

**Všeobecné
pojistné podmínky
pro komplexní
zdravotní pojištění
cizinců
3/2024**

Všeobecné pojistné podmínky pro komplexní zdravotní pojištění cizinců

VPP KZPC 3/2024

Obsah

Článek 1	Úvodní ustanovení
Článek 2	Vymezení pojmů
Článek 3	Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost
Článek 4	Územní rozsah
Článek 5	Rozsah pojištění
Článek 6	Pojistné plnění
Článek 7	Výluky z pojištění
Článek 8	Pojistná smlouva
Článek 9	Pojistná doba, vznik a zánik pojištění
Článek 10	Povinnosti pojistitele
Článek 11	Povinnosti pojistníka a pojištěného
Článek 12	Povinnosti pojištěného při vzniku škodné události
Článek 13	Další práva a povinnosti účastníků pojištění
Článek 14	Pojistné
Článek 15	Zachraňovací náklady
Článek 16	Informace o možnostech a způsobech nahlédnutí do spisu pojistné události
Článek 17	Závěrečná ustanovení

Přehled hrazených stomatologických výkonů

Článek 1

Úvodní ustanovení

- Komplexní zdravotní pojištění cizinců (dále jen KZPC), které sjednává Slavia pojišťovna a.s., IČ 60197501, se sídlem Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4, Česká republika (dále jen pojistitel), se řídí právem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, Všeobecnými pojistnými podmínkami pro komplexní zdravotní pojištění cizinců VPP KZPC 3/2024 (dále jen VPP KZPC 3/2024) a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. VPP KZPC 3/2024 jsou součástí pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se sjednává v českém jazyce.
- Pojištění KZPC sjednává se jako pojištění škodové na dobu určitou.
- Pojistná smlouva o komplexním zdravotním pojištění cizinců je dokladem o cestovním zdravotním pojištění cizinců podle zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území České republiky v platném znění.

Článek 2

Vymezení 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 (fyzická osoba, která není státním občanem České republiky), na jehož zdraví se pojištění vztahuje.
- Oprávněná osoba** je osoba, která prokazatelně vynaložila náklady na zdravotní péči o pojištěného a které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
- Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události.
- 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.

- 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 vlastních tělesných sil nezávisle na vůli pojištěného, které pojištěnému poškodilo zdraví nebo mu přivedlo smrt.
- Mateřská země** je země, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní.
- Repatriace** je převoz pojištěného nebo jeho tělesných ostatků do mateřské země, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolen pobyt.
- 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.
- Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení pojistitele, vydané pojištěnému pro prokázání existence pojištění. Na zadní straně průkazu jsou uvedeny kontakty na asistenční službu.
- Asistenční služba** je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele. Účelem asistenční služby je poskytnout pojištěnému pomoc v souvislosti s pojistnou událostí (řešení jazykových problémů při komunikaci se zdravotnickým zařízením, zorganizování převozu nebo repatriace pojištěného).
- Komplexní zdravotní péči** se rozumí zdravotní péče, včetně péče preventivní a dispenzární, poskytnutá pojištěnému, ve smluvním zdravotním zařízení pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy.
- 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.
- Tranzitní země** jsou pouze ty země Schengenského prostoru, na jejichž území pojištěný pobývá po nezbytnou dobu, která je potřebná k nejrychlejší a nejkratší přepravě pojištěného z jeho mateřské země do ČR a zpět.
- Vstupní věk pojištěného** je určen rozdílem data narození pojištěného a data vzniku pojištění.

Článek 3

Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost

- Předmětem pojištění jsou náklady na zdravotní péči a související asistenční služby poskytnuté pojištěnému na území ČR a související asistenční služby, v důsledku zhoršení zdravotního stavu, nemoci, úrazu nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem pojištěné ženy, vzniklé za trvání pojištění a během pobytu pojištěného na území ČR.
- Předmětem pojištění jsou také náklady nutné a neodkladné zdravotní péče poskytnuté pojištěnému na území Schengenského prostoru mimo území ČRa související asistenční služby.
- Pojistným nebezpečím je změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku nemoci, úrazu nebo jiných důvodů souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, která může nastat za trvání pojištění a způsobit stav, který vyžaduje poskytnutí zdravotní péče.
- Pojistnou událostí je nemoc, úraz nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného, v jejímž důsledku nebo k jejímž odvrácení bylo nutné poskytnout pojištěnému zdravotní péči, případně asistenční služby, odpovídající podmínkám a rozsahu sjednaného pojištění, přičemž vznikla povinn-

nost pojištěného uhradit zdravotnickému zařízení náklady vynaložené na poskytnutí této zdravotní péče, případně uhradit náklady na asistenční služby jejich poskytovateli. Zdravotní péče musí být poskytnuta za trvání pojištění.

5. Pojistnou událostí není těhotenství pojištěné, které podle zprávy odborného lékaře nesporně vzniklo před uplynutím třetího měsíce pojistné doby. Pojistnou událostí není porod v důsledku těhotenství pojištěné, které podle lékařských zpráv vzniklo před uplynutím třetího měsíce čekací doby.
6. 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 Územní rozsah

1. Na území České republiky je pojištění platné v rozsahu rozšířené zdravotní péče nad rámec nutné a neodkladné zdravotní péče.
2. Pro území Schengenského prostoru s výjimkou území ČR se pojištění vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného v Schengenském prostoru, přičemž délka pobytu nesmí přesáhnout 30 dní.

Článek 5 Rozsah pojištění

1. Rozšířená zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - b) lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení;
 - c) stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření;
 - d) nutné a neodkladné zdravotní výkony včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu;
 - e) nezbytnou hospitalizaci po nezbytně nutnou dobu;
 - f) ambulantní léčebnou péči a ústavní péči včetně péče diagnostické;
 - g) případnou repatriaci nebo přepravu tělesných ostatků pojištěného;
 - h) lékařem předepsané léčivé přípravky;
 - i) preventivní péči a dispenzární péči.Náklady na zdravotní péči a léčivé přípravky jsou hrazeny ve stejné výši, jako je maximální úhrada v rámci veřejného zdravotního pojištění v ČR. Rozsah zdravotní péče je dále vymezen typem pojištění, rozsahem pojištění, výlukami z pojištění a limity pojistného plnění sjednanými v pojistné smlouvě.

2. Nutná a neodkladná zdravotní péče zahrnuje:
 - a) nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - b) lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení;
 - c) stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření;
 - d) nutné a neodkladné zdravotní výkony včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu;
 - e) nezbytnou hospitalizaci po nezbytně nutnou dobu; a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Její rozsah je dále vymezen výlukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění.
3. Pojištění lze sjednat v jednom z následujících typů:

- a) **MUŽ**
- b) **ŽENA**

Tento typ pojištění zahrnuje též zdravotní péči poskytnutou pojištěným v souvislosti s jejím těhotenstvím a porodem po uplynutí čekací doby. Nezahrnuje poporodní

zdravotní péči o novorozence pojištěné. V pojistné smlouvě typu ŽENA může být čekací doba zkrácena, pokud tato smlouva navazuje na předcházející pojistnou smlouvu u pojistitele uzavřenou ve prospěch téže pojištěné.

c) PROFESIONÁLNÍ SPORT

Tento typ pojištění zahrnuje zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v souvislosti s událostmi nastalými v souvislosti s provozováním profesionální sportovní činnosti na území ČR.

4. Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady vynaložené oprávněně a prokazatelně v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy:
 - a) na zdravotní péči poskytnutou pojištěnému příslušným zdravotnickým zařízením;
5. Pojistitel plnění za zdravotní péči poskytnutou příslušným zdravotnickým zařízením v ČR podle předcházejícího odstavce bude hrazeno maximálně do výše standardní úhrady této péče z veřejného zdravotního pojištění v ČR, případně standardní úhrady, která by náležela za tuto zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenského prostoru, na jehož území byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta.
6. Pojistitel poskytne pojištěnému nebo jiné osobě pojistné plnění za úhradu nákladů, prokazatelně vynaložených v době trvání pojištění na lékařem ambulantně předepsané léky do výše příslušného limitu pojistného plnění sjednaného v pojistné smlouvě. Maximální výše pojistného plnění za úhradu nákladů na lékařem 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 v souvislosti s přímým poskytnutím následujících asistenčních služeb:
 - a) Repatriace nemocného pojištěného, která je ze zdravotnického hlediska možná a potřebná a je organizována asistenční službou po rozhodnutí pojistitele a po schválení ošetřujícím lékařem pojištěného, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt.
 - b) Převoz tělesných ostatků pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, organizovaný asistenční službou po schválení pojistitelem.
8. Pokud došlo k pojistné události a nepetřžitá hospitalizace pojištěného přesáhne nebo pravděpodobně přesáhne dobu trvání pojištění, pojistitel rozhodne o dalším postupu takto:
 - a) pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, po souhlasu ošetřujícího lékaře pojistitel rozhodne o jejím uskutečnění;
 - b) nemožňuje-li zdravotní stav pojištěného jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem do doby, než bude jeho repatriace z lékařského hlediska možná.
9. Rozsah závazku pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezen výlukami z pojištění a limity pojistného plnění.
10. Horní hranici pojistného plnění je limit pojistného plnění uvedený v pojistné smlouvě. V pojistné smlouvě je rovněž uveden limit pojistného plnění pro všechny pojistné události během trvání pojištění.
11. Horní hranici pojistného plnění za škody vzniklé na území Schengenského prostoru mimo území ČR je 30 000 eur.

Článek 6 Pojistné plnění

1. Pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě, v případě zdravotní péče poskytnuté příslušným zdravotnickým zařízením přímo zdravotnickému zařízení.

2. Pojistitel poskytně pojistné plnění oprávněné osobě po převzetí originálů předepsaných dokladů. Originály těchto dokladů zůstávají pojistiteli a nevracejí se.
3. V případě, že pojištěný, který je oprávněnou osobou, před poskytnutím pojistného plnění zemřel, postupuje se podle platné právní úpravy.
4. Nemá-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je plnění podle tohoto článku poskytováno zásadně v penězích, a to v měně České republiky a na jejím území, pojistitel ho poskytne převodem na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázkou na jméno a adresu oprávněné osoby.

Článek 7 Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
2. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za události, jejichž zřejmé příznaky nastaly před platností pojistné smlouvy nebo musely být pojištěnému či pojistníkovi před uzavřením pojistné smlouvy známy.
3. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za zdravotní péči, která není standardně hrazená z veřejného zdravotního pojištění v ČR.
4. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech:
 - a) umělého oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti, antikoncepce a výkonů s ní souvisejících, interrupce bez dokumentované závažné zdravotní indikace;
 - b) poporodní zdravotní péče o novorozence, která se narodila pojištěné za trvání pojištění;
 - c) stomatologických výkonů, které nejsou uvedeny v přehledu hrazených stomatologických výkonů vydaných pojistitelem;
 - d) zdravotních výkonů, které nebyly provedeny zdravotnickým zařízením či zdravotnickým pracovníkem nebo nejsou lege artis nebo lékařsky uznávané;
 - e) závodní preventivní péče;
 - f) kosmetických zákroků, akupunktury a homeopatie včetně léčení jimi způsobených komplikací;
 - g) rehabilitace, výcvikové terapie a nácviku soběstačnosti s výjimkou lékařem indikovaných poružových nebo pooperačních výkonů pouze po dobu hospitalizace;
 - h) fyzikální léčby nebo lázeňského léčení či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů;
 - i) komplikací a následků, které nastanou v souvislosti se zdravotními výkony, na které se pojištění nevztahuje;
 - j) zhotovení a opravy brýlí, kontaktních čoček a naslouchacích přístrojů, léčení vad řeči;
 - k) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným mimo území ČR;
 - l) úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, volně zakoupených bez lékařského předpisu nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění;
 - m) zhotovení a opravy elektrických vozíků a myoelektrických prátěz;
 - n) nákladů na regulační poplatky a jiné poplatky;
 - o) že se stane pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění v ČR.
5. Pojištění se nevztahuje na události a škody:
 - a) vzniklé mimo území Schengenského prostoru;
 - b) vzniklé na území Schengenského prostoru v souvislosti s činností pojištěného, která neodpovídá turistickému pobytu;
 - c) vzniklé v mateřské zemi pojištěného;
 - d) vzniklé v důsledku teroristické činnosti, na níž se pojištěný aktivně podílel;
 - e) vzniklé válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji;
 - f) vzniklé pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací;
 - g) vzniklé účinky chemických nebo biologických zbraní;
 - h) vzniklé při manipulaci se stříelnou zbraní, výbušninou nebo neoprávněnou či neodbornou manipulací s pyrotechnickými přípravky a výrobky;
 - i) vzniklé při zkušeném testování dopravních prostředků a při výkonu kaskadérské činnosti;
 - j) vzniklé při přípravě a provozování extrémních, nebezpečných nebo adrenalinových sportů, případně další činnosti vyšší rizikovitosti; o rizikovitosti rozhoduje pojistitel. Tato výluka se neuplatní, pokud je sjednán typ pojištění „Profesionální sport“.
6. Pojistitel neposkytne pojistné plnění
 - a) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal, nejde-li o úraz;
 - b) pokud ke škodné události došlo v důsledku požití alkoholu nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, nejde-li o úraz;
 - c) pokud ke škodné události došlo v důsledku požití či aplikace omamných, psychotropních, návykových látek nebo přípravku takovou látku obsahujícího, nejde-li o úraz;
 - d) za události, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného, nejde-li o úraz;
 - e) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, lékařské ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel, případně asistenční služba;
 - f) v případech vycestování do ČR, nebo z ČR do dalších zemí Schengenského prostoru, s úmyslem čerpání zdravotní péče;
 - g) v případě, kdy pojištěný nebo jeho zákonný zástupce podepíše negativní revers.
7. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud nárok oprávněné osoby z jedné škodní události nedosáhne částky 100 Kč.

Článek 8 Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva je uzavřena zaplacením pojistného ve stanovené výši.
2. Pojistnou smlouvu zpracuje pojistitel na základě:
 - a) vyplněného a podepsaného formuláře pojistitele a
 - b) zdravotního dotazníku, který je součástí pojistné smlouvy a je úplně a pravdivě vyplněn a podepsán pojištěným nebo jeho zástupcem a
 - c) protokolu o vstupní lékařské prohlídce pojištěného v rozsahu stanoveném pojistitelem se musí podrobit osoba, která ke dni vytvoření návrhu pojistné smlouvy dosáhla 65 let věku, osoba, která má zájem o sjednání typu pojištění „Máma“ a osoba, která ve Zdravním dotazníku uvedla, že není v současné době zdráva a/nebo že se léčí či je sledována v některém ze zdravotnických zařízení nebo u ní bylo zjištěno závažné onemocnění či rizikové zaměstnání.
3. Zástupcem pojištěného je jeho zákonný nebo zplnomocněný zástupce, případně se souhlasem pojistitele nejbližší příbuzný pojištěného. Jestliže je pojistná smlouva uzavřena bez vstupní lékařské prohlídky, má pojistitel právo do tří měsíců od počátku pojištění vyzvat pojištěného, aby vstupní lékařskou prohlídku v předepsaném rozsahu absolvoval dodatečně a protokol o jejím absolvování doručil pojistiteli. V případě, že pojistitel zjistí rozdíly mezi zdravotním stavem plynoucím z dotazníku a z tohoto protokolu, je oprávněn dodatečně doměřit pojistníkovi pojistné za zvýšené rizika a určit lhůtu k zaplacení, která nesmí být kratší než jeden měsíc od doručení pojistníkovi. Pokud pojistník ve stanoveném termínu doměrek pojistného neuhradí, sjednaná pojistná doba se zkracuje přiměřeně neuhrazenému doměrku pojistného stanovenému pojistitelem.

4. Náklady na vstupní zdravotní prohlídku hraadí osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy.
5. Po uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi Průkaz pojištěného.
6. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR, resp. v Schengenském prostoru, při splnění podmínek stanovených příslušnými právními předpisy.

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 dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak.
3. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hod. dne sjednaného jako datum konce pojištění, pokud nezaniklo dříve;
 - b) dnem smrti pojištěného;
 - c) dnem právní moci rozhodnutí o ukončení platnosti povolení pojištěného k pobytu v ČR nebo o zamítnutí žádosti pojištěného o povolení pobytu v ČR. Pojištěný je povinen vrátit pojistiteli všechny doklady osvědčující platnost pojištění;
 - d) dnem vstupu pojištěného do systému veřejného zdravotního pojištění v ČR.
 - e) dnem oznámení zániku pojistného zájmu pojistiteli,
 - f) dalšími způsoby uvedenými v zákoně č. 89/2012 Sb, občanský zákoník.
4. Pojištění se nepřerušuje.
5. Pojistnou smlouvu lze výjimečně ukončit dohodou smluvních stran za dohodnutých podmínek.

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.
 - b) Ukončit šetření do tří 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.
 - c) Zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí.
2. Pojistitel zpracovává osobní údaje subjektů v souladu s platnou legislativou a interními zásadami pro zpracování osobních údajů. Plné znění těchto zásad naleznete na www.slavia-pojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju.
3. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
4. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistné smlouvy nebo průkazu pojištěného, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady příslušný druhopis.
5. 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 pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí i v případě, že

jde o změnu pojištění nebo likvidaci škodné události.

2. Pojistník a pojištěný jsou dále povinni:
 - a) kdykoli po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu jakýchkoli údajů uvedených v pojistné smlouvě;
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny údajů, na které byli písemně tázáni při sjednávání pojištění;
 - c) umožnit pojistiteli provést šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejích následků a pojistiteli přitom poskytnout svou součinnost.
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 spáchaní trestného činu nebo přestupku, bez zbytečného odkladu oznámit příslušné poznatky Policii ČR nebo jinému odpovědnému 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;
 - e) odpovědět úplně a pravdivě na všechny dotazy pojistitele týkající se skutečností, na které je tázán v pojistné smlouvě (zejména ve zdravotním dotazníku).
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.
5. Pokud mělo vědomé porušení jakýchkoliv povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má právo na pojistné plnění, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události anebo na zjištění nebo určité výše pojistného plnění, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. Tím není dotčeno právo pojistitele odmítnout pojistné plnění podle příslušných platných právních předpisů.

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 zdravotních, 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 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 pojištěteli; 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 pojištěteli, případně asistenční službě.
3. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu pojištěteli písemně oznámit škodnou událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, dát pravdivá vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu jejích následků, předložit doklady potřebné ke zjištění okolností rozhodných pro posouzení nároků na pojištění plnění a k stanovení jeho výše. Tuto povinnost může splnit i jiná osoba (např. zdravotnické zařízení).
4. 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: 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, specifikaci případné hospitalizace;
 - c) kopii lékařem ambulantně vystaveného předpisu léků;
 - d) originálem jiného dokladu vystaveného zdravotnickým zařízením, který obsahuje účel a úplný výčet provedených zdravotnických výkonů s jejich popisem, kódy, bodovým hodnocením nebo cenou a daty jejich provedení, názvy a množství podaných léčivých přípravků včetně jejich cen, seznam použitého či poskytnutého zdravotnického materiálu a služeb včetně jejich cen;
 - e) výši úhrady nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady (např. účetní doklad vystavený zdravotnickým zařízením nebo lékárnou).
5. 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.
6. Všechny doklady 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. Pojištětel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími zařízeními a osobami, a to i v zahraničí.
2. 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 pojištětele.

Článek 14 Pojistné

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojištětel, přičemž zohledňuje zdravotní stav pojištěného na základě zdravotního dotazníku a vstupní lékařské prohlídky. Výše pojistného je sjednána v pojistné smlouvě.

2. Pojištětel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu. Toto právo pojištěteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
3. V pojistné smlouvě se sjednává jednorázové pojistné, které je splatné v plné výši dnem uzavření pojistné smlouvy v méně CR.
4. Pojištětel je oprávněn ověřit si u pojištěného správnost údajů rozhodných pro stanovení výše pojistného.
5. Pojištětel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojištěteli pojistné celé.
6. V případě, že nedojde ke vzniku pojištění, vrátí pojištětel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, které činí 20 % z nespotebovaného pojistného.
7. V případě, že pojištění zanikne po počátku pojištění a za trvání pojištění nenastala pojistná událost, vrátí pojištětel pojistníkovi nespotebované pojistné snížené o 20% náklady z nespotebovaného pojistného spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou.

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

Informace o možnostech a způsobech nahlédnutí do spisu pojistné události

1. Na základě písemné žádosti oprávněné osoby umožní pojištětel oprávněné osobě (tj. i např. obmyšlený v případě smrti pojištěného) nahlédnout do spisu vedeného pojištětlem v souvislosti s pojistnou událostí nebo do obdobného záznamu o průběhu šetření pojistné události a pořídit si z něho výpisy nebo kopie podkladů či dokumentů týkajících se důvodů zamítnutí poskytnutí pojistného plnění nebo stanovení výše pojistného plnění, a to po ukončení šetření pojistné události (dále také jen „žádost o nahlédnutí do spisu pojistné události“).
2. Podmínky pro nahlédnutí do spisu pojistné události:
 - a) v době trvání pojištění nastala pojistná událost, a
 - b) šetření pojistné události, o nahlédnutí do jejíhož spisu oprávněná osoba žádá, bylo v době podání žádosti oprávněné osoby pojištětlem ukončeno, a
 - c) právo na pojištění plnění z pojistné události, o nahlédnutí do jejíhož spisu oprávněná osoba žádá, není v době podání žádosti oprávněné osoby promlčeno, a
 - d) oprávněná osoba podala pojištěteli písemnou žádost o nahlédnutí do spisu pojistné události:
 - i) doručením na adresu sídla pojištětele, tj. Slavia pojišťovna a.s., Odd. Likvidace pojistných událostí, Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4 nebo
 - ii) prostřednictvím elektronické pošty prostým e-mailem (bez nutnosti jeho elektronického podepsování) doručením pojištěteli na e-mailovou adresu likvidace@slavia-pojistovna.cz nebo
 - iii) na kterékoli pobočce nebo kontaktním místě pojištětele (viz <https://www.slavia-pojistovna.cz/kontakt/>), a
 - e) oprávněná osoba před nahlédnutím do spisu pojistné události řádně a včas sdělila pojištěteli své identifikační údaje a osvědčila pojištěteli svou totožnost.
3. Pojištětel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události bez zbytečného odkladu v závislosti na rozsahu a technické povaze obsahu spisu. Pojištětel sdělí oprávněné osobě možné termíny nahlédnutí do spisu pojistné události nejpozději do 10 pracovních dní ode dne ob-

- držení písemné žádosti. Nahlédnutí do spisu pojistné události je možné v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou v obvyklé provozní době pojistitele.
4. Způsob nahlédnutí do spisu pojistné události. Oprávněná osoba může nahlédnutí do spisu pojistné události realizovat následujícím způsobem:
- Pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události na kterékoli pobožce nebo kontaktním místě pojistitele dle volby oprávněné osoby v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou nebo
 - pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události v sídle pojistitele v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou.
5. Pojistitel nevyhoví žádosti o nahlédnutí do spisu pojistné události, pokud by nahlášení mohlo vést k ohrožení řízení o trestném činu nebo projednání přestupku, a to za předpokladu písemného nesouhlasu příslušného orgánu (viz ust. § 129a odst. 2 zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění). Pojistitel je povinen odeslat dotaz příslušnému orgánu do 30 dnů ode dne doručení žádosti oprávněné osoby o nahlédnutí do spisu pojistné události, pokud bylo v souvislosti s pojistnou událostí zahájeno trestní nebo správní řízení.
6. Vyplyvá-li z pojistné smlouvy právo oprávněné osoby na nahlédnutí do spisu pojistné události v širším rozsahu, má ustanovení pojistné smlouvy přednost před tímto ustanovením VPP.

7. Pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události včetně pořízení výpisů ze spisu nebo kopií podkladů či dokumentů bezúplatně.

Článek 17 Závěrečná ustanovení

- Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
- Doručování písemnosti se řídí obecně platnou právní úpravou.
- Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
- Komunikačním jazykem je čeština.
- Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den převzetí finanční částky příjemcem. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den pípsání finanční částky na účet příjemce.
- Práva a povinnosti z tohoto pojištění se řídí právem ČR. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vyřádkání, u příslušného soudu v ČR.
- Tyto všeobecně pojistné podmínky pojistitel vydává v jazyce českém a též jejich překlad v jazyce ruském a anglickém. Rozhodující je jejich znění v jazyce českém.
- Tyto všeobecně pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 14. června 2024.

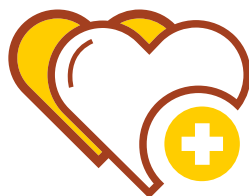
Přehled hrazených stomatologických výkonů

00901	Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta v rámci preventivní péče (pouze u dětí do 15 let)	833 Kč
00908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta	650 Kč
00910	RTG vyšetření intraorální	139 Kč
00911	Zhotovení extraorálního RTG snímku – pouze u úrazu	422 Kč
00913	Zhotovení ortopantomogramu – pouze u úrazu	513 Kč
00914	Vyhodnocení ortopantomogramu – pouze u úrazu	158 Kč
00916	Anestezie na foramen mandibule a infraorbitale	222 Kč
00917	Anestezie infiltrační a jiné	186 Kč
00920	Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň u pacientů do 18 let v rozsahu špičáků včetně	1542 Kč
00921	Ošetření zubního kazu – stálý zub	1043 Kč
00922	Ošetření zubního kazu – dočasný zub	813 Kč
00925	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub	494 Kč
00945	Cílené vyšetření	120 Kč
00949	Extrakce dočasného zubu	275 Kč
00950	Extrakce stálého zubu	678 Kč
00951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu (chirurgické extrakce a revize extrakční rány)	1201 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu (provedení dekapsulace a sutury rány sliznice do 5 cm)	833 Kč
00957	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	833 Kč
00959	Intraorální incize	284 Kč
00961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů dutiny ústní	112 Kč
00962	Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu (pouze manuální repozice luxace TMK)	559 Kč
00963	Injekce I.M., S.C., I.D., I.V.	264 Kč

Osvědčení ČSK

00952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (komplikovaná chirurgická extrakce a primární uzávěr oroantrální komunikace)	2357 Kč
00956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (pouze sutura rány do 5 cm)	1654 Kč
00958	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní většího rozsahu	1381 Kč
00960	Zevní incize	1107 Kč

T. č.: 250363/2024/63



General Terms and Conditions of Comprehensive Health Insurance for Foreigners 3/2024

General Terms and Conditions of Comprehensive Health Insurance for Foreigners

VPP KZPC 3/2024

Table of Contents

Article 1	Introduction
Article 2	Definitions
Article 3	Subject of the Insurance, Insured Risk, Insured Event
Article 4	Territorial Scope
Article 5	Scope of Insurance
Article 6	Indemnity
Article 7	Exclusions from Insurance Coverage
Article 8	Conclusion of the Insurance Contract
Article 9	Insurance Period, Commencement and Termination of the Insurance
Article 10	Responsibilities of the Insurer
Article 11	Responsibilities of the Policyholder and of the Insured Person
Article 12	Responsibilities of the Insured Person in Case of an Insured Event
Article 13	Other Rights and Responsibilities of the Parties to the Insurance
Article 14	Insurance Premium
Article 15	Salvage Costs
Article 16	Information on the Possibilities and Access Methods to the Insured Event File
Article 17	Final Provisions List of Covered Dental Interventions

- Insurance Period is the period for which the Insurance was taken out.
- Insured Risk** is a possible cause of an insured event.
- Loss Event** is an event that results in a loss and which may give rise to the right to indemnity.
- Insured Event** is an accidental state of affairs associated with the rise of the Insurer's responsibility to provide an indemnity.
- Sudden Illness** means a sudden and unpredictable deterioration of the state of health that represents a direct threat to the health or life of the Insured Person, requiring the provision of acute and emergency healthcare.
- Injury** means the sudden and unanticipated exertion of external forces or the Insured Person's own physical strength, independent of the will of the Insured Person, resulting in damage to the health of the Insured Person or his/her death.
- Home Country** is the country for which the Insured Person holds a valid travel document.
- Repatriation** is transport of the Insured Person or his/her bodily remains to the home country or to another country of his/her permitted residency, as the case may be.
- Acute and Emergency Care** means healthcare provided to the Insured Person in the event of an injury or sudden illness, where any delay could result in a serious deterioration of health, damage to health or a threat to life.
- Insured Person's Card** is written confirmation issued by the Insurer to the Insured Person to prove the existence of the Insurance. Contact details for the assistance service are provided on the reverse of the Insured Person's Card.
- Assistance Service** is secured by a contractual partner of the Insurer. The purpose of the assistance service is to provide assistance to the Insured Person in relation to the insured event (resolution of language problems when communicating with medical facilities, organization of transport or repatriation of the Insured Person).
- Comprehensive health care** means health care, including preventive and dispensary care, provided to the Insured, in the Insurer's contractual health facility, without direct reimbursement of the costs of treatment by the Insured, in order to maintain their state of health from before the conclusion of the insurance contract.
- Contracted Medical Facility** is a medical facility in the CR with which the Insurer has signed a contract regarding the provision of healthcare covered by this Insurance. Information concerning contracted medical facilities shall be provided to the Insured Person by the assistance service.
- Transit Countries** are only those countries in the Schengen Area in whose territory the Insured Person is present for the period of time absolutely necessary for the fastest and shortest transport of the Insured Person from his/her home country to the CR and back.
- The age at entry of the Insured** is determined by the difference between the date of birth of the Insured and the inception date.

Article 1 Introduction

- Comprehensive Health Insurance for Foreigners (hereinafter referred to as the "Insurance") provided by Slavia pojist'ovna, a.s. Id. No. 60197501, with its registered office at Taborska 31, 140 00 Praha 4, the Czech Republic (hereinafter referred to as the "Insurer"), is governed by the laws of the Czech Republic, especially Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code, by these General Terms and Conditions of Comprehensive Health Insurance for Foreigners VPP KZPC 3/2024 (hereinafter referred to as the "General Insurance Terms and Conditions") and by the provisions of the insurance contract. The General Insurance Terms and Conditions form an integral part of the insurance contract. The insurance contract is concluded in the Czech language.
- The Insurance is taken out as an insurance product against loss and damage for a fixed term.
- The Insurance Contract on Comprehensive Health Insurance for Foreigners is a document on travel health insurance for foreigners pursuant to Act No. 326/1999 Sb., on the Stay of Foreign Nationals in the Czech Republic, as amended.

Article 2 Definitions

- Policyholder** is the natural person or legal entity that has concluded an insurance contract with the Insurer and is responsible for payment of the insurance premium.
- Insurer** is Slavia pojist'ovna a.s.
- Insured Person** is the foreign national (a natural person who is not a citizen of the Czech Republic) to whose health the Insurance applies.
- Beneficiary** is a person who has demonstrably incurred the costs of healthcare provided to the Insured Person and to which the right to the indemnity arises as a result of the insured event.

Article 3 Subject of the Insurance, Insured Risk, Insured Event

- The Insurance applies to the cost of healthcare and related assistance services, provided to the Insured Person within the territory of the CR as a result of a deterioration in health, illness, injury or in relation to the pregnancy or childbirth of a female Insured Person, which commenced during the insurance period and during

the stay of the Insured Person within the territory of the Czech Republic.

2. The subject of the Insurance also covers the cost of acute and emergency healthcare and related assistance services provided to the Insured Person within the territory of the Schengen Area but outside the territory of the CR.
3. The insured risk consists in a change in the Insured Person's state of health, resulting from an illness or injury, or for other reasons related to the state of health of the Insured Person, which may occur during the term of the Insurance and cause a health condition which requires the provision of healthcare.
4. An insured event is an illness or injury, or other change in the Insured Person's state of health, as a result of which, or in order to avert such an event, it was necessary to provide healthcare or assistance services to the Insured Person, corresponding to the conditions and scope of the Insurance taken out, where the Insured Person became responsible for paying the costs of the healthcare to a medical facility or for paying the costs of assistance services to the provider, as appropriate. The healthcare must be provided during the term of the Insurance.
5. Pregnancy of a female Insured Person shall not be deemed an insured event provided that the pregnancy indisputably commenced prior to expiry of the third month of the insurance period, as certified by a specialist doctor. Childbirth as a result of the pregnancy of a female Insured Person which commenced prior to expiry of the third month of the waiting period, as certified by a doctor, shall not be deemed an insured event.
6. Events arising from one cause, comprising all the facts and their consequences, amongst which there is a causal, temporal or other direct link, shall be deemed a single insured event.

Article 4 Territorial Scope

1. In the Czech Republic, the insurance is valid in the range of extended health care beyond necessary and urgent health care.
2. For the Schengen Area, save for the territory of the CR, the Insurance applies only to a Tourist Stay of the Insured Person in the Schengen Area, where the duration of the stay may not exceed 30 days.

Article 5 Scope of Insurance

1. Extended health care includes:
 - a) acute care provided by a medical assistance or emergency service;
 - b) doctor-indicated transportation to the nearest professional healthcare facility;
 - c) establishment of diagnoses and treatment procedures, including necessary examinations;
 - d) acute and emergency medical interventions including necessary medicines and medical equipment;
 - e) necessary hospitalization for a necessary period of time;
 - f) outpatient healthcare and institutional care, including diagnostic care;
 - g) potential repatriation or transport of the Insured Person's bodily remains;
 - h) medicines prescribed by a doctor;
 - i) preventive care and dispensary care.

The costs of healthcare and medicines shall be paid in the same amount as the maximum payment in the general public health insurance system of the Czech Republic. The scope is further determined by exclusions from insurance coverage and by the agreed indemnity limits.

2. The acute and emergency care includes:
 - a) acute care provided by a medical assistance or emergency service;

- b) doctor-indicated transportation to the nearest professional healthcare facility;
- c) establishment of diagnoses and treatment procedures, including necessary examinations;
- d) acute and emergency medical interventions including necessary medicines and medical equipment;

with the above provided maximally within the range for acute and emergency healthcare normally paid by the general public health insurance system of the Czech Republic. The scope is further determined by exclusions from insurance coverage and by the agreed indemnity limits.

3. One of the following types of insurance may be taken out:
 - a) **MAN (MUZ)**
 - b) **WOMAN (ZENA)**

This type of insurance also includes healthcare provided to the Insured Person in relation to her pregnancy and childbirth after expiry of the waiting period. It does not include postnatal care for a newborn baby of the Insured Person. The insurance contract of the WOMAN (ZENA) type may stipulate a shorter waiting period if such an insurance contract follows up a previous insurance contract concluded with the Insurer for the benefit of the same Insured Person.

- c) **PROFESSIONAL SPORT (PROFESIONALNI SPORT)**

This type of insurance includes healthcare provided to the Insured Person in relation to events that occurred in relation to the pursuit of professional sport within the territory of the CR.

4. The indemnity covers necessary and reasonable costs, justifiably and demonstrably incurred in accordance with applicable medical and legal regulations:
 - a) for healthcare provided to the Insured Person by the relevant medical facility;
5. The indemnity for healthcare provided by the relevant medical facility in the CR, pursuant to the preceding paragraph, shall be provided only up to the amount of the standard payment for this care in the Czech general health insurance system, or a standard payment which would otherwise be paid in the general health insurance system of another member country of the Schengen Area in whose territory acute and emergency care was provided to the Insured Person.
6. The Insurer shall provide the Insured Person or another person with compensation for costs demonstrably incurred during the term of the Insurance for medicines prescribed by a doctor during outpatient care, up to the relevant indemnity limit as agreed in the insurance contract. The maximum indemnity to cover the costs of medicines prescribed by a doctor during outpatient care shall be equal to the amount of reimbursement for this medicine within the Czech general health insurance system, as specified in the applicable, currently valid regulations of the Ministry of Health of the CR (the list of medicinal products fully or partially covered by health insurance).
7. The Insurers shall provide indemnity in relation to direct provision of the following assistance services:
 - a) Repatriation of a sick Insured Person, which is possible and necessary from a healthcare viewpoint and is organized by the assistance service provider based on a decision of the Insurer, and with the consent 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 has permitted residency.
 - 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 had permitted residency, organized by the assistance service upon approval by the Insurer.

8. If an insured event has taken place and continuous hospitalization of the Insured Person exceeds or is likely to exceed the term of the Insurance, the Insurer shall decide on the further procedure as follows:
 - a) if the health condition of the Insured Person allows for repatriation, the Insurer shall decide, with the assent of the attending doctor, on repatriation;
 - b) if the health condition 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 from a medical viewpoint.
9. The extent of the Insurer's obligation to provide indemnity is limited by exclusions from the Insurance and by indemnity limits.
10. The upper limit of indemnity shall be the indemnity limit provided in the insurance contract. The insurance contract also stipulates the indemnity limit for all insured events during the term of the Insurance.
11. The upper limit of indemnity for losses that arise in the Schengen Area outside the territory of the CR is EUR 30,000.
 - g) rehabilitation, behavioral therapy and self-support training, with the exception of doctor-indicated post-trauma or post-surgical interventions, but only for the period of hospitalization;
 - h) physical or spa treatment or care provided by specialized medical institutions, and chiropractic services;
 - i) complications and consequences that occur in relation to medical interventions to which the Insurance does not apply;
 - j) manufacture and repair of glasses, contact lenses and hearing aids, and treatment of speech defects;
 - k) events occurring during the search for gainful activity by the Insured Person outside the territory of the CR;
 - l) reimbursement for medicines and medical devices freely purchased without a doctor's prescription or whose administration started prior to the commencement of the Insurance;
 - m) manufacture and repair of powered wheelchairs and myoelectric prostheses;
 - n) costs of regulatory fees and other fees;
 - o) the fact that the Insured Person becomes a participant in the general health insurance system in the CR.

Article 6 Indemnity

1. The Insurer shall provide indemnity to the beneficiary; in the case of healthcare provided by a relevant 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 originals of the required documents. The originals of these documents shall remain with the Insurer and will not be returned.
 3. If the Insured Person who is the beneficiary deceases with an outstanding claim to an indemnity which he/ she did not receive during his/her lifetime, the procedure shall be governed by the applicable laws.
 4. Unless agreed otherwise in writing by the parties, settlement under this Article is payable within 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. The Insurance is not applicable to events and damages:
 - a) originating outside the territory of the Schengen Area;
 - b) originating within the territory of the Schengen Area in relation to activities of the Insured Person not conforming to a tourist stay;
 - c) originating in the Insured Person's home country;
 - d) originating as a result of terrorist activities in which the Insured Person actively participated;
 - e) originated by acts of war, civil war or civil disturbances;
 - f) originated by hard radiation, nuclear radiation or radioactive contamination;
 - g) caused by the effects of chemical or biological weapons;
 - h) occurring during the handling of firearms or explosives, or the unauthorized or unprofessional handling of pyrotechnical equipment and products;
 - i) occurring during the testing of means of transportation and during the performance of stunt work;
 - j) occurring during the preparation for or operation of extreme, hazardous or adrenaline sports, and potentially other activities associated with an increased risk; the Insurers shall decide about the level of risk. This exclusion is not applicable if the "Professional Sport" (Profesionalni sport) type of insurance has been concluded.

Article 7 Exclusions from Insurance Coverage

1. The Insurer is not obliged to provide indemnity for events that occurred before the premium was paid.
2. The Insurer shall not provide indemnity for events of which obvious indications occurred before signing of the insurance contract, or which had to be known to the Insured Person or the policyholder before signing of the insurance contract.
3. The Insurer shall not provide indemnity for healthcare which is not normally paid for by Czech general public health insurance.
4. The insurer shall not provide indemnity in cases of:
 - a) artificial fertilization, infertility examination and treatment, contraception and related interventions, and abortion without documented serious health indications;
 - b) postnatal healthcare for newborn babies that were born to the Insured Person during the term of the Insurance;
 - c) dental interventions that are not listed in the overview of reimbursed dental interventions issued by the Insurer;
 - d) medical interventions not provided by a medical facility or medical staff, or which are not lege artis or not recognized from a medical viewpoint;
 - e) occupational preventive care;
 - f) cosmetic procedures, acupuncture and homeopathy, including treatment of complications caused thereby;
6. The Insurer shall not pay indemnity:
 - a) if the insured event is caused as a result of or in connection with disturbances or criminal activities caused or committed by the Insured Person, unless it is an injury;
 - b) if the insured event occurred as a result of consumption of alcohol or in relation to the consequences of the use of alcohol, unless it is an injury;
 - c) if the insured event occurred as a result of consumption or application of intoxicating, psychotropic or addictive substances, or agents containing such substances, unless it is an injury;
 - d) if the event was caused by the willful conduct, default or co-default of the Insured Person, unless it is an injury;
 - e) if the Insured Person fails to undergo repatriation, medical treatment or the necessary medical examinations by a doctor appointed by the Insurer or the assistance service, as the case may be;
 - f) in cases of travelling into the CR, or out of the CR to other countries in the Schengen Area, for the purposes of receiving healthcare;
 - g) should the Insured Person or his/her legal representative sign a negative reverse declaration.
7. The Insurer shall not be obliged to provide indemnity if the entitlement of the beneficiary from a single insured event does not attain the amount of CZK 100.

Article 8 Conclusion of the Insurance Contract

1. The insurance contract is concluded upon payment of the premium in specified amount.
2. The Insurer shall process the insurance contract on the basis of:
 - a) a filled-in and signed form provided by the Insurer;
 - b) a health questionnaire which is part of the insurance contract and is fully and truthfully filled-in and signed by the Insured Person or the Insured Person's representative;
 - c) any person who is at least 65 years old on the date of creating the draft insurance contract, any person who is interested in taking out the 'Mother' insurance and any person who stated in the Health Questionnaire that they are not currently healthy and/or that they are treated or monitored in any health facility or who has been diagnosed with a serious illness or has hazardous employment must undergo the protocol on the initial medical examination of the Insured to the extent specified by the Insurer.
3. The representative of the Insured Person is the Insured Person's legal or authorized representative or, if approved by the Insurer, the closest relative of the Insured Person. If the insurance contract is concluded without an initial health examination, the Insurer has the right to request, within three months of commencement of the Insurance, that the Insured Person undergo the initial health examination within the prescribed scope and deliver the results of the examination to the Insurer. In the event that the Insurer ascertains any differences between these results and the state of health according to the questionnaire, the Insurer is authorized to charge an additional premium to the policyholder for increased risks and determine a deadline for payment, which may not be less than one month from delivery to the policyholder. If the policyholder fails to pay the additional premium within the set deadline, the agreed insurance period shall be reduced pro rata according to the amount of the unpaid additional premium charged by the Insurer.
4. The costs of the initial health examination shall be paid by the person who is interested in the conclusion of the insurance contract.
5. After conclusion of the insurance contract, the Insurer shall issue an Insured Person's Card to the policyholder.
6. The effect and validity of the Insurance shall be conditional on the Insured Person's lawful stay in the CR or Schengen Area, as appropriate, subject to the conditions stipulated by the applicable legal regulations.

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 hours on the date specified in the insurance contract to be the date of commencement of the Insurance. In the event that the date of commencement of the Insurance is not explicitly agreed in the insurance contract, it shall be deemed that the Insurance commences at 00:00 hours on the day following conclusion of the insurance contract.
3. The Insurance shall terminate:
 - a) upon expiry of the insurance period at 24:00 hours on the date agreed as the date of termination of the Insurance, unless it has terminated earlier;
 - b) on the date of death of the Insured Person;
 - c) on the date of legal force of the decision on termination of validity of the Insured Person's residence permit for the CR or on dismissal of the Insured Person's application for a residence permit for the CR. The Insured Per-

son is obliged to return all documents attesting to the validity of the Insurance;

- d) on the date when the Insured Person enters the system of general public health insurance in the CR.
 - e) on the notification date for the extinction of the insurable interest to the Insurer;
 - f) in other ways specified in Act No 89/2012 Coll., the Civil Code.
4. The Insurance shall not be interrupted.
 5. In exceptional cases the insurance contract may be terminated by an agreement of the contracting parties, under the agreed conditions.

Article 10 Responsibilities of the Insurer

1. In addition to other responsibilities stipulated by generally binding legal regulations, the Insurer shall have the following obligations:
 - a) Upon receiving a report of an insured event associated with a claim to indemnity, the Insurer shall commence, without undue delay, an investigation in order to ascertain the extent of its responsibility to pay indemnity.
 - 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 this period, the Insurer shall inform the person who may be, or is, entitled to indemnity, of the reasons why the investigation cannot be completed.
 - c) The Insurer shall maintain confidentiality with respect to facts related to the Insurance, of which the Insurer becomes aware during the process of taking out the Insurance, to the administration thereof, and to the settlement of insured events.
2. The Insurer processes personal data of natural persons in accordance with valid legislation and internal rules for the processing of personal data. The full text can be found at www.slavia-pojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju.
3. Indemnity is payable within 15 days of completion of the investigation pursuant to Par. 1 above. The investigation is completed when the Insurer notifies the beneficiary of the results.
4. If the insurance contract or the Insured Person's Card is lost, damaged or destroyed, the Insurer shall issue the policyholder a copy upon his/her request and at his/ her expense.
5. During the term of the insurance contract, the Insurer shall supply information to the policyholder to his/her address as specified 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, the policyholder and the Insured Person shall truthfully and fully answer all the written questions put forth by the Insurer with regard to the Insurance being taken out. This also applies where the Insurance is amended or a loss event settled.
2. Furthermore, the policyholder and the Insured Person shall:
 - a) inform the Insurer in writing of any change in any information given in the insurance contract at any time during the term of the insurance contract;
 - b) inform the Insurer in writing and without undue delay of any change in any information provided in response to a written question when the Insurance was taken out;
 - c) enable the Insurer to perform an investigation into the causes of a loss event and the extent of its consequences, and co-operate with the Insurer in this respect.

3. The Insured Person shall:
 - a) do everything to avert the occurrence of an insured event and reduce the extent of the ensuing loss;
 - b) notify the police of the CR or any other competent authority accordingly, and without undue delay, should there be suspicion of a criminal offence or misdemeanor related to the loss event;
 - c) proceed so that the Insurer can exercise its right to indemnification, or a similar right that the Insurer has incurred in relation to an insured event, against another person;
 - d) fulfill other obligations set out in the General Insurance Terms and Conditions and in the insurance contract;
 - e) answer fully and truthfully all questions of the Insurer concerning the facts about which she/he is questioned in the insurance contract (particularly in the health questionnaire).
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) notify the Insured Person, without undue delay and not later than upon commencement of the Insurance, of the fact that the Insurance has been taken out on the Insured Person's behalf, and familiarize the Insured Person with the rights and responsibilities which arise for him/her from the arranged Insurance.
5. If a conscious breach of any responsibilities by the policyholder, the Insured Person or any other person having the right to an indemnity had a substantial effect on the occurrence or course of an Insured Event, on increasing the consequences of the insured event, or on ascertaining or determining the amount of indemnity, the Insurer shall have the right to reduce the indemnity depending on the effect that the 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 applicable legal regulations.
 - a) accept original counterparts of the required documents within the scope of 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 the 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 rise to the right to indemnity, provide a truthful explanation of its occurrence and the extent of its consequences, and present the necessary documents to ascertain any circumstances decisive for assessment of claims for indemnity and specification of its amount. This obligation may also be fulfilled by another person (e.g. a medical facility).
4. The notification of a loss event, including annexes, must unambiguously prove and demonstrate:
 - a) the place, date, time, cause and circumstances of the occurrence of the 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 the provision of acute and emergency care to the Insured Person in relation to the given loss event, as follows: the original counterpart of the medical report containing a detailed description of the health condition of the Insured Person, including diagnosis codes; a full list of the performed medical interventions, including their description, codes, scores or prices, and dates when they were performed; names and the amounts of administered medicinal products, including their prices; a list of the used or provided medical supplies and services, including their prices; and details of hospitalization, if any;
 - c) copies of doctor's prescriptions for outpatient medicines;
 - d) the original counterpart of some other 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; and a list of the used or provided medical supplies and services, including their prices;
 - e) the costs to be covered, including the amount and subject matter of payment (e.g. a bill issued by the medical facility or pharmacy).

Article 12 Responsibilities of the Insured Person in Case of an Insured Event

1. In case of an insured event, the Insured Person shall:
 - a) always and without undue delay, and if his/her health condition so permits, directly contact the assistance service or the Insurer, follow their instructions and, upon request, undergo a health examination at a medical facility designated by the assistance service provider or the Insurer, and follow the instructions and recommendations of the medical staff;
 - b) if need be, seek medical treatment and present the Insured Person's Card to the healthcare provider;
 - c) on 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 insurance companies, and the police of the CR, and which is required for the Insurer's investigation in case of an insured event;
 - d) to undergo treatment or a 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 medical treatment exceeds the term of the Insurance, to be repatriated at the request of the Insurer or the Insurer's assistance service provider.
2. If direct settlement of expenses which may constitute the subject of indemnity is required of the Insured Person by a medical facility, the Insured Person shall:
 1. The Insurer is entitled to verify the submitted documents, request expert reports and consult medical facilities or other organizations and persons, including those abroad, regarding complex loss events.
 2. The Insured Person, beneficiary, or the person who incurred salvage costs shall take measures to ensure that the right to compensation for damages, which passes according to law to the Insurer, does not lapse or expire.

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

Article 14 Insurance Premium

1. An insurance premium constitutes consideration for the insurance coverage provided. The amount of the premium shall be determined by the Insurer while taking into account the Insured Person's state of health based on the health questionnaire and the initial health examination. The amount of the premium is stipulated in the insurance contract.
2. 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 concluded.
3. 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.
4. The Insurer has the right to verify with the Insured Person the correctness of data decisive to the determination of the amount of the premium.
5. The Insurer has the right to the insurance premium throughout the insurance period, even if the Insurance terminates before expiry of the insurance period. The Insurer acquires this right on the date when the insurance contract is concluded.
6. If the insurance expires before the beginning of the insurance, the insurer shall be entitled to reimbursement of costs related to the origination and administration of the insurance, which constitute 20% of the unconsumed premium.
7. If the insurance expires before the end of the insurance period, without an insured event occurring during the term of the insurance, the insurer shall be entitled to reimbursement of costs related to the origination and administration of the insurance, which constitute 20% of the unconsumed premium.

Article 15 Salvage Costs

During the term of the Insurance, the limit for salvage costs incurred to save the life or health of the Insured Person equals 30% of the relevant indemnity limit, as agreed in the insurance contract. Compensation for other salvage costs incurred during the term of the Insurance is limited to the amount of CZK 100,000 for each and every event.

Article 16 Information on the Possibilities and Access Methods to the Insured Event File

1. At the Beneficiary's written request, the Insurer shall allow the Beneficiary (i.e., also the beneficiary in the event of the Insured's death) to access the file kept by the Insurer in connection with the insured event or a similar record of the investigation of the insured event and to obtain extracts or copies of materials or documents relating to the reasons for the refusal to provide indemnity or determining the indemnity amount, after completing the investigation of the insured event (hereinafter also referred to as the 'Request for Access to the Insured Event File').
2. Conditions for accessing the insured event file:
 - a) the insured event occurred during the insurance period; and
 - b) the investigation of the insured event, whereby access to the file is requested by the Beneficiary, was terminated by the Insurer at the time of submitting the Beneficiary's request; and
 - c) the right to indemnity from the insured event, whereby access to the file is requested by the Beneficiary, is not time-barred at the time the request is submitted; and
 - d) the Beneficiary submitted the written Request for Access to the Insured Event File to the Insurer:
 - i) by delivering it to the Insurer's registered office, i.e., Slavia pojišťovna a.s., Claims Settlement Department, Táborská 940/31, 140 00 Prague 4; or

- ii) by simple email (without requiring its electronic signing) delivered to the Insurer to likvidace@slavia-pojistovna.cz; or
 - iii) at any branch or contact point of the Insurer (see <https://www.slavia-pojistovna.cz/kontakt/>); and
- e) the Beneficiary duly communicated their identification data to the Insurer and proved their identity to the Insurer before accessing the insured event file.

3. The Insurer will allow the Beneficiary to access the insured event file without undue delay, depending on the scope and technical nature of the file's contents. The Insurer shall inform the Beneficiary of the possible dates of accessing the insured event file no later than within 10 working days from the date of receiving the written request. Access to the insured event file is possible within the date agreed between the Insurer and the Beneficiary, during the Insurer's usual working hours.
4. Method of access to the insured event file

The Beneficiary may access the insured event file in the following way:

- a) the Insurer shall allow the Beneficiary to access the insured event file at any branch or contact point of the Insurer according to the Beneficiary's choice within the date agreed between the Insurer and the Beneficiary; or
 - b) the Insurer shall allow the Beneficiary to access the insured event file at the Insurer's registered office within the date agreed between the Insurer and the Beneficiary.
5. The Insurer shall not comply with the Request for Access to the Insured Event File if the access could lead to a threat to the criminal proceedings or hearing of the offence, subject to the written disapproval of the competent authority (see § 129a(2) of Act No 277/2009 Coll., on insurance, as amended). The Insurer is obliged to send a request to the competent authority within 30 days from the delivery date of the Beneficiary's Request for Access to the Insured Event File if criminal or administrative proceedings have been initiated in connection with the insured event.
 6. If the insurance agreement gives the Beneficiary the right to access the insured event file to a greater extent, the provision of the insurance agreement takes precedence over this provision of the General Insurance Conditions.
 7. The Insurer shall allow the Beneficiary to access the insured event file, including obtaining extracts from the file or copies of documents, free of charge.

Article 17 Final Provisions

1. Any and all changes and amendments to the insurance contract shall be made in writing upon mutual agreement of both parties.
2. Delivery of documents shall be governed by generally binding legislation.
3. Representations and notifications with respect to the Insurer are only valid if submitted in writing.
4. The language of communication is Czech.
5. If a payment is made in cash, the date of the payment is the date when the amount is accepted by the recipient. In the case of a wire transfer, the date of payment is the date when the sum is credited to the recipient's account.
6. The rights and responsibilities arising out of this Insurance shall be governed by Czech law. 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.
7. The General Insurance Terms and Conditions are issued by the Insurer in the Czech language and translated into the Russian and English languages. The Czech version hereof shall prevail.
8. The General Insurance Terms and Conditions come into effect on 14 June 2024.

List of Covered Dental Interventions

00901	Examination and treatment of a registered patient as part of preventive care (only for children under 15 years of age)	833 CZK
00908	Acute treatment and examination of an unregistered patient	650 CZK
00910	Intraoral X-ray	139 CZK
00911	Extraoral X-ray film preparation - only in case of injury	422 CZK
00913	Orthopantomogram preparation - only in case of injury	513 CZK
00914	Orthopantomogram analysis - only in case of injury	158 CZK
00916	Foramen mandibulae and infraorbital anaesthesia	222 CZK
00917	Infiltrative and other anaesthesia	186 CZK
00920	Dental decay treatment - permanent tooth - photocomposite filling in patients under 18 years to extent of canines inclusive	1542 CZK
00921	Dental decay treatment - permanent tooth	1043 CZK
00922	Dental decay treatment - temporary tooth	813 CZK
00925	Conservative treatment of dental decay complications - permanent tooth	494 CZK
00945	Targeted examination	120 CZK
00949	Temporary tooth extraction	275 CZK
00950	Permanent tooth extraction	678 CZK
00951	Minor surgery of hard tissues in the oral cavity (surgical extractions and extraction wound revision)	1201 CZK
00955	Minor surgery of soft tissues in the oral cavity (decapsulation and mucous wound suture to 5 cm)	833 CZK
00957	Minor traumatology of hard tissues in the oral cavity	833 CZK
00959	Intraoral incision	284 CZK
00961	Treatment of surgical complications in the oral cavity	112 CZK
00962	Conservative treatment of temporomandibular joint disorders (only manual reposition of TMJ luxation)	559 CZK
00963	Injections I.M., S.C., I.D., I.V.	264 CZK
Czech Dental Chamber certificate		
00952	Major surgery of hard tissues in the oral cavity (complicated surgical extraction and primary closure of oroantral communication)	2357 CZK
00956	Major surgery of soft tissues in the oral cavity (wound suture to 5cm only)	1654 CZK
00958	Major traumatology of hard tissues in the oral cavity	1381 CZK
00960	External incision	1107 CZK

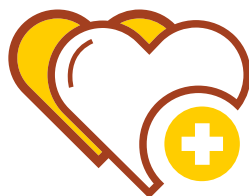
T. č.: 250363/2024/63b

Táborská 940/31, 140 00 Praha 4, Czech Republic | Info Line: +420 255 790 111

www.slavia-pojistovna.cz | ID No.: 60197501

Entered in the Commercial Register maintained by the Municipal Court in Prague, Part B, Entry 2591

...Your partner for a happy life



**Общие условия
страхования по
комплексному
медицинскому
страхованию
иностранцев
3/2024**

Содержание

Статья 1	Вступительные положения
Статья 2	Терминология
Статья 3	Предмет страхования, страховой риск, страховой случай
Статья 4	Территориальное действие
Статья 5	Объем страхования
Статья 6	Страховое возмещение
Статья 7	Ограничения страхования
Статья 8	Договор страхования
Статья 9	Период страхования, начало и конец страхования
Статья 10	Обязанности страховщика
Статья 11	Обязанности страхователя и застрахованного
Статья 12	Обязанности застрахованного при возникновении случая причинения ущерба
Статья 13	Остальные права и обязанности участников страхования
Статья 14	Страховой взнос
Статья 15	Расходы на спасение
Статья 16	Информация о возможностях и способах ознакомления с актом о страховом случае
Статья 17	Заключительные положения
	Перечень оплачиваемых томотологических процедур

Статья 1

Вступительные положения

1. Комплексное медицинское страхование иностранцев (далее «КМСИ»), которое заключает АО «Страховая компания Славия а.с.», идентификационный номер 60197501, юридический адрес: инд.140 00, Чешская республика, Прага 4, ул.Таборска 31, (в дальнейшем именуемая «страховщик»), руководствуется законодательством Чешской Республики, в частности, законом № 89/2012 «Гражданский кодекс», Общими условиями страхования туристической страховка для иностранцев KZPC 3/2024 (в дальнейшем именуемые KZPC) и условиями, указанными в договоре страхования. Общие условия страхования KZPC являются составной частью договора страхования. Договор страхования заключается на чешском языке.
2. Страхование KZPC заключается как страхование ущерба на определенный срок.
3. Договор комплексного медицинского страхования для иностранцев является документом о туристическом медицинском страховании иностранцев в соответствии с законом № 326/1999 Св.з. «О пребывании иностранцев на территории Чешской Республики», с изменениями и дополнениями.

Статья 2

Терминология

1. **Страхователь** – это физическое или юридическое лицо, которое заключило со страховщиком договор страхования и обязано платить страховые взносы.
2. **Страховщик** – АО «Страховая компания Славия а.с.».
3. **Застрахованный** – это иностранец (физическое лицо, не являющееся гражданином Чешской Республики), на здоровье которого заключается настоящее страхование.

4. **Правомочное лицо** – это лицо, которое доказуемо понесло расходы на медицинское обслуживание застрахованного и которому следствием страхового случая возникает право на страховое возмещение.
5. **Период страхования** – это период, на который заключается страхование.
6. **Страховой риск** – это возможная причина возникновения страхового случая.
7. **Случай причинения ущерба** – это случай, следствием которого был нанесен ущерб, и который мог бы быть причиной возникновения права на страховое возмещение.
8. **Страховой случай** – это случайное событие, с которым связано возникновение обязанности страховщика выплатить страховое возмещение.
9. **Внезапное заболевание** – это внезапное и непредсказуемое ухудшение состояния здоровья, непосредственно угрожающее здоровью или жизни застрахованного и требующее необходимое и неотложное медицинское обслуживание.
10. **Травма** – это внезапное и неожиданное действие внешних сил или собственной телесной силы независимо от желания застрахованного, которое нанесло ущерб его здоровью или причинило его смерть.
11. **Родная страна** – это страна, заграничным паспортом которой владеет застрахованный.
12. **Репатриация** – это перевозка застрахованного или его телесных остатков в родную страну или в другую страну, где ему разрешено проживание.
13. **Необходимое и неотложное медицинское обслуживание** – это медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному в случае травмы или внезапного заболевания, когда промедление могло бы привести к серьезному ухудшению его здоровья, нанесению вреда здоровью или опасности для его жизни.
14. **Удостоверение застрахованного** – это письменное подтверждение страховщика, выданное застрахованному и доказывающее существование страхования. На его обороте указаны контакты на ассистирующую службу.
15. **Ассистирующая служба** обеспечивает договорным партнером страховщика. Ассистирующая служба предназначена для предоставления помощи застрахованному в связи со страховым случаем (решение языковых проблем при контакте с медицинским учреждением, организация перевозки или репатриация застрахованного).
16. **Комплексное медицинское обслуживание** означает медицинское обслуживание, в том числе профилактическое и диспансерное, предоставляемое застрахованному лицу в договорном медицинском учреждении страховщика без прямой оплаты расходов на лечение застрахованным лицом с целью поддержания состояния его здоровья с момента, предшествующего заключению договора страхования.
17. **Договорное медицинское учреждение** – это медицинское учреждение на территории ЧР, с которым страховщик заключил договор о предоставлении медицинского обслуживания в связи с данным страхованием. Информацию о договорных медицинских учреждениях застрахованному предоставляет ассистирующая служба.
18. **Транзитные страны** – это только те страны Шенгенской зоны, на территории которых находится застрахованный в течение необходимого периода, требуе-

мого для самой быстрой и самой короткой перевозки застрахованного из его родной страны в ЧР и обратно.

19. **Начальный возраст застрахованного лица** определяется разницей между датой рождения застрахованного лица и датой возникновения страхования.

Статья 3

Предмет страхования, страховой риск, страховой случай

1. Предметом страхования являются расходы на медицинское обслуживание и соответствующие ассистирующие услуги, предоставленные застрахованному на территории ЧР следствием ухудшения его состояния здоровья, болезни, травмы или в связи с беременностью и родами застрахованной женщины, наставшимиво время действия страхования и пребывания на территории ЧР.
2. Предметом страхования являются также расходы на необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному на территории Шенгенской зоны вне территории ЧР и на соответствующую ассистирующую службу.
3. **Страховой риск** – это изменение состояния здоровья застрахованного следствием заболевания, травмы или по другой причине, связанной с его состоянием здоровья, которые могут случиться в течение действия страхования и вызвать состояние, требующее оказания медицинской помощи.
4. **Страховой случай** – это заболевание, травма или другое изменение состояния здоровья застрахованного, следствием чего или во избежание чего было необходимо предоставить застрахованному медицинское обслуживание или ассистирующие услуги, соответствующие условиям и объему заключенного страхования, а также возникла обязанность застрахованного оплатить учреждению расходы, затраченные за предоставление этого медицинского обслуживания или заплатить за услуги ассистирующей службы ее представителю. Медицинское обслуживание должно быть предоставлено во время действия страховки.
5. **Страховым случаем** не является беременность застрахованной женщины, которая, по подтверждению врача-специалиста, однозначно возникла перед истечением третьего месяца периода страхования. Страховым случаем не являются роды следствием беременности застрахованной, которая, по подтверждению врача-специалиста, возникла перед истечением третьего месяца периода ожидания.
6. События, возникшие по той же самой причине и включающие в себя обстоятельства их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая зависимость, считаются одним страховым случаем.

Статья 4

Территориальное действие

1. В Чешской Республике страхование действует в объеме расширенного медицинского обслуживания, т.е. сверх необходимой и неотложной медицинской помощи.
2. На территории Шенгенской зоны, за исключением территории ЧР, страхование действует только на туристическое пребывание застрахованного на территории Шенгенской зоны, причем продолжительность его пребывания не должна превысить 30 дней.

Статья 5

Объем страхования

1. **Расширенное медицинское обслуживание** включает в себя:
 - а) необходимую помощь медицинской скорой помощи или спасательной службы;

- б) назначенную врачом перевозку в ближайшее специализированное медицинское учреждение;
- в) установление диагноза и лечебного процесса, включая необходимые обследования;
- г) необходимые и неотложные медицинские процедуры, включая необходимые лекарства и медицинский материал;
- д) необходимую госпитализацию на требуемый период;
- е) амбулаторное медицинское обслуживание и лечение в специальных медицинских учреждениях, включая диагностическое обслуживание;
- ё) по необходимости репатриацию или перевозку телесных остатков застрахованного;
- ж) выписанные врачом лечебные препараты. Расходы на медицинское обслуживание и лечебные препараты возмещаются в таком же размере, как размер максимального возмещения в рамках общественного медицинского страхования в ЧР. Объем медицинского обслуживания ограничен видом страхования, объемом страхования, ограничениями страхования и лимитами страхового возмещения, установленными в договоре страхования.

- 3) профилактическое и диспансерное наблюдение
2. **Необходимое и неотложное медицинское обслуживание** включает в себя:
 - а) необходимую помощь медицинской скорой помощи или спасательной службы;
 - б) назначенную врачом перевозку в ближайшее специализированное медицинское учреждение;
 - в) установление диагноза и лечебного процесса, включая необходимые обследования;
 - г) необходимые и неотложные медицинские процедуры, включая необходимые лекарства и медицинский материал;
 - д) необходимую госпитализацию на требуемый период; причем максимально в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, которое стандартно возмещается из общественного медицинского страхования в ЧР. Его объем ограничен ограничениями страхования и установленными лимитами страхового возмещения.
3. Страхование можно заключить на один из следующих видов:

а) МУЖЧИНА

б) ЖЕНЩИНА

Данный вид страхования включает в себя и медицинское обслуживание, предоставленное застрахованной в связи с ее беременностью и родами по истечении периода ожидания. Он не включает в себя послеродовое медицинское обслуживание новорожденного застрахованной. В договоре страхования вида ЖЕНЩИНА период ожидания может быть сокращен, если этот договор продолжает предыдущий договор страхования у страховщика, заключенный в пользу той же застрахованной.

в) ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПОРТ

Данный вид страхования включает в себя медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному в связи с событиями, происшедшими при профессиональной спортивной деятельности на территории ЧР.

4. Предметом страхового возмещения являются необходимые и соразмерные расходы, затраченные законно и доказуемо и согласно действующих медицинских и юридических норм:
 - а) на медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному соответствующим медицинским учреждением;

5. Страховое возмещение за медицинское обслуживание, предоставленное соответствующим медицинским учреждением ЧР по предыдущему пункту, будет оплачено максимально до размера стандартной оплаты данного обслуживания из общественного медицинского страхования в ЧР, или стандартной оплаты, которая полагалась бы за данное обслуживание, из общественного медицинского страхования в другой стране-члене Шенгенской зоны, на территории которой застрахованному была предоставлена необходимая и неотложная медицинская помощь.
6. Страховщик выплатит застрахованному или другому лицу страховое возмещение за оплату расходов, доказуемо затраченных во время действия страховки, на лекарства, амбулаторно выписанные врачом до размера соответствующего лимита страхового возмещения, установленного в договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения за расходы на лекарства, амбулаторно выписанные врачом, равняется размеру оплаты этого лекарства из общественного медицинского страхования ЧР, указанного в соответствующем действующем правовом предписании Министерства здравоохранения ЧР (Перечень лечебных препаратов, оплачиваемых из медицинского страхования полностью и частично).
7. Страховщик предоставит страховое возмещение в связи с прямым предоставлением следующих ассистирующих услуг:
 - а) репатриация больного застрахованного, которая, с медицинской точки зрения, возможна и необходима, и которая организована ассистирующей службой после решения страховщика и одобрения лечащего врача застрахованного, в ту страну, заграничным паспортом которой застрахованный владеет, или в другую страну, где ему разрешено проживание;
 - б) перевозка телесных остатков застрахованного в ту страну, заграничным паспортом которой застрахованный владеет, или в другую страну, где ему было разрешено проживание, организованная ассистирующей службой после одобрения страховщика.
8. Если страховой случай наступил, непрерывная госпитализация застрахованного превысила или вероятно превысит период действия страховки, страховщик должен принять следующее решение:
 - а) если состояние здоровья застрахованного позволяет его репатриацию, то после согласия лечащего врача страховщик примет решение о репатриации;
 - б) если состояние здоровья застрахованного репатриацию не позволяет, то застрахованный будет лечиться в медицинском учреждении, определенном страховщиком, до того времени, пока с медицинской точки зрения его репатриация будет возможна.
9. Объем обязательства страховщика предоставить страховое возмещение ограничивается ограничениями страхования и лимитами страхового возмещения.
10. Максимальным размером страхового возмещения является лимит страхового возмещения, указанный в договоре страхования, где также указан лимит страхового возмещения для всех страховых случаев во время действия страховки.
11. Максимальный размер страхового возмещения за ущерб, нанесенный на территории Шенгенской зоны вне территории ЧР, составляет 30 000 евро.

Статья 6 Страховое возмещение

1. Страховщик выплатит страховое возмещение правомочному лицу, а в случае медицинского обслужива-

ния, предоставленного соответствующим медицинским учреждением, прямо данному учреждению.

2. Страховщик выплатит страховое возмещение правомочному лицу после получения подлинников установленных документов. Подлинники данных документов не возвращаются и остаются у страховщика.
3. Если застрахованный, являющийся правомочным лицом, умер перед выплатой страхового возмещения, необходимо поступать согласно действующего законодательства.
4. Страховое возмещение по данной статье выплачивается в валюте ЧР и на ее территории, и страховщик выплатит его путем перевода на расчетный счет правомочного лица или почтовым переводом на имя и по адресу правомочного лица, если договорные стороны письменно не договорятся иным способом.

Статья 7 Ограничения страхования

1. Страховщик не обязан выплатить страховое возмещение по случаям, происшедшим перед оплатой страхового взноса.
2. Страховщик не выплачивает страховое возмещение по случаям, очевидные признаки которых настали перед заключением договора страхования или были известны застрахованному или страхователю перед заключением договора страхования.
3. Страховщик не выплачивает страховое возмещение за медицинское обслуживание, которое стандартно не оплачивается из общественного медицинского страхования ЧР.
4. Страховщик не выплачивает страховое возмещение в следующих случаях:
 - а) искусственное оплодотворение, обследование и лечение бесплодия, противозачаточные средства и связанные с ними процедуры, аборт без документированных серьезных медицинских показаний;
 - б) послеродовое медицинское обслуживание новорожденного застрахованной, который родился во время действия страхования;
 - в) стоматологические процедуры, которые не указаны в перечне оплачиваемых стоматологических процедур, установленных страховщиком;
 - г) медицинские процедуры, которые не были проведены в медицинском учреждении или медицинским работником, или были проведены незаконно или не были признаны медициной;
 - д) профилактическое обслуживание работников предприятий;
 - е) косметические процедуры, акупунктура и гомеопатия, включая лечение причиненных ими осложнений;
 - ë) реабилитация, тренировочная терапия и тренировка самостоятельности, исключая процедуры, назначенные врачом после травмы или после операции только в течение госпитализации;
 - ж) физическое или курортное лечение, или лечение в специализированных лечебных заведениях, хиропрактические процедуры;
- 3) осложнения и последствия, которые настанут в связи с медицинскими процедурами, которые не включены в страхование;
- и) изготвление и ремонточков, контактных линзы слуховых трубок, лечение дефектов речи;
- й) события, возникшие в связи с выполнением вне территории ЧР деятельности, приносящей доход, или поиска данной деятельности;

Статья 8 Договор страхования

- к) оплата лекарств и медицинских средств, не выписанных врачом, купленных без рецепта врача, или их прием был начат перед началом страхования;
 - л) изготовление и ремонт электроколясок и миоэлектрических протезов;
 - м) расходы на регуляционные сборы и остальные сборы;
 - н) если застрахованный станет участником общественного медицинского страхования в ЧР.
5. Страхование не действует на события и ущерб:
- а) возникшие вне территории Шенгенской зоны;
 - б) возникшие на территории Шенгенской зоны, в связи с деятельностью застрахованного, которая не соответствует туристическому пребыванию;
 - в) возникшие в родной стране застрахованного;
 - г) возникшие следствием террористической деятельности, в которой застрахованный принимал активное участие;
 - д) возникшие следствием военных действий, гражданской войны, гражданских беспорядков;
 - е) возникшие следствием проникающей радиации, ядерной реакции или радиоактивного заражения;
 - ё) возникшие следствием действия химического или биологического оружия;
 - ж) возникшие следствием действий с огнестрельным оружием, взрывчатыми веществами или непрофессиональными или незаконными действиями с пиротехническими изделиями;
 - з) возникшие следствием пробного тестирования транспортных средств и следствием каскадерской деятельности;
 - и) возникшие при подготовке или занятии экстремальными, опасными или адреналиновыми видами спорта или другой деятельностью с высоким риском; степень риска оценивает страховщик. Данное ограничение не действует, если было заключено страхование на вид «Профессиональный спорт».
6. Страховщик не выплачивает страховое возмещение:
- а) если случай с причинением ущерба произошел в связи или следствием уголовной деятельности или хулиганства, которые были вызваны или совершены застрахованным, если только речь не идет о травме;
 - б) если случай с причинением ущерба произошел следствием употребления алкоголя или в связи с последствием употребления алкоголя, если только речь не идет о травме;
 - в) если случай с причинением ущерба произошел следствием употребления или другого применения одурманивающего, психотропного или вызывающего привыкание вещества или препарата, содержащего вышеуказанное вещество, если только речь не идет о травме;
 - г) за события, происшедшие следствием умышленных действий, по вине или соучастия застрахованного, если только речь не идет о травме;
 - д) если застрахованный откажется подвергнуться репатриации, откажется от медицинского обслуживания или от необходимого обследования врачом, установленным страховщиком или ассистирующей службой;
 - е) в случае поездки в ЧР или из ЧР в другие страны Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания;
 - ё) в случае, если застрахованный или его законный представитель подпишет отказ от лечения в больнице.
7. Страховщик не обязан выплатить страховое возмещение, если претензия правомочного лица по одному случаю с причинением ущерба не достигнет 100 ч.к.
- 1. Договор страхования считается заключенным в момент его оплаты в размере страхового взноса.
 - 2. Страховщик составит договор страхования на основании:
 - а) заполненного и подписанного бланка страховщика и
 - б) анкеты о состоянии здоровья, являющейся составной частью договора страхования, которую застрахованный или его представитель полностью и правдиво заполнит и подпишет и
 - в) процедуру протокола первичного медицинского осмотра застрахованного лица в объеме, установленном страховщиком, должно пройти лицо, достигшее на день заключения договора страхования возраста 65 года, лицо, заинтересованное в оформлении вида страхования «Мама», а также лицо, заявившее в Анкете о состоянии здоровья, что в настоящее время имеет проблемы со здоровьем и/или что проходит лечение или наблюдение в одном из медицинских учреждений, или что у него диагностировано серьезное заболевание или опасная работа.
 - 3. Представителем застрахованного является его законный или уполномоченный представитель, или его ближайший родственник (по согласию застрахованного). Если договор страхования был заключен без вступительного медицинского осмотра, то страховщик имеет право в течение трех месяцев от начала страхования потребовать, чтобы застрахованный прошел данный осмотр в установленном объеме и предоставил ему протокол о вступительном медицинском осмотре. Если страховщик обнаружит разницу между состоянием здоровья, указанным в анкете, и состоянием здоровья по протоколу, то он имеет право пересчитать размер страхового взноса за увеличение риска и установить срок доплаты, который не должен быть меньше, чем одним месяцем со дня вручения страхователю. Если в установленный срок страхователь не доплатит страховой взнос, то договоренный период страхования будет сокращен соответственно неоплаченной сумме, установленной страховщиком.
 - 4. Расходы на вступительный медицинский осмотр оплачивает лицо, которое заинтересовано в заключении договора страхования.
 - 5. После заключения договора страхования страховщик выдает страхователю Удостоверение застрахованного.
 - 6. Условием законности и действия страхования является легальное пребывание застрахованного на территории ЧР или Шенгенской зоны и соблюдение соответствующих положений законодательства.

Статья 9 Период страхования, начало и конец страхования

- 1. Договор страхования заключается на определенный период, который указывается в данном договоре страхования.
- 2. Страхование начинает действовать в 00:00 часов дня, указанного в договоре страхования как день начала страхования. Если в договоре страхования не была точно указана дата начала страхования, то страхование начинает действовать в 00:00 часов дня, следующего после заключения договора страхования.
- 3. Страхование перестает действовать:
 - а) по истечении периода страхования, а именно в 24:00 часов дня, установленного как день окончания страхования, если оно не перестало действовать раньше;
 - б) в день смерти застрахованного;

- в) в день вступления в законную силу решения об окончании действия разрешения на пребывание застрахованного в ЧР или решения об отказе в заявлении застрахованного на разрешение пребывания в ЧР. Застрахованный обязан возвратить страховщику все документы, относящиеся к страхованию.
 - г) в день регистрации застрахованного в системе общественного медицинского страхования ЧР.
 - д) в день уведомления страховщика о прекращении страхового интереса,
 - е) другими способами, указанными в Законе № 89/2012 Сз, Гражданский кодекс.
4. Страхование не прерывается.
 5. В исключительном случае договор страхования можно прекратить путем соглашения договорных сторон.

Статья 10 Обязанности страховщика

1. Совместно с другими обязанностями согласно обязательных положений законодательства страховщик обязан:
 - а) После приема сообщения о страховом случае, с которым связано требование на возмещение, без промедления начать расследование, необходимое для установления объема его обязанностей по выплате возмещения.
 - б) Окончить расследование в течение трех месяцев после получения сообщения о страховом случае. Если страховщик не может окончить расследование в срок, то он обязан сообщить лицу, которому возникнет или возникло право на страховое возмещение, причины, по которым расследование окончить нельзя.
 - в) Сохранять конфиденциальность информации, касающейся страхования, о которой он узнает при заключении и введении страховки, и при ликвидации страховых случаев.
 2. Страховая компания обрабатывает персональные данные в соответствии с действующим законодательством и в соответствии с внутренними принципами обработки персональных данных. Польное определение этих принципов найдёте на сайте www.slavia-rojstovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju.
 3. Страховое возмещение должно быть выплачено в течение 15 дней после окончания расследования по пункту 1. Расследование будет окончено в тот момент, когда страховщик сообщит его результат правомочному лицу.
 4. Если договор страхования или удостоверение застрахованного будут потеряны, повреждены или уничтожены, то страховщик выдст страхователю, по его заявлению и за его счет, соответствующий дубликат.
 5. Во время действия договора страхования страховщик сообщает страхователю информацию по его адресу, указанному в договоре страхования.
2. Страхователь и застрахованный также обязаны:
 - а) когда-либо во время действия договора страхования письменно сообщить страховщику об изменении всех данных, указанных в договоре страхования;
 - б) без промедления письменно сообщить страховщику об изменении всех данных по вопросам, которые были им поставлены в письменном виде при заключении страхования;
 - в) дать страховщику возможность провести расследование причин возникновения случая причинения ущерба и объем последствий и также предоставить свое содействие.
 3. Застрахованный обязан:
 - а) сделать все возможное для предотвращения страхового случая и для понижения объема причиненного ущерба;
 - б) если в связи со случаем причинения ущерба возникнет подозрение на совершение преступления или проступка, без промедления сообщить необходимую информацию Полиции ЧР или другому компетентному органу.
 - в) действовать так, чтобы страховщик мог предъявить другому лицу право на возмещение ущерба или другое аналогичное право, которое возникло в связи со страховым случаем;
 - г) выполнять остальные обязанности, указанные в условиях страхования и в договоре страхования;
 - д) ответить полностью и правдиво на все вопросы страховщика, касающиеся обстоятельств, связанных с договором страхования (в частности, с анкетой о состоянии здоровья).
 4. Наряду с обязанностями, следующими из положений законодательства, страхователь далее обязан:
 - а) заплатить страховщику страховые взносы;
 - б) сообщить застрахованному без промедления, еще перед началом страхования, что в его пользу было заключено страхование, и ознакомить его с его правами и обязанностями, следующими из договора страхования.
 5. Если сознательное нарушение застрахованным, страхователем или другим лицом, имеющим право на страховое возмещение, каких-либо обязанностей имело существенное влияние на возникновение страхового случая, его ход или на увеличение объема последствий страхового случая, или же на установление или определение размера страхового возмещения, то страховщик имеет право снизить страховое возмещение в зависимости от того, какое влияние имело нарушение на объем его обязанности выплатить возмещение. Этот факт не затрагивает право страховщика отказаться выплатить страховое возмещение согласно соответствующих положений законодательства.

Статья 12 Обязанности застрахованного при возникновении случая причинения ущерба

1. При возникновении случая причинения ущерба застрахованный обязан:
 - а) всегда и без промедления, если это позволяет его состояние здоровья, обратиться прямо на ассистирующую службу или на страховщика, соблюдать их указания и, по требованию, пройти медицинское обследование в медицинском учреждении, определенном ассистирующей службой или страховщиком, соблюдать указания и рекомендации медицинского персонала;
 - б) в случае необходимости обратиться за медицинской помощью, предъявив представителю медицинской помощи Удостоверение застрахованного;

Статья 11 Обязанности страхователя и застрахованного

1. Страхователь и застрахованный обязаны, кроме обязанностей, следующих из положений законодательства, правдиво и полностью ответить на все письменные вопросы страховщика, касающиеся заключения страхования. Это касается и случая изменения страховки или рассмотрения случая причинения ущерба.

- в) по требованию страховщика, освободить, в письменном виде, представителя медицинского обслуживания от обязанности конфиденциальности и предоставить страховщику письменное право на получение информации, которая должна сохраняться в тайне медицинскими работниками и учреждениями, страховыми компаниями, включая медицинские, Полицией ЧР, но которая необходима для расследования страховщиком случая причинения ущерба;
 - г) пройти лечение или необходимое медицинское обследование врачом, определенным страховщиком или ассистирующей службой;
 - д) по предложению страховщика или ассистирующей службы подвергнуться репатриации, если это позволяет состояние здоровья застрахованного или если период предоставления медицинского обслуживания превысил период действия страхования.
2. Если медицинское учреждение требует от застрахованного оплатить расходы, которые могли бы быть предметом страхового возмещения, то застрахованный обязан:
- а) получить оригиналы необходимых документов согласно пункта 3 и надежно их сохранять до передачи страховщику; это является обязанностью застрахованного и в других случаях прямого возмещения ущерба;
 - б) заплатить медицинскому учреждению наличными соответствующие и доказуемые расходы;
 - в) без промедления предоставить страховщику или ассистирующей службе необходимые документы согласно пункта 3.

3. Застрахованный обязан без промедления письменно сообщить страховщику случай причинения ущерба, с которым связано требование выплаты страхового возмещения, подать правдивое объяснение о возникновении и объеме последствий данного случая, предоставить документы, необходимые для установления обстоятельств, решающих для оценки требования на страховое возмещение и определение его размера. Эту обязанность может выполнить и другое лицо (напр. медицинское учреждение).

- 4. Сообщение о случае причинения ущерба, включая приложения, должно однозначно 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 следствием предоставления застрахованному необходимого и неотложного медицинского обслуживания в связи с данным случаем причинения ущерба, а именно: оригинал медицинского заключения, содержащий подробное описание состояния здоровья застрахованного, включая коды диагнозов, полный перечень проведенных медицинских процедур с их описанием, кодами, количеством баллов/ли ценной датумих проведения; название и количество поданных медикаментов, включая их цену, списки использованного или предоставленного медицинского материала и услуг, спецификация возможной госпитализации;
 - в) копии рецептов на лекарства, амбулаторно выписанных врачом;
 - г) оригинал другого документа, выданного медицинским учреждением, содержащим назначение и полный перечень проведенных медицинских процедур с их описанием, кодами, количеством баллов или ценной и датами их проведения; название и количество поданных медикаментов,

включая их цену, список использованного или предоставленного медицинского материала и услуг, включая их цену;

- д) размер оплаты расходов с указанием суммы и предмета оплаты (напр. бухгалтерский документ, выданный медицинским учреждением или аптекой).

- 5. В случае причинения ущерба, расследуемого полицией или другим государственным органом, к сообщению о случае причинения ущерба должен быть приложен полицейский протокол или подтверждение о расследовании данного случая; в случае смерти застрахованного должно быть приложено свидетельство о смерти и заключение врача о причине смерти.

- 6. Все документы должны оформлены на имя застрахованного и должны содержать дату выдачи, подпись и печать органа, выдающего документ.

Статья 13 Остальные права и обязанности участников страхования

- 1. Страховщик имеет право проверять предоставленные документы, требовать заключения экспертов или консультировать сложные случаи причинения ущерба с медицинскими и другими учреждениями и лицами, также и за рубежом.
- 2. Застрахованный, правомочное лицо или лицо, понесшее расходы на спасение, должны принять меры для того, чтобы не истек срок давности по случаю или не было аннулировано право на возмещение ущерба, которое, по закону, переходит на страховщика.

Статья 14 Страховой взнос

- 1. Страховой взнос – это оплата за предоставленную страховую защиту. Размер страхового взноса, устанавливает страховщик, учитывая при этом состояние здоровья застрахованного на основании заполненной им анкеты и медицинского осмотра. Размер страхового взноса указан в договоре страхования.
- 2. Страховщик имеет право на страховой взнос за весь период страхования. Данное право страховщика возникает в день заключения договора страхования.
- 3. В договоре страхования указывается одноразовый страховой взнос, который подлежит оплате в полном размере в день заключения договора страхования в валюте ЧР.
- 4. Страховщик имеет право проверить правильность данных застрахованного, имеющих значение для установления размера страхового взноса.
- 5. Страховщик имеет право на страховой взнос за весь период страхования, также и тогда, когда страхование окончится перед истечением периода страхования. Данное право возникает в день заключения договора страхования.
- 6. Если страхование окончится перед днем начала страхования, то страховщик имеет право на оплату расходов, связанных с возникновением и ведением страхования, которые составляют 20 % от неиспользованных премий.
- 7. Если страхование окончится перед истечением периода страхования, и во время страхования не произошел страховой случай, то страховщик имеет право на оплату расходов, связанных с возникновением и ведением страхования, которые составляют 20 % от неиспользованных премий.

Статья 15 Расходы на спасение

Лимит расходов на спасение жизни или здоровья застрахованного, затраченных во время действия страхования,

составляет 30% от соответствующего лимита страхового возмещения, указанного в договоре страхования. Размер возмещения других расходов на спасение, затраченных во время действия страхования, лимитирован суммой 100 000 ч.к. за один и все случаи.

Статья 16

Информация о возможностях и способах ознакомления с актом о страховом случае

1. По письменному запросу полномочного лица страховщик должен позволить полномочному лицу (то есть, в том числе, например, выгодоприобретателю в случае смерти застрахованного лица) ознакомиться с актом, хранящимся у страховщика в связи со страховым случаем, или аналогичным протоколом расследования страхового случая и снять с него выписки или копии документов или материалов, относящихся к причинам отказа в предоставлении страховых возмещений или определения размера страховых возмещений, после завершения расследования страхового случая (далее также «запрос на ознакомление с актом страхового случая»).
2. Условия для ознакомления с актом о страховом случае:
 - a) в период страхования произошел страховой случай; и
 - b) расследование страхового случая, по которому полномочное лицо запрашивает доступ к акту, на момент запроса полномочного лица было завершено страховщиком; и
 - v) на момент запроса полномочного лица не истек срок давности права страхового возмещения в отношении страхового случая, доступ к акту о котором запрашивает полномочное лицо; и
 - г) полномочное лицо обратилось к страховщику с письменным запросом на ознакомление с актом о страховом случае:
 - i) путем доставки по адресу зарегистрированного офиса страховщика, т.е. Slavia pojišť'ovna a.s., Секция урегулирования страховых случаев, Tábořská 940/31, 140 00 Прага 4 или
 - ii) по электронной почте простым электронным письмом (без необходимости электронной подписи), доставленным страховщику по адресу электронной почты likvidace@slavia-pojistovna.cz; или
 - iii) в любом филиале или контактном пункте страховщика (см. <https://www.slavia-pojistovna.cz/kontakt/>), и
 - д) полномочное лицо своевременно и надлежащим образом предоставило страховщику свои идентификационные данные и удостоверило страховщику свою личность до ознакомления с актом о страховом случае.
3. Страховщик позволит полномочному лицу ознакомиться с актом о страховом случае без неоправданной задержки, в зависимости от объема и технического характера содержания акта. Страховщик должен сообщить полномочному лицу о возможных сроках доступа к акту о страховом случае не позднее 10 рабочих дней с момента получения письменного запроса. Осмотр акта о страховом случае возможен в согласованное между страховщиком и полномочным лицом время в обычные рабочие часы страховщика.
4. Способ ознакомления с актом о страховом случае
Полномочное лицо может ознакомиться с актом о страховом случае следующим образом:

- a) Страховщик позволит полномочному лицу ознакомиться с актом о страховом случае в любом филиале или контактном центре страховщика по выбору полномочного лица в согласованное между страховщиком и полномочным лицом время; или
 - v) страховщик позволит полномочному лицу ознакомиться с актом о страховом случае в зарегистрированном офисе страховщика в согласованное между страховщиком и полномочным лицом время.
5. Страховщик не обязан выполнять просьбу об ознакомлении с актом о страховом случае, если ознакомление может поставить под угрозу уголовное или административное разбирательство, при условии, что компетентный орган дал свое письменное согласие (см. § 129a абз. 2 Закона № 277/2009 Св. зак. «О страховании», в действующей редакции). Страховщик обязан направить запрос в компетентный орган в течение 30 дней со дня получения просьбы полномочного лица об ознакомлении с актом о страховом случае, если в связи со страховым случаем было возбуждено уголовное или административное разбирательство.
 6. Если договор страхования предоставляет полномочному лицу право более широкого ознакомления с актом о страховом случае, положения договора страхования имеют приоритет над данным положением Общих условий страхования.
 7. Страховщик обязан предоставить правомочному лицу возможность бесплатно ознакомиться с актом о страховом случае, включая получение выписок из акта или копий документов или материалов.

Статья 17

Заключительные положения

1. Все изменения договора страхования осуществляются в письменной форме по взаимному согласию договорных сторон.
2. Вручение документов руководствуется соответствующими положениями действующего законодательства.
3. Заявления и сообщения по отношению к страховщику действительны только тогда, когда они подаются в письменной форме.
4. Языком общения является чешский язык.
5. Если платеж был осуществлен наличными, то днем оплаты является день получения денежной суммы получателем. Если платеж был осуществлен безналичным расчетом, то днем оплаты является день зачисления денежной суммы на счет получателя.
6. Права и обязанности, связанные с данным страхованием, руководствуются законодательством ЧР. Все споры, связанные с данным страхованием, будут решаться на соответствующем суде ЧР, если спор не удастся решить путем соглашения или внесудебных расчетов.
7. Страховщик издает настоящие общие условия страхования на чешском языке, их перевод – на русском и английском языках. Решающим является их текст на чешском языке.
8. Настоящие общие условия страхования вступают в силу 14 июня 2024 г.

Перечень оплачиваемых стоматологических процедур

00901	Осмотр и обследование пациента в рамках профилактической помощи (исключительно у детей до 15 лет)	833 ч.к.
00908	Неотложное обследование и лечение незарегистрированного пациента	650 ч.к.
00910	Рентгеновское интраоральное (внутреннее) обследование	139 ч.к.
00911	Изготовление экстраорального (внешнего) рентгенового снимка – только при травме	422 ч.к.
00913	Изготовление ортопантомограммы - только при травме	513 ч.к.
00914	Анализ ортопантомограммы - только при травме	158 ч.к.
00916	Анестезия в области отверстия нижней челюсти и подглазничного отверстия	222 ч.к.
00917	Инфильтрационная и другая анестезия	186 ч.к.
00920	Лечение кариеса зуба – постоянный зуб – фотокомпозитная пломба пациента до 18 лет в области между клыками и включительно их	1542 ч.к.
00921	Лечение кариеса зуба – постоянный зуб	1043 ч.к.
00922	Лечение кариеса зуба – молочный зуб	813 ч.к.
00925	Консервативное лечение осложнений кариеса зуба - постоянный зуб	494 ч.к.
00945	Целенаправленное обследование	120 ч.к.
00949	Удаление молочного зуба	275 ч.к.
00950	Удаление постоянного зуба	1201 ч.к.
00951	Хирургия твердых тканей полости рта в небольшом масштабе (хирургическое удаление и повторная обработка раны после удаления)	1201 ч.к.
00955	Хирургия мягких тканей полости рта в небольшом масштабе (выполнение декапсуляции и наложение швов на раны слизистой оболочки 5 см)	833 ч.к.
00957	Травматология твердых тканей полости рта в небольшом масштабе	833 ч.к.
00959	Интраоральный разрез	284 ч.к.
00961	Лечение осложнений хирургических процедур полости рта	112 ч.к.
00962	Консервативное лечение заболевания височно-нижнечелюстного сустава (только ручное вправление вывиха височно-нижнечелюстного сустава)	559 ч.к.
00963	Уколы внутримышечные, подкожные, внутривоженные, внутривенные	264 ч.к.

Свидетельство Чешской стоматологической палаты

00952	Хирургия твердых тканей полости рта в крупном масштабе (сложное хирургическое удаление и первичное закрытие ороантрального свища)	2357 ч.к.
00956	Хирургия мягких тканей полости рта в крупном масштабе (только наложение швов на раны до 5 см)	1654 ч.к.
00958	Травматология твердых тканей полости рта в крупном масштабе	1381 ч.к.
00960	Внешний разрез	1107 ч.к.

Т. č.: 250363/2024/63с