh doanh IC 60197501, có trụ sở tại Revoluční 1, 110 00 Praha 1, Cộng hòa Séc (dưới đây viết tắt là hãng bảo hiểm) dựa trên luật pháp của Cộng hòa Séc, đặc biệt là theo Luật số 37/2004 TTL về hợp đồng bảo hiểm với các quy định ban hành sau đó, quy định các điều kiện chung về bảo hiểm y tế đối với người nước ngoài trong trường hợp cấp thiết và không trì hoãn VPP NZPC 01/2011 (dưới đây viết tắt là điều kiện bảo hiểm VPP NZPC) và các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm. Điều kiện bảo hiểm VPP NZPC là những bộ phận của hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm được ký bằng tiếng Séc.
- Bảo hiểm NZPC là bảo hiểm trong trường hợp ốm đau theo điều 62 của Luật về hợp đồng bảo hiểm và được ký kết như là bảo hiểm thiệt hại trong thời hạn nhất định. Bảo hiểm không được ký kết theo nội dung của điều 62, khoản 3 Luật về hợp đồng bảo hiểm.
- Hợp đồng bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong trường hợp cấp thiết và không trì hoãn là chứng nhận bảo hiểm y tế du lịch của người nước ngoài theo Luật số 326/1999 TTL về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc với các quy định ban hành sau đó.

Điều 2 Giải thích các khái niệm

- Người ký bảo hiểm** là cá nhân hoặc pháp nhân ký hợp đồng bảo hiểm với cơ quan bảo hiểm và có nghĩa vụ trả tiền bảo hiểm.
- Cơ quan bảo hiểm** là Công ty cổ phần Slavia pojišťovna, a.s.
- Người được bảo hiểm** là người nước ngoài có liên quan đến bảo hiểm sức khỏe.
- Người được quyền hợp pháp** là người có quyền đòi thực hiện bồi thường khi xảy ra sự cố liên quan đến bảo hiểm; thông thường là người thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm.
- Người nước ngoài** là cá nhân không phải là công dân Cộng hòa Séc (sau đây viết tắt là CH Séc).
- Thẻ bảo hiểm** là văn bằng chứng nhận của cơ quan bảo hiểm về việc cung cấp chăm sóc y tế cho người được bảo hiểm trong thời gian và phạm vi được bảo hiểm. Mặt sau của Thẻ bảo hiểm có in địa chỉ giao dịch với dịch vụ hỗ trợ.
- Cư trú du lịch tại CH Séc** là cư trú mà trong thời gian đó người được bảo hiểm không đi làm kiếm tiền tại nơi được bảo hiểm, hoặc không được phép tìm kiếm việc làm.
- Cư trú lao động tại CH Séc** là cư trú mà trong thời gian đó người được bảo hiểm đi làm kiếm tiền tại CH Séc hoặc được phép tìm kiếm việc làm.
- Cư trú học tập tại CH Séc** là cư trú tại CH Séc vì mục đích học tập theo Luật về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ CH Séc (điều 42d, điều 64 và các điều khoản khác).
- Sự cố thiệt hại** là tình huống xảy ra tổn thất và là nguyên nhân phát sinh quyền lợi về bồi thường bảo hiểm.
- Sự cố bảo hiểm** là yếu tố ngẫu nhiên liên quan đến việc phát sinh nghĩa vụ của hãng bảo hiểm cung cấp đến bù bảo hiểm.
- Thời hạn bảo hiểm** là thời gian bảo hiểm được thỏa thuận.
- Ốm đau đột ngột** được hiểu là khi tình trạng sức khỏe bị suy giảm đột ngột, nằm ngoài ý muốn và gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe hoặc tính mạng của người được bảo hiểm, tình huống đòi hỏi chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn.
- Tai nạn** là sự ảnh hưởng bất ngờ và ngẫu nhiên từ bên ngoài hoặc từ trong cơ thể, ngoài ý muốn của người được bảo hiểm, tai nạn có thể gây thiệt hại đến sức khỏe hoặc thậm chí tử vong cho người được bảo hiểm.
- Chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn** là việc chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm trong trường hợp bị tai nạn hoặc ốm đau đột ngột, nếu việc chăm sóc bị chậm trễ có thể làm suy giảm tình trạng sức khỏe, gây tổn hại đến sức khỏe hoặc tính mạng. Chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn bao gồm:
 - chăm sóc sức khỏe cấp thiết trong trường hợp phải cấp cứu;
 - vận chuyển theo yêu cầu của bác sĩ đến cơ sở y tế chuyên khoa gần nhất;
 - chẩn đoán lâm sàng và quy trình chữa trị kể cả việc khám nghiệm cần thiết;
 - điều trị y tế cấp thiết và không trì hoãn kể cả thuốc và các dụng cụ y tế cần thiết;
 - nhập viện cấp thiết trong thời gian cần thiết;việc chăm sóc này được thực hiện tối đa trong phạm vi chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn theo tiêu chuẩn được thanh toán từ bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc, hoặc bảo hiểm y tế công cộng của các nước thành viên của hiệp ước Schengen, và việc chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn đã được thực hiện trên lãnh thổ thuộc khu vực khối Schengen. Phạm vi của việc chăm sóc y tế còn được điều chỉnh bởi giới hạn bảo hiểm và mức đền bù bảo hiểm theo thỏa thuận.
- Cơ sở y tế hợp đồng** là cơ sở y tế trên lãnh thổ CH Séc mà hãng bảo hiểm ký hợp đồng cung cấp chăm sóc y tế liên quan đến việc bảo hiểm. Dịch vụ hỗ trợ sẽ cung cấp thông tin về các cơ sở y tế hợp đồng. Người hưởng bảo hiểm sẽ được cấp danh sách hiện hành về các cơ sở y tế hợp đồng và danh sách này cũng có trên trang internet của hãng bảo hiểm www.slavia-pojistovna.cz.
- Cơ sở y tế không hợp đồng** là cơ sở y tế trên lãnh thổ CH Séc không có hợp đồng. Nếu trong hợp đồng bảo hiểm phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là Schengen, thì cơ sở y tế không có hợp đồng còn là những cơ sở y tế trong khu vực Schengen ngoài CH Séc.

- Độ tuổi của người hưởng bảo hiểm** được tính theo sự cách biệt từ năm bắt đầu bảo hiểm và năm sinh.
- Lệ phí bảo hiểm một lần** là tiền bảo hiểm quy định cho toàn bộ thời gian bảo hiểm.

Điều 3

Đối tượng bảo hiểm, rủi ro bảo hiểm, sự cố bảo hiểm

- Đối tượng bảo hiểm là chi phí cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn cho người được bảo hiểm và liên quan đến dịch vụ hỗ trợ, đồng thời phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào tính chất cư trú của người được bảo hiểm và phụ thuộc vào nơi cư trú của người được bảo hiểm.
- Rủi ro bảo hiểm là việc người được bảo hiểm bị ốm đau đột ngột hoặc bị tai nạn, điều đó xảy ra trong thời gian được bảo hiểm và sự cố dẫn tới tình trạng cần phải được chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn.
- Thiệt hại được hiểu là những chi phí cho việc chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn đối với người hưởng bảo hiểm trong phạm vi bảo hiểm được thỏa thuận.
- Sự cố bảo hiểm là người được bảo hiểm bị ốm đau đột ngột hoặc tai nạn, do hậu quả của nó người hưởng bảo hiểm cần được chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn, hoặc cần dịch vụ hỗ trợ, phù hợp những điều kiện và phạm vi bảo hiểm được thỏa thuận, đồng thời xuất hiện nghĩa vụ của người được bảo hiểm là thanh toán cho cơ sở y tế những chi phí cho việc cung cấp chăm sóc y tế đó, hoặc thanh toán cho cơ quan điều hành về dịch vụ hỗ trợ. Rủi ro bảo hiểm làm nảy sinh sự cố bảo hiểm phải phát huy tác dụng, sự cố bảo hiểm xảy ra và việc chăm sóc y tế gắn liền với tổn thất phát sinh phải được cung cấp trong phạm vi thời gian bảo hiểm và tại nơi bảo hiểm.
- Các sự cố phát sinh từ một nguyên nhân và bao gồm mọi tình huống, hậu quả của chúng, trong đó tồn tại mối liên quan mang tính nguyên nhân và thời gian hoặc mối liên quan trực tiếp khác thì được coi là một sự cố bảo hiểm.

Điều 4

Loại cư trú, phạm vi lãnh thổ, phạm vi đền bù bảo hiểm

- Chỉ có người nước ngoài có tình trạng sức khỏe tốt mới được bảo hiểm.
- Phạm vi bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc phụ thuộc vào loại cư trú của người được bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc. Bảo hiểm có thể ký kết với những loại cư trú sau:
 - „**Cư trú lao động tại CH Séc**“ cho độ tuổi của người được bảo hiểm ít nhất là 15 tuổi và nhiều nhất là 70 tuổi hoặc
 - „**Cư trú du lịch tại CH Séc**“ không giới hạn theo độ tuổi hoặc
 - „**Cư trú học tập tại CH Séc**“ cho độ tuổi của người bảo hiểm tối thiểu là 15 tuổi và tối đa là 26 tuổi.
- Trong hợp đồng bảo hiểm phạm vi lãnh thổ có thể thỏa thuận là „**CH Séc**“ hoặc „**Schengen**“,
 - Nếu trong hợp đồng bảo hiểm phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là CH Séc, thì nơi được bảo hiểm chỉ là lãnh thổ CH Séc và phạm vi bảo hiểm được ký kết phù hợp với loại cư trú tại CH Séc theo khoản 2.
 - Nếu trong hợp đồng bảo hiểm phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là Schengen, thì nơi được bảo hiểm sẽ là toàn bộ khu vực Schengen, trong đó:
 - phạm vi bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc được thỏa thuận phù hợp theo loại cư trú tại CH Séc theo khoản 2;
 - bảo hiểm trong khu vực Schengen không kể lãnh thổ CH Séc chỉ liên quan đến loại cư trú du lịch của người được bảo hiểm trong khu vực Schengen ngoại trừ lãnh thổ CH Séc.
- Đối tượng của đền bù bảo hiểm là những chi phí cần thiết và hợp lý, những chi phí này phát sinh một cách hợp pháp và rõ ràng phù hợp với những quy định hiện hành của y tế và pháp luật:
 - về chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn cho người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế có hợp đồng trong phạm vi bảo hiểm được thỏa thuận;
 - về chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn cho người được bảo hiểm tại nơi xảy ra sự cố bảo hiểm tại các cơ sở y tế không có hợp đồng trong phạm vi bảo hiểm được thỏa thuận, tuy nhiên chi phí thật sự cần thiết, nếu tình trạng sức khỏe cho phép, bệnh nhân sẽ được chuyển đến cơ sở y tế có hợp đồng, tại đó, bệnh nhân sẽ được chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn.
- Mức đền bù bảo hiểm cho việc chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn tại cơ sở y tế không có hợp đồng tại CH Séc theo mục nói trên không vượt quá mức thanh toán tiêu chuẩn của bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc cho việc chăm sóc y tế đó, hoặc không vượt qua mức thanh toán tiêu chuẩn của bảo hiểm y tế công cộng của các nước thành viên khác thuộc hiệp ước Schengen mà trên lãnh thổ của quốc gia thuộc khối Schengen đó, người hưởng bảo hiểm đã được chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn.
- Cơ quan bảo hiểm cung cấp đến bù trong thời gian được bảo hiểm cho người được bảo hiểm hoặc người khác về chi phí mua thuốc chữa bệnh ngoại trú theo đơn bác sĩ liên quan đến việc chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn theo điều 4 trong phạm vi bảo hiểm được thỏa thuận, ngoại trừ những điều không được chấp thuận nêu trong điều kiện bảo hiểm VPP NZPC, cho tới giới hạn tương ứng của đền bù bảo hiểm được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Mức bồi thường tối đa cho chi phí thuốc chữa bệnh ngoại trú theo đơn bác sĩ phụ hợp mức thanh toán cho loại thuốc này của bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc được nêu trong quy định pháp lý hiện hành của Bộ y tế CH Séc (Danh sách các loại thuốc chữa bệnh được bảo hiểm thanh toán một phần hoặc thanh toán toàn phần).

7. Cơ quan bảo hiểm đền bù bảo hiểm qua việc cung cấp trực tiếp các dịch vụ hỗ trợ sau đây:
 - a) Giải quyết hồi hương cho người bệnh có bảo hiểm, nếu việc hồi hương là có thể và cần thiết về mặt sức khỏe, việc hồi hương được dịch vụ hỗ trợ tổ chức sau khi có quyết định của cơ quan bảo hiểm và sau khi được bác sĩ điều trị của người bệnh thông qua, và việc hồi hương sẽ là trở về quốc gia mà người có bảo hiểm mang hộ chiếu, hoặc có thể tới một quốc gia khác mà người được bảo hiểm có phép cư trú. Trong những trường hợp có lý chính đáng và được thông qua từ trước, cơ quan bảo hiểm có thể thanh toán chi phí chuyên chở cho cả những người đi hộ tống bệnh nhân, nếu việc hộ tống là cần thiết về mặt y tế.
 - b) Giải quyết vận chuyển thi hài người được bảo hiểm tới quốc gia mà người quá cố có hộ chiếu hoặc tới quốc gia mà người quá cố trước đó có phép cư trú, việc vận chuyển sẽ do dịch vụ hỗ trợ tổ chức sau khi cơ quan bảo hiểm thông qua.
8. Nếu xảy ra sự cố bảo hiểm và việc nằm viện liên tục của người được bảo hiểm vượt quá hoặc có lẽ là sẽ vượt quá thời gian được bảo hiểm, cơ quan bảo hiểm sẽ quyết định các bước tiếp theo, cụ thể là:
 - a) nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép hồi hương, sau khi được bác sĩ điều trị đồng ý, cơ quan bảo hiểm sẽ quyết định giải quyết việc hồi hương;
 - b) nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm không cho phép hồi hương, người bệnh sẽ được điều trị tại cơ sở y tế do cơ quan bảo hiểm chỉ định đến khi người bệnh có đủ sức khỏe để có thể hồi hương, tuy nhiên cơ quan bảo hiểm không có nghĩa vụ thanh toán chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe sau 15 ngày kể từ khi kết thúc thời gian bảo hiểm.
9. Phạm vi ràng buộc của cơ quan bảo hiểm trong việc thanh toán đền bù bảo hiểm được giới hạn bởi những điều loại trừ trong bảo hiểm, bởi giới hạn của đền bù bảo hiểm.
10. Trong hợp đồng bảo hiểm, các giới hạn đền bù bảo hiểm được thỏa thuận theo các mục sau:
 - a) **Chăm sóc sức khỏe và vận chuyển** là giới hạn của đền bù bảo hiểm cho việc chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn của một sự cố bảo hiểm, và việc chuyên chở về nước hoặc vận chuyển hài cốt người được bảo hiểm.
 - b) **Chữa răng** là giới hạn một phần của đền bù bảo hiểm cho tất cả động thái khám chữa răng không thuộc vào đối tượng bị loại trừ theo điều 7, khoản 4, mục c và việc khám chữa răng đó được người có bảo hiểm sử dụng một lần trong từng khoảng thời gian ba tháng bảo hiểm. Khoảng thời gian này được tính từ khi bắt đầu được bảo hiểm và được nối kế tiếp nhau. Giới hạn bồi thường cho mỗi khoảng thời gian không thể tính gộp lại, và cũng không thể chuyển những phần không sử dụng sang giai đoạn sau. Nếu đoạn cuối của thời gian bảo hiểm được thỏa thuận ngắn hơn ba tháng, giới hạn của đền bù bảo hiểm cho phần đó cũng không bị thay đổi.
 - c) **Thuốc theo đơn chữa bệnh ngoại trú** là giới hạn một phần của đền bù bảo hiểm cho những chi phí mua thuốc chữa bệnh ngoại trú do bác sĩ kê đơn theo khoản 6 trong từng khoảng thời gian ba tháng bảo hiểm. Khoảng thời gian này được tính từ khi bắt đầu được bảo hiểm và được nối kế tiếp nhau. Giới hạn bồi thường cho mỗi khoảng thời gian không thể tính gộp lại, và cũng không thể chuyển những phần không sử dụng sang giai đoạn sau. Nếu đoạn cuối của thời gian bảo hiểm được thỏa thuận ngắn hơn ba tháng, giới hạn của đền bù bảo hiểm cho phần đó cũng không bị thay đổi.

Điều 5 Đền bù bảo hiểm

1. Cơ quan bảo hiểm thanh toán đền bù bảo hiểm cho người có quyền hợp pháp, trong trường hợp việc chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi cơ sở y tế mà bảo hiểm có hợp đồng ngay tại cơ sở y tế đó.
2. Cơ quan bảo hiểm thanh toán đền bù bảo hiểm cho người có quyền hợp pháp sau khi nhận được bản gốc các chứng từ được quy định (xem điều 12, khoản 3). Bản gốc các chứng từ này sẽ được cơ quan bảo hiểm giữ và không trả lại. Nếu bản gốc chứng từ thanh toán được nộp cho cơ quan khác không phải hãng bảo hiểm thì chỉ cần nộp bản chụp, với điều kiện cơ quan đó ghi và xác nhận trực tiếp vào bản chụp khoản tiền đã thanh toán.
3. Trong trường hợp người hưởng bảo hiểm là người được quyền hợp pháp, từ vong trước khi được thanh toán đền bù bảo hiểm thì sẽ giải quyết theo điều 51 của Luật về hợp đồng bảo hiểm.
4. Nếu các bên hợp đồng không có văn bản thỏa thuận khác, tiền bồi thường theo điều này sẽ được thanh toán bằng tiền Séc trên lãnh thổ CH Séc và cơ quan bảo hiểm sẽ chuyển khoản tiền bồi thường vào tài khoản của người được quyền hợp pháp hoặc bằng phiếu lĩnh tiền tại bưu điện theo tên và địa chỉ của người được quyền hợp pháp.
5. Trong trường hợp việc thanh toán chi phí thuộc đối tượng của bảo hiểm này là nghĩa vụ của bên thứ ba, cho dù đó là theo pháp lý hay theo hợp đồng, cơ quan bảo hiểm chỉ thanh toán bồi thường phần chênh lệch giữa mức thiệt hại thực tế và khoản tiền mà bên thứ ba có nghĩa vụ thanh toán; trong trường hợp nhiều bảo hiểm thì sẽ giải quyết theo Luật về hợp đồng bảo hiểm.
6. Cơ quan bảo hiểm không thanh toán đền bù bảo hiểm trong trường hợp hội đủ những điều kiện để yêu cầu quyền lợi đền bù bảo hiểm từ trách nhiệm bồi thường thiệt hại.
7. Cơ quan bảo hiểm chỉ có thể cắt giảm đền bù bảo hiểm trong những trường hợp được nêu trong Luật về hợp đồng bảo hiểm.

Điều 6 Dịch vụ hỗ trợ

1. Mục đích của dịch vụ hỗ trợ là cung cấp cho người được bảo hiểm sự giúp đỡ liên quan đến sự cố bảo hiểm và nhất là trong các tình huống sau:

- khó khăn về ngôn ngữ khi giao dịch với cơ sở y tế,
 - cần thông tin về các cơ sở y tế có hợp đồng với hãng bảo hiểm,
 - cần giới thiệu các cơ sở y tế ở nước ngoài trong trường hợp bị tai nạn hoặc ốm đau đột ngột trong chuyến đi du lịch trong khu vực Schengen, nếu phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là Schengen,
 - sắp xếp việc vận chuyển hoặc hồi hương cho người được bảo hiểm.
2. Dịch vụ hỗ trợ được đảm bảo bằng cơ quan có hợp đồng với hãng bảo hiểm. Trung tâm dịch vụ hỗ trợ được đặt tại Praha. Địa chỉ giao dịch với Trung tâm tổ chức hỗ trợ được ghi ở mặt sau của Thẻ bảo hiểm.

Điều 7

Những trường hợp loại trừ bảo hiểm

1. Hãng bảo hiểm không có trách nhiệm đền bù bảo hiểm đối với những sự cố xảy ra trước khi thanh toán phí bảo hiểm.
2. Bảo hiểm không liên quan đến những sự cố và thiệt hại:
 - a) xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc, nếu phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là „CH Séc“;
 - b) xảy ra ngoài khu vực Schengen, nếu phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là „Schengen“;
 - c) xảy ra trong lãnh thổ CH Séc liên quan đến các hoạt động của người được bảo hiểm không tương ứng với loại hình cư trú đã thỏa thuận tại CH Séc;
 - d) xảy ra trong khu vực Schengen ngoại trừ lãnh thổ CH Séc liên quan đến các hoạt động của người được bảo hiểm không tương ứng với loại hình cư trú du lịch trong khu vực Schengen ngoại trừ lãnh thổ CH Séc.
3. Bảo hiểm không liên quan đến những thiệt hại xảy ra
 - a) do các sự cố chiến tranh, nội chiến và bạo động chính trị;
 - b) các hành động vũ lực kể cả khủng bố mà người được bảo hiểm đã tích cực tham gia;
 - c) do rò rỉ bức xạ, phản ứng hạt nhân hoặc nhiễm chất phóng xạ;
 - d) do tác động của các vũ khí hóa học hay sinh học.
4. Hãng bảo hiểm không đền bù bảo hiểm trong các trường hợp:
 - a) thụ tinh nhân tạo, khám chữa trị vô sinh, phòng chống thai và các thủ tục liên quan, nạo phá thai;
 - b) chăm sóc sức khỏe liên quan đến việc mang thai và sinh đẻ của người được bảo hiểm;
 - c) khám chữa răng, ngoại trừ việc khám chữa răng cấp thiết của người được bảo hiểm bao gồm việc khám chữa răng nhằm loại bỏ các hậu quả tai nạn hay cơn đau đột ngột kể cả nhổ răng và cấy răng;
 - d) khám chữa trị các bệnh rối loạn tâm thần không liên quan đến ốm đau đột xuất hay điều trị tai nạn liên quan đến bảo hiểm; khám nghiệm tâm lý và trị liệu tâm lý; điều trị các bệnh nghiện kể cả khám nghiệm và các biện chứng liên quan;
 - e) khám chữa bệnh không phải do cơ sở y tế hay nhân viên y tế thực hiện, hoặc khám chữa bệnh không được công nhận theo nguyên tắc phẫu thuật chính hình hay y học;
 - f) khám và chăm sóc phòng bệnh, tiêm chủng; tiếp theo là khám kiểm tra y tế định kỳ và các thủ tục chăm sóc sức khỏe khác kể cả chỉ định hay kê đơn thuốc nếu không thuộc về chăm sóc sức khỏe cấp thiết có liên quan trực tiếp tới ốm đau đột xuất hay tai nạn liên quan đến bảo hiểm;
 - g) phẫu thuật thẩm mỹ, châm cứu, vi lượng đồng căn kể cả việc chữa trị các biến chứng do chúng gây ra;
 - h) vật lý trị liệu phục hồi sức khỏe, luyện tập phục hồi các chức năng ngoại trừ việc khám chữa trị sau phẫu thuật và sau tai nạn do bác sĩ chỉ định;
 - i) trị liệu vật lý hay chữa trị bằng nước khoáng hoặc chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở điều trị chuyên môn, khám chữa bệnh bằng xoa bóp và nắn khớp xương;
 - j) cấy ghép cơ quan nội tạng, chữa trị các chứng bệnh máu khó đông, tiểu đường (ngoại trừ trường hợp cấp cứu), chữa trị bệnh xung huyết mãn tính ở thận hay màng bụng, chữa trị bằng hocmon tăng trưởng, khám chữa trị các khuyết tật và bệnh bẩm sinh;
 - k) biến chứng và hậu quả xảy ra khi khám chữa các bệnh không liên quan đến bảo hiểm;
 - l) các bệnh đường sinh dục và bệnh AIDS kể cả các biến chứng của chúng và khám nghiệm HIV dương tính;
 - m) làm và sửa chữa kính, kính áp tròng và các thiết bị trợ thính, trị liệu khuyết tật về kỹ năng ngôn ngữ;
 - n) sự cố xảy ra khi người được bảo hiểm có ý không tuân thủ các quy định pháp luật đang hiện hành tại nơi được bảo hiểm (ví dụ lái xe không bằng lái hay vi phạm nghiêm trọng các quy định về an toàn lao động);
 - o) sự cố xảy ra trong khi chuẩn bị và thực hiện các hoạt động thể thao chuyên nghiệp;
 - p) sự cố xảy ra khi tham gia tiến hành thử nghiệm các phương tiện giao thông và trong khi thực hiện các hoạt động đồng thể;
 - q) sự cố xảy ra liên quan đến hoạt động lao động kiểm tiền hay quá trình tìm việc của người được bảo hiểm tại lãnh thổ CH Séc;
 - r) sự cố xảy ra liên quan đến hoạt động lao động kiểm tiền hay quá trình tìm việc của người được bảo hiểm tại lãnh thổ CH Séc nếu trong hợp đồng bảo hiểm không có thỏa thuận „cư trú lao động tại CH Séc“ theo Điều 4, khoản 2, điểm a;
 - s) sự cố xảy ra khi tham gia các môn thể thao trong khuôn khổ các cuộc thi đấu kể cả quá trình luyện tập;
 - t) sự cố xảy ra trong khi chuẩn bị, tham gia các môn thể thao nguy hiểm hoặc liên quan trực tiếp với chúng, ví dụ các môn thể thao đấu đá và chạm trực tiếp, buốc dây nhảy vực, leo núi, thám hiểm hang động, trượt tuyết trên núi, đua ca-nô, ca-nô kéo dù, nhảy dù, các môn thể thao trên không kể cả mọi hoạt động thuộc về loại bay lượn siêu nhẹ, nhảy dù tập thể, đua mô-tô, ô-tô, các môn thể thao vận động dưới nước kể cả trượt ván dưới nước, đi xe máy dưới nước, đi thuyền máy bất kể công suất máy, môn chèo thuyền trên ghềnh thác, lặn dưới nước, cưỡi ngựa, trượt ván nhào lộn, trượt ván trên tuyết, nằm trượt trên tuyết, nhào lộn và nhảy cầu trượt tuyết, khúc côn cầu trên băng v.v...

- u) sự cố xảy ra liên quan tới việc người bảo hiểm tham gia các hoạt động giải trí lễ hội hay tham gia vào việc tổ chức các hoạt động đó;
 - v) thanh toán tiền thuốc và các phương tiện y tế không do bác sĩ kê đơn, mua tự do không cần đơn bác sĩ hay sử dụng chúng trước khi bắt đầu bảo hiểm;
 - w) làm và sửa chữa xe lăn chạy điện và chân tay giả sử dụng điện cơ;
5. Hãng bảo hiểm không đền bù bảo hiểm
- a) đối với các sự cố mà rõ ràng những triệu chứng của chúng đã xảy ra trước khi ký hợp đồng bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm hay người ký bảo hiểm phải biết được trước khi ký hợp đồng bảo hiểm;
 - b) nếu người được bảo hiểm từ chối điều trị y tế hoặc các khám nghiệm y tế cần thiết của bác sĩ do Hãng bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ chỉ định;
 - c) đối với các sự cố xảy ra trong khi hoạt động tại những nơi quy định không cho phép thực hiện chúng (ví dụ trượt tuyết ngoài tuyến đường quy định, tắm ở những nơi bị cấm v.v...);
 - d) nếu xảy ra sự cố bảo hiểm do hậu quả hoặc do liên quan đến:
 - i) sử dụng rượu hoặc liên quan tới hậu quả của việc sử dụng liên tục chất đó, chất gây mê, trừ trường hợp chấn thương;
 - ii) sử dụng chất kích thích hoặc chất gây nghiện, điều chế và sử dụng chất pha chế từ thuốc chữa bệnh, trừ trường hợp chấn thương;
 - e) đối với việc điều trị các khối u do hút thuốc gây ra;
 - f) trong trường hợp sang CH Séc hoặc đi từ CH Séc tới các nước khác trong khu vực Schengen với mục đích chữa bệnh.
6. Hãng bảo hiểm không có nghĩa vụ đền bù bảo hiểm nếu yêu cầu của người được quyền hợp pháp cho một sự cố thiệt hại không vượt quá 100 Kč.

Điều 8

Ký kết hợp đồng bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký kết thông qua việc tiếp nhận đơn đề nghị của Hãng bảo hiểm. Đơn đề nghị được tiếp nhận thông qua chữ ký nếu hợp đồng bảo hiểm được ký kết không phải là dựa trên cơ sở đơn đề nghị của Hãng bảo hiểm mà trong đó có nêu rõ là hợp đồng bảo hiểm chỉ được ký kết khi đã thanh toán phí bảo hiểm theo mức quy định và trong thời hạn quy định. Hợp đồng bảo hiểm đồng thời là bảo hiểm.
2. Sau khi ký hợp đồng bảo hiểm Hãng bảo hiểm sẽ phát Thẻ bảo hiểm cho người được bảo hiểm.
3. Kèm theo hợp đồng bảo hiểm là danh sách cập nhật những cơ sở y tế hợp đồng và các thông tin về dịch vụ hỗ trợ. Hãng bảo hiểm có quyền thay đổi danh sách cập nhật những cơ sở y tế hợp đồng và các thông tin về dịch vụ hỗ trợ. Danh sách cập nhật những cơ sở y tế hợp đồng và các thông tin về dịch vụ hỗ trợ được công bố trên trang điện tử của Hãng bảo hiểm www.slavija-pojistovna.cz và có sẵn tại tất cả các cơ sở đại diện của Hãng bảo hiểm.
4. Điều kiện để bảo hiểm có hiệu lực và giá trị tại nơi được bảo hiểm là việc cư trú hợp pháp của người được bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc và đáp ứng đầy đủ các điều kiện do luật pháp CH Séc quy định; trong trường hợp phạm vi lãnh thổ được thỏa thuận là Schengen, thì ngoài CH Séc phải có cư trú hợp pháp trên lãnh thổ Schengen.

Điều 9

Thời hạn bảo hiểm, bắt đầu và kết thúc bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký có thời hạn nhất định. Thời hạn bảo hiểm được nêu trong hợp đồng bảo hiểm.
2. Bảo hiểm bắt đầu vào lúc 0h00 ngày được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm là ngày bắt đầu bảo hiểm, nhưng sớm nhất là vào 0h00 ngày tiếp theo sau khi ký hợp đồng bảo hiểm.
3. Bảo hiểm kết thúc khi hết thời hạn bảo hiểm và điều này là vào 24h00 ngày được thỏa thuận là ngày kết thúc bảo hiểm nếu không kết thúc sớm hơn theo thỏa thuận.
4. Bảo hiểm kết thúc vào ngày người được bảo hiểm bị tử vong.
5. Bảo hiểm kết thúc kể từ ngày người được bảo hiểm hay người đại diện pháp lý của người được bảo hiểm từ chối hồi hương.
6. Bảo hiểm theo ý nghĩa của luật về hợp đồng bảo hiểm không bị gián đoạn.

Điều 10

Nghĩa vụ của Hãng bảo hiểm

1. Bên cạnh những nghĩa vụ ràng buộc bởi quy định pháp lý chung, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - a) Sau khi nhận được thông báo về sự cố bảo hiểm liên quan đến yêu cầu đền bù bảo hiểm, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ ngay lập tức tiến hành việc xác minh cần thiết nhằm xác định phạm vi thực hiện nghĩa vụ của mình. Nếu những phí tổn do Hãng bảo hiểm chi dùng vào việc xác minh sự cố bảo hiểm phát sinh hoặc tăng lên do người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ, Hãng bảo hiểm có quyền yêu cầu người được bảo hiểm thanh toán một khoản đền bù tương xứng.
 - b) Kết thúc việc xác minh trong vòng 3 tháng kể từ sau khi nhận được thông báo về sự cố bảo hiểm này. Nếu không thể hoàn tất việc xác minh trong thời hạn nêu trên, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho người đã hoặc sẽ có quyền đòi đền bù bảo hiểm về những lý do chưa thể hoàn tất việc xác minh và chi trả khoản tạm ứng tương xứng theo yêu cầu của người này. Thời hạn xác minh sẽ không được tính nếu việc xác minh bị gây khó khăn hay cản trở do lỗi của người có quyền, người ký bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm. Có thể kéo dài thời hạn xác minh bằng thỏa thuận.
 - c) Giữ im lặng về các yếu tố liên quan đến bảo hiểm được biết trong khi thỏa thuận bảo hiểm, quản lý bảo hiểm và trong khi thanh lý các sự cố bảo hiểm; chỉ có thể cung cấp các số liệu cá nhân phù hợp với Luật số 101/2000 TTL về Bảo vệ số liệu cá nhân, với các quy định ban hành sau đó.

2. Đền bù bảo hiểm được thanh toán trong vòng 15 ngày kể từ sau khi kết thúc việc xác minh theo khoản 1. Khi việc xác minh kết thúc, Hãng bảo hiểm thông báo ngay lập tức các kết quả cho người được quyền hợp pháp.
3. Nghĩa vụ của Hãng bảo hiểm đền bù bảo hiểm theo hợp đồng liên quan đến việc phát sinh sự cố bảo hiểm và việc hội đủ tất cả các điều kiện và cam kết ghi trong hợp đồng bảo hiểm và các văn bản kèm theo hợp đồng, ví dụ việc thanh toán lệ phí bảo hiểm.
4. Đặc biệt, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp cho người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm về các thông tin và dịch vụ trong khi kiểm chứng giá trị và hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm và đồng thời cung cấp các thông tin cần thiết liên quan đến bảo hiểm.
5. Nếu xảy ra việc mất mát hay hư hỏng hợp đồng bảo hiểm hay Thẻ bảo hiểm, Hãng bảo hiểm sẽ cấp bản sao tương ứng cho người ký bảo hiểm theo yêu cầu với chi phí của người này.
6. Hãng bảo hiểm thông báo cho người muốn đăng ký bảo hiểm những thông tin về Hãng bảo hiểm và cam kết của Hãng trước khi ký hợp đồng bảo hiểm thông qua nhân viên và đại diện được ủy quyền của mình.
7. Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có giá trị, Hãng bảo hiểm gửi thông tin cho người ký bảo hiểm theo địa chỉ nêu trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 11

Nghĩa vụ của người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm

1. Bên cạnh những nghĩa vụ ràng buộc bởi những quy định pháp lý chung và của Điều 12, người ký hợp đồng bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời đúng sự thật và đầy đủ về tất cả mọi câu hỏi bằng văn bản của Hãng bảo hiểm liên quan đến bảo hiểm được thỏa thuận. Điều này cũng được áp dụng trong cả trường hợp thay đổi bảo hiểm hay giải quyết sự cố gây thiệt hại. Cơ quan bảo hiểm có nghĩa vụ tương tự đối với người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm.
2. Tiếp theo, người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - a) bất cứ khi nào trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm còn giá trị thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm về sự thay đổi những số liệu nêu trong hợp đồng bảo hiểm,
 - b) ngay lập tức thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm về tất cả những thay đổi của số liệu được đề nghị bằng văn bản trong khi thỏa thuận bảo hiểm,
 - c) tạo điều kiện cho cơ quan bảo hiểm tiến hành xác minh về các nguyên nhân phát sinh sự cố gây thiệt hại và mức độ hậu quả của nó và cùng hợp tác với cơ quan bảo hiểm trong việc này,
 - d) thông báo cho cơ quan bảo hiểm các số liệu về tất cả những hợp đồng bảo hiểm còn giá trị trong thời gian xảy ra sự cố gây thiệt hại mà đối tượng của các hợp đồng này là việc bảo hiểm rủi ro giống nhau.
3. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - a) tiến hành mọi biện pháp nhằm ngăn cản việc xảy ra sự cố bảo hiểm hay để giảm thiểu mức độ thiệt hại gây ra,
 - b) nếu liên quan đến sự cố gây thiệt hại có sự nghi ngờ về việc xảy ra tội phạm hay hành vi vi phạm pháp luật, ngay lập tức thông báo những điều mình biết cho cảnh sát CH Séc hoặc cơ quan có thẩm quyền khác,
 - c) hành động sao cho cơ quan bảo hiểm có thể áp dụng quyền đòi bồi thường thiệt hại hay quyền tương tự đối với người khác, phát sinh trong sự liên quan đến sự cố bảo hiểm,
 - d) thực hiện những nghĩa vụ khác được quy định trong các điều kiện bảo hiểm và trong hợp đồng bảo hiểm.
4. Bên cạnh những nghĩa vụ ràng buộc bởi quy định pháp lý chung, người ký bảo hiểm còn có nghĩa vụ:
 - a) thanh toán lệ phí bảo hiểm cho cơ quan bảo hiểm,
 - b) ngay lập tức, chậm nhất trong thời hạn đến khi bắt đầu bảo hiểm, thông báo cho người được bảo hiểm về việc đã ký hợp đồng bảo hiểm cho người này và thông báo cho người được bảo hiểm về quyền lợi và nghĩa vụ quy định theo bảo hiểm đã được thỏa thuận,
 - c) ngay lập tức thông báo cho Hãng bảo hiểm là mình đã ký bảo hiểm tiếp theo cũng cho rủi ro này ở hãng bảo hiểm khác, thông báo cho cơ quan bảo hiểm tên hãng bảo hiểm này, mức tiền bảo hiểm và mức giới hạn đền bù bảo hiểm.
5. Nếu việc cố ý vi phạm những nghĩa vụ nêu trong Điều 11 và Điều 12 có ảnh hưởng quan trọng đến sự xuất hiện sự cố bảo hiểm, quá trình diễn ra sự cố bảo hiểm hoặc làm tăng mức độ hậu quả của sự cố bảo hiểm hoặc việc xác minh hay xác định mức đền bù bảo hiểm, Hãng bảo hiểm có quyền giảm mức đền bù bảo hiểm tùy theo mức độ ảnh hưởng đến nghĩa vụ bồi thường của mình do việc vi phạm này gây ra. Điều này không ảnh hưởng đến quyền từ chối đền bù bảo hiểm của Hãng bảo hiểm theo luật về hợp đồng bảo hiểm.

Điều 12

Nghĩa vụ người được bảo hiểm khi phát sinh sự cố gây hại

1. Trong trường hợp phát sinh sự cố gây hại thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - a) nếu điều kiện sức khỏe cho phép, thì luôn luôn và không trì hoãn thông báo trực tiếp cho dịch vụ hỗ trợ hoặc có khi là cơ quan bảo hiểm được biết, nghe theo chỉ thị của họ và tuân thủ điều trị tại cơ sở y tế được dịch vụ hỗ trợ hoặc cơ quan bảo hiểm quy định, hoặc theo lệnh và lời khuyên của nhóm cán bộ y tế,
 - b) trong trường hợp cần tìm kiếm bác sĩ khám nghiệm thì xuất trình thẻ bảo hiểm cho cơ sở trợ cứu y tế,
 - c) theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm, người được bảo hiểm xác nhận bằng văn bản cho phép cơ sở y tế miễn nghĩa vụ giữ kín việc chăm sóc sức khỏe và cho phép cơ quan bảo hiểm thu thập các thông tin là đối tượng của nghĩa vụ giữ im lặng của nhân viên y tế, cơ sở y tế, cơ quan bảo hiểm và cả cảnh sát CH Séc và những thông tin đó là cần thiết cho việc xác minh của cơ quan bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự cố gây hại,

- d) tiến hành điều trị hoặc chăm sóc y tế cần thiết theo quy định của cơ quan bảo hiểm hoặc của dịch vụ hỗ trợ,
- e) nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép hoặc thời gian điều trị đã vượt quá thời gian bảo hiểm quy định thì thực hiện việc hồi hương theo đề xuất của cơ quan bảo hiểm, hoặc của dịch vụ hỗ trợ.
2. Nếu là một cơ sở y tế không có hợp đồng và yêu cầu người được bảo hiểm phải thanh toán các chi phí và các khoản đó có thể là đối tượng của việc bồi thường bảo hiểm thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
- a) mang các giấy tờ gốc thuộc phạm vi bảo hiểm theo khoản 3 và giữ an toàn các giấy tờ đó cho tới lúc trao cho cơ quan bảo hiểm, người được bảo hiểm có nghĩa vụ này trong cả các trường hợp thanh toán trực tiếp khác,
- b) thanh toán với cơ sở y tế một khoản tiền mặt vừa phải và có thể chứng minh được,
- c) không trì hoãn một cách vô ích và trao ngay các giấy tờ cần thiết theo khoản 3 cho cơ quan bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ.
3. Người được bảo hiểm có nhiệm vụ ngay lập tức thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm về sự cố gây thiệt hại có liên quan đến đòi hỏi thực hiện đến bù bảo hiểm, giải thích trung thực về việc phát sinh sự cố, về hậu quả, xuất trình các giấy tờ cần thiết chứng minh ngoại cảnh để tiện cho việc quyết định đến bù bảo hiểm cũng như các quy định nói trên. Việc thông báo được coi là đã tiếp nhận khi người được bảo hiểm thông báo với cơ quan bảo hiểm bằng văn bản rằng đã xảy ra sự cố gây thiệt hại và đã giải trình một cách trung thực về việc phát sinh sự cố cũng như những hậu quả của nó. Nhiệm vụ này có thể là một người khác đứng ra thực hiện (thí dụ như cơ sở y tế). Việc báo tin về sự cố gây thiệt hại kể cả các phụ bản kèm theo nhất thiết phải chứng minh được:
- a) địa điểm, ngày, giờ, nguyên nhân, hoàn cảnh phát sinh sự cố, phạm vi thiệt hại và những gì liên quan đến người được bảo hiểm;
- b) đối tượng đến bù, tức là những chi phí phát sinh để cung cấp sự chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn đã giúp cho người được bảo hiểm trong tình huống xảy ra sự cố, cụ thể bao gồm:
- i) bản gốc về tin y tế bao gồm việc mô tả tỉ mỉ trạng thái sức khỏe người được bảo hiểm kể cả mã số chẩn đoán, thống kê đầy đủ các động thái y tế đã tiến hành kèm theo chữ ký, mã số, đánh giá hoặc giá cả, ngày thực hiện; tên gọi và số lượng thuốc đã sử dụng, giá cả, danh mục các vật liệu y tế đã sử dụng, dịch vụ đã huy động và giá cả, đặc trưng khi nhập viện;
- ii) bản sao chụp đơn thuốc của bác sĩ cấp cứu kể;
- iii) bản gốc của các chứng từ khác thuộc cơ sở y tế cấp trong đó bao gồm mục đích và tổng số các động thái y tế đã tiến hành, chữ ký, mã số, điểm đánh giá hoặc giá cả, ngày tháng tiến hành, tên gọi và tổng số thuốc đã sử dụng kể cả giá tiền, danh mục các vật liệu y tế cùng các dịch vụ đã huy động kể cả giá tiền.
- c) mức độ đến bù có ghi số tiền và đối tượng đến bù (thí dụ chứng từ thanh toán do cơ sở y tế hoặc hiệu thuốc cấp);

Trường hợp sự cố thiệt hại do cảnh sát hoặc một cơ quan nhà nước khác điều tra, giấy báo về sự cố gây thiệt hại bắt buộc phải kèm theo biên bản cảnh sát hoặc chứng thực điều tra sự cố, trường hợp người bảo hiểm bị tử vong bắt buộc phải kèm theo giấy báo tử và xác nhận của y tế về nguyên nhân tử vong.

Tất cả các giấy tờ báo tin về sự cố thiệt hại bắt buộc phải mang tên người được bảo hiểm và phải ghi rõ ngày tháng, chữ ký cùng với con dấu của người lập giấy tờ.

Điều 13

Quyền lợi và nghĩa vụ khác của những người tham gia bảo hiểm

- Hãng bảo hiểm không có nghĩa vụ xem xét trường hợp dư thừa bảo hiểm, đặc biệt chẳng hạn như việc thanh toán chăm sóc y tế cho người thuộc diện bảo hiểm được lo liệu bằng một phương thức khác.
- Hãng bảo hiểm có quyền thẩm tra chứng từ được xuất trình, có quyền yêu cầu giám định chuyên môn, thậm chí trong những trường hợp xảy ra sự cố thiệt hại phức tạp, hãng bảo hiểm có quyền tham kiến với cơ sở y tế hoặc với những tổ chức và cá nhân khác.
- Người được bảo hiểm, người có quyền hợp pháp hoặc người sử dụng những chi phí cứu trợ có nghĩa vụ thực hiện các biện pháp để không dẫn tới việc cho qua hoặc thủ tiêu quyền được đến bù thiệt hại mà theo luật pháp là thuộc về cơ quan bảo hiểm.
- Trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong, tất cả quyền lợi và nghĩa vụ của người quá cố thuộc về người có quyền hợp pháp được quy định theo điều 51 Luật về hợp đồng bảo hiểm.
- Đối với những cá nhân không có năng lực về hành vi pháp lý, người đại diện hợp pháp sẽ thay mặt đàm phán.

Điều 14

Lệ phí bảo hiểm

- Lệ phí bảo hiểm là số tiền phải thanh toán cho việc cung cấp bảo hiểm. Hãng bảo hiểm quy định mức lệ phí bảo hiểm. Mức lệ phí bảo hiểm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.
- Hãng bảo hiểm có quyền thu lệ phí bảo hiểm cho suốt thời gian bảo hiểm. Hãng bảo hiểm có quyền này từ ngày ký hợp đồng bảo hiểm.
- Trong hợp đồng bảo hiểm quy định lệ phí bảo hiểm một lần, lệ phí này phải được thanh toán toàn bộ bằng tiền Séc vào ngày ký hợp đồng bảo hiểm.
- Cơ quan bảo hiểm có quyền thẩm tra sự chính xác các số liệu cơ sở cho việc quy định mức bảo hiểm của người được bảo hiểm.

- Cơ quan bảo hiểm không có nghĩa vụ trả đến bù bảo hiểm cho các sự cố xảy ra trước khi thanh toán lệ phí bảo hiểm.
- Nếu hợp đồng bảo hiểm kết thúc trước ngày bảo hiểm có giá trị, hãng bảo hiểm hoàn trả lệ phí bảo hiểm cho người ký hợp đồng, sau khi người này hoàn trả toàn bộ giấy tờ về việc bảo hiểm còn giá trị mà cơ quan bảo hiểm đã cấp, trong đó có khấu trừ khoản chi phí hành chính cho việc làm bảo hiểm.

Điều 15

Chi phí cứu trợ

Giới hạn chi phí cứu trợ cho tính mạng hoặc sức khỏe người được bảo hiểm trong thời gian được bảo hiểm lên tới 30 % mức giới hạn đến bù bảo hiểm tương ứng được quy định trong hợp đồng. Mức đến bù cho những chi phí cứu trợ khác xảy ra trong thời gian được bảo hiểm được giới hạn mức 100 000 Kč cho một và tất cả các sự cố.

Điều 16

Gửi văn bản giấy tờ

- Các văn bản, giấy tờ của cơ quan bảo hiểm (sau đây viết tắt là „văn bản giấy tờ”) gửi cho người ký hợp đồng, người được bảo hiểm và những người khác liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ bảo hiểm (sau đây viết tắt là „người nhận”), được gửi thông qua dịch vụ vận chuyển bưu phẩm (sau đây viết tắt là „bưu điện”) bằng hình thức gửi thông thường hoặc gửi bảo đảm theo địa chỉ giao dịch được nêu trong hợp đồng bảo hiểm hoặc theo địa chỉ giao dịch mà người nhận thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm nếu có sự thay đổi địa chỉ. Văn bản giấy tờ có thể do nhân viên hoặc người được ủy quyền của hãng bảo hiểm chuyển giao, trong trường hợp như vậy ngày ký nhận chuyển giao được coi là ngày nhận được văn bản giấy tờ.
- Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận bằng hình thức gửi thông thường được coi là tới tay người nhận vào ngày thứ mười sau khi chứng tỏ được việc đã gửi thư, ngay cả khi người nhận không biết được việc gửi thư.
- Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận bằng hình thức gửi bảo đảm được coi là tới tay người nhận, ngày nhận ghi trên phiếu xác nhận. Bưu phẩm cũng được coi là tới tay người nhận nếu người lấy thư không phải là người có tên nhận thư (ví dụ thành viên trong gia đình) mà bưu điện đã trao thư đúng theo quy định pháp lý về dịch vụ bưu điện.
- Nếu người nhận từ chối không nhận thư bảo đảm, văn bản giấy tờ được coi là đã đến tay người nhận căn cứ ngày thư bảo đảm bị khước từ.
- Nếu không gặp được người nhận và thư bảo đảm hoặc thư bảo đảm kèm phiếu xác nhận được lưu giữ tại bưu điện trong một thời gian (theo quy định của ngành bưu điện) mà người nhận vẫn không đến lấy thì giấy tờ được coi là đã chuyển giao vào ngày cuối cùng của hạn lưu giữ tại bưu điện, bất luận người nhận không biết việc có thư lưu giữ tại bưu điện hoặc không có mặt tại địa chỉ gửi thư.
- Nếu thư bảo đảm bị trả lại vì những lý do khác với các lý do nêu trên đây, thì ngày trả lại thư được coi là ngày chuyển giao.
- Những quy định trên đây trong Điều này liên quan đến văn bản giấy tờ ở dạng giấy in. Cơ quan bảo hiểm chỉ gửi văn bản ở dạng điện tử trong những trường hợp khi đã được thỏa thuận trước. Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận theo địa chỉ điện tử (e-mail) được coi là tới tay người nhận vào ngày gửi.

Điều 17

Điều khoản kết luận

- Mọi thay đổi của hợp đồng bảo hiểm được tiến hành dưới hình thức văn bản sau khi các bên hợp đồng đã thỏa thuận.
- Mọi tuyên bố và thông báo đối với hãng bảo hiểm chỉ có giá trị khi được thể hiện dưới hình thức văn bản.
- Ngôn ngữ giao dịch thông qua tiếng Séc.
- Nếu có việc chi trả dưới hình thức tiền mặt, ngày nộp tiền cho người nhận được tính là ngày thanh toán. Nếu được thanh toán không phải bằng hình thức tiền mặt, ngày ghi nhận vào tài khoản người nhận được tính là ngày thanh toán.
- Chi phí thông lệ của hãng bảo hiểm cho công việc hành chính hoàn tất bảo hiểm là 20% từ khoản lệ phí bảo hiểm được ký.
- Quyền lợi và nghĩa vụ của việc bảo hiểm này được giải quyết theo luật pháp CH Séc. Mọi bất đồng phát sinh từ việc bảo hiểm hoặc có liên quan tới bảo hiểm, nếu không thỏa thuận được hoặc dàn xếp ngoài sự can thiệp của tòa án, thì sẽ được giải quyết theo quyết định của tòa án CH Séc.
- Các điều kiện chung về bảo hiểm này của hãng bảo hiểm được lập bằng tiếng Séc và kèm theo bản dịch sang tiếng Nga, tiếng Việt và tiếng Anh. Bản tiếng Séc có giá trị quyết định.
- Các điều kiện chung về bảo hiểm này có hiệu lực từ ngày 1.1.2011.

Dodatek ke všeobecným pojistným podmínkám zdravotního pojištění cizinců

V souladu s odst. 6 § 180j zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů, se cestovní zdravotní pojištění cizinců uzavřené na pojistnou dobu nad 90 dní vztahuje též na zdravotní péči a repatriaci poskytnutou při úrazech nastalých na území České republiky, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného či v důsledku požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek pojištěným.

Ustanovení pojistných podmínek a ujednání v pojistné smlouvě, která jsou v rozporu s výše uvedeným ustanovením, nebudou při pojistných událostech uplatňována. Tento dodatek se vztahuje na všechny pojistné smlouvy o zdravotním pojištění cizinců uzavřené po 31. 12. 2010, které se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami VPP NZPC 01/2011, nebo VPP KZPC 01/2011, nebo VPP KZPC 06/2011.