

**Všeobecné pojistné
podmínky pro
zdravotní pojištění
cizinců pro případ
nutné a neodkladné
zdravotní péče
8/2023**

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

VPP NZPC 8/2023

Obsah

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

Článek 1

Úvodní ustanovení

1. Zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče (dále jen pojištění NZPC), které sjednává Slavia pojišťovna a.s., IČ 60197501, se sídlem Táborská 940/31, 140 00 Praha 4, Česká republika (dále jen „pojištitel“), se řídí právem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012, občanský zákoník, Všeobecnými pojistnými podmínkami pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče VPP NZPC 8/2023 (dále jen VPP NZPC) a ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. VPP NZPC jsou součástí pojistné smlouvy. Pojistná smlouva se sjednává v českém jazyce.
2. Pojištění NZPC se sjednává jako pojištění škodové na dobu určitou.
3. Pojistná smlouva o zdravotním pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné zdravotní péče je dokladem o cestovním zdravotním pojištění cizinců při pobytu do 90 dnů podle zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území České republiky v platném znění.

Článek 2

Vymezení pojmů

1. **Pojistník** je fyzická nebo právnická osoba, která uzavřela s pojištěním pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné.
2. **Pojistitel** je Slavia pojišťovna a.s.
3. **Pojištěný** je cizinec (fyzická osoba, která není státním občanem České republiky), na jehož zdraví se pojištění vztahuje.
4. **Oprávněná osoba** je osoba, která prokazatelně vynaložila náklady na zdravotní péči o pojištěného a které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
5. **Pojistná doba** je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.

6. **Pojistné nebezpečí** je možná příčina vzniku pojistné události.
7. **Škodná událost** je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
8. **Pojistná událost** je nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
9. **Náhlé onemocnění** je náhlé a nepředvídatelné zhoršení zdravotního stavu, které přímo ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
10. **Úraz** je náhlé a neočekávané působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které pojištěnému poškodilo zdraví nebo mu přivodilo smrt.
11. **Mateřská země** je země, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní.
12. **Repatriace** je převoz pojištěného nebo jeho tělesných ostatků do mateřské země, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolen pobyt.
13. **Nutná a neodkladná zdravotní péče** je zdravotní péče poskytnutá pojištěnému v případě úrazu nebo náhlého onemocnění, kdy by prodloužení mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života. Zahrnuje:
 - a) nezbytnou péči zdravotnické pohotovostní nebo záchranné služby;
 - b) lékařem indikovanou přepravu do nejbližšího odborného 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 nezbytné nutnou dobu; a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR, případně z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenského dohody, na jehož území, které je součástí Schengenského prostoru, byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta. Její rozsah je dále vymezen výlukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění.
14. **Průkaz pojištěného** je písemné potvrzení pojistitele, vydané pojištěnému pro prokázání existence pojištění. Na zadní straně průkazu jsou uvedeny kontakty na asistenční službu.
15. **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)
16. **Smluvní zdravotnické zařízení** je zdravotnické zařízení na území ČR, se kterým pojištitel uzavřel smlouvu o poskytování zdravotní péče v souvislosti s tímto pojištěním. Informace o smluvních zdravotnických zařízeních poskytne pojištěnému asistenční služba.
17. **Tranzitní země** jsou pouze ty země Schengenského prostoru, na jejichž území pojištěný pobývá po nezbytnou dobu, která je potřebná k nejrychlejší a nejkratší přípravě pojištěného z jeho mateřské země do ČR a zpět.

18. **Vstupní věk pojištěného** je určen rozdílem data narození pojištěného a data vzniku pojištění.

Článek 3

Předmět pojištění, pojistné nebezpečí, pojistná událost

1. Předmětem pojištění jsou náklady nutné a neodkladné zdravotní péče a asistenční služby poskytnuté pojištěnému, přičemž rozsah pojištění je závislý na typu pobytu pojištěného a na místě pobytu pojištěného.
2. V pojistné smlouvě může být ujednáno, že předmětem pojištění jsou i náklady nutné a neodkladné zdravotní péče poskytnuté pojištěnému při turistickém pobytu pojištěného na území Schengenského prostoru mimo území ČR a související asistenční služby.
3. Pojistným nebezpečím je náhlé onemocnění pojištěného nebo úraz pojištěného, které mohou nastat za trvání pojištění a způsobit stav, který vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.
4. Pojistným nebezpečím při pobytu pojištěného v Schengenském prostoru mimo území ČR je náhlé onemocnění nebo úraz pojištěného, které mohou nastat za trvání pojištění v souvislosti s běžným občanským životem a způsobit stav, který vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče, nikoli však onemocnění nebo úrazy vzniklé při jakékoli sportovní nebo sportovně rekreační činnosti.
5. Škodou se rozumí náklady vynaložené na poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnému v rozsahu sjednaného pojištění.
6. Pojistnou událostí je náhlé onemocnění nebo úraz pojištěného, v jejichž důsledku bylo nutné poskytnout pojištěnému nutnou a neodkladnou zdravotní péči, případně asistenční služby, odpovídající podmínkám a rozsahu sjednaného pojištění, přičemž vznikla povinnost pojištěného uhradit zdravotnickému zařízení náklady vynaložené na poskytnutí této zdravotní péče, případně uhradit náklady na asistenční služby jejich poskytovateli.
7. Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.

Článek 4

Typ pobytu, územní rozsah, rozsah pojistného plnění

1. Rozsah pojištění na území ČR závisí na sjednaném typu pobytu pojištěného na území ČR. Pojištění lze sjednat pro:
 - a) „**Pracovní pobyt**“, během něhož pojištěný vykonává v ČR výdělečnou činnost, nebo možnost takové činnosti vyhledává. Pro vstupní věk pojištěného nejméně 15 let a nejvýše 70 let.
 - b) „**Turistický pobyt**“, během kterého pojištěný nevykonává žádnou výdělečnou činnost ani možnost takové činnosti nevyhledává.
 - c) „**Studijní pobyt**“ je pobyt v ČR za účelem studia podle zákona o pobytu cizinců na území ČR. Pro vstupní věk pojištěného nejméně 15 let a nejvýše 26 let.
 - d) „**Sloučení rodiny**“ je pobyt v ČR za účelem společného soužití rodiny na území České republiky podle zákona o pobytu cizinců na území ČR.
2. V pojistné smlouvě lze sjednat územní rozsah „**ČR**“ nebo „**Schengen**“.
 - a) Pokud je v pojistné smlouvě sjednán územní rozsah ČR, je místem pojištění pouze území ČR.

- b) Pokud je v pojistné smlouvě sjednán územní rozsah Schengen, je místem pojištění území celého Schengenského prostoru, přičemž se pojištění vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného v Schengenském prostoru mimo území ČR, a to pouze na náhlé onemocnění nebo úrazy pojištěného, které mohou nastat za trvání pojištění v souvislosti s běžným občanským životem a způsobit stav, který vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče. Maximální délka pobytu v Schengenském prostoru nesmí přesáhnout 30 dní na jednu cestu.
3. Předmětem pojistného plnění jsou nutná a přiměřená náklady vynaložené oprávněně a prokazatelně v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy:
 - a) na nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému smluvním zdravotnickým zařízením v rozsahu sjednaného pojištění;
 - b) na nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v místě vzniku pojistné události nesmluvním zdravotnickým zařízením v rozsahu sjednaného pojištění, avšak jen v rozsahu nezbytně nutném, případně k dosažení stavu, který umožňuje jeho převoz do smluvního zdravotnického zařízení, ve kterém mu bude poskytnuta další nutná a neodkladná zdravotní péče.
 4. Výše pojistného plnění pro nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou nesmluvním zdravotnickým zařízením v ČR nemůže přesáhnout standardní úhradu z veřejného zdravotního pojištění v ČR, která by náležela za tuto zdravotní péči, případně standardní úhradu, která by náležela za tuto zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění v jiném členském státu Schengenské dohody, na jehož území, které je součástí Schengenského prostoru, byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta.
 5. 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).
 6. Pojistitel poskytne pojistné plnění přímým poskytnutím následujících asistenčních služeb:
 - a) repatriace nemocného pojištěného, která je ze zdravotnického hlediska možná a potřebná a je organizována asistenční službou po rozhodnutí pojistitele a po schválení ošetřujícím lékařem pojištěného, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt;
 - b) převoz tělesných pozůstatků pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, organizovaný asistenční službou po schválení pojistitelem.
 7. Pokud došlo k pojistné události a nepřetržitá hospitalizace pojištěného přesáhla nebo pravděpodobně přesáhne dobu trvání pojištění, pojistitel rozhodne o dalším postupu takto:
 - a) pokud zdravotní stav pojištěného umožňuje jeho repatriaci, po souhlasu ošetřujícího lékaře pojistitel rozhodne o jejím uskutečnění;
 - b) neumožňuje-li zdravotní stav pojištěného jeho repatriaci, bude pojištěný léčen ve zdravotnickém zařízení určeném pojistitelem do doby, než bude jeho repatriace z lékařského hlediska možná.

8. Rozsah závazku pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezen výlukami z pojištění a limity pojistného plnění.
9. Horní hranicí 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.
10. Horní hranicí pojistného plnění za škody vzniklé na území Schengenského prostoru mimo území ČR je 30 000 eur.

Článek 5 Pojistné plnění

1. Pojistné plnění pojistitel poskytne oprávněné osobě, v případě zdravotní péče poskytnuté smluvním zdravotnickým zařízením přímo příslušnému zdravotnickému zařízení.
2. Pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě po převzetí originálů předepsaných dokladů. 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. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, je finanční plnění podle tohoto článku splatné v měně ČR a na jejím území a pojistitel ho poskytuje převodem na bankovní účet oprávněné osoby nebo poštovní poukázkou na jméno a adresu oprávněné osoby.

Článek 6 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 uzavřením 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;
 - b) zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem pojištěné;
 - c) stomatologických výkonů, které nejsou uvedeny v přehledu hrazených stomatologických výkonů (tento přehled je součástí těchto VPP);
 - d) zdravotních výkonů, které nebyly provedeny zdravotnickým zařízením či zdravotnickým pracovníkem nebo nejsou lege artis nebo lékařsky uznávané;
 - e) závodní preventivní péče, preventivních prohlídek, dispenzární péče, očkování, dále kontrolních lékařských vyšetření a jiných zdravotních výkonů včetně podání či předepsání léků, nejde-li o součást nutné a neodkladné zdravotní péče v přímé souvislosti s náhlým onemocněním nebo úrazem, na které se pojištění vztahuje;
 - f) kosmetických zákroků, akupunktury a homeopatie včetně léčení jimi způsobených komplikací;
 - g) rehabilitace, výcvikové terapie a návratu soběstačnosti s výjimkou lékařem indikovaných poúrazových nebo pooperačních výkonů;
 - h) fyzikální léčby nebo lázeňského léčení či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů;
 - i) orgánové transplantace, léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve, inzulinoterapie (s výjimkou poskytnutí první pomoci), léčení chronické ledvinné

- nedostatečnosti hemodialýzou či peritoneální hemodialýzou, léčení růstovým hormonem, vyšetření a léčení vrozených vad a nemocí, léčení epilepsie s výjimkou poskytnutí první pomoci při záchvatu;
- j) vyšetření a léčení psychických poruch nesouvisejících s léčením úrazu nebo náhlého onemocnění, na které se pojištění vztahuje, psychologická vyšetření a psychoterapie, léčení závislosti včetně vyšetření a komplikací;
 - k) komplikací a následků, které nastanou v souvislosti se zdravotními výkony, na které se pojištění nevztahuje;
 - l) pohlavních nemocí a AIDS včetně jejich komplikací a vyšetření na HIV pozitivitu;
 - m) zhotovení a opravy brýlí, kontaktních čoček a naslouchacích přístrojů, léčení vad řeči;
 - n) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným mimo území ČR;
 - o) události vzniklé v souvislosti s výkonem výdělečné činnosti nebo jejím vyhledáváním pojištěným na území ČR, není-li v pojistné smlouvě sjednán „Pracovní pobyt v ČR“;
 - p) úhrady léků a zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem, volně zakoupených bez lékařského předpisu nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění;
 - q) zhotovení a opravy elektrických vozíků a myoelektrických protéz;
 - r) sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni.
5. Pojištění se nevztahuje na události a škody:
 - a) vzniklé mimo území ČR a tranzitních zemí, byl-li sjednán územní rozsah „ČR a tranzitní země“;
 - b) vzniklé mimo území Schengenského prostoru, byl-li sjednán územní rozsah „Schengen“;
 - c) vzniklé v ČR v souvislosti s činností pojištěného, která neodpovídá sjednanému typu pobytu v ČR;
 - d) vzniklé v mateřské zemi pojištěného;
 - e) vzniklé v Schengenském prostoru mimo ČR v souvislosti s činností pojištěného, která neodpovídá turistickému pobytu v Schengenském prostoru mimo území ČR;
 - f) vzniklé válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji;
 - g) vzniklé pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací;
 - h) vzniklé účinky chemických nebo biologických zbraní; vzniklé akty násilí, včetně teroristických, na nichž se pojištěný aktivně podílel;
 - i) vzniklé, pokud pojištěný vědomě nedodržel zákonná ustanovení platná v místě pojištění;
 - j) vzniklé při provozování profesionální sportovní činnosti pojištěným nebo v průběhu organizovaných sportovních soutěží;
 - k) vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků;
 - l) vzniklé při provozování kaskadérské činnosti;
 - m) vzniklé při přípravě nebo provozování extrémních, nebezpečných nebo adrenalinových sportů nebo v přímé souvislosti s nimi, jako jsou kontaktní bojové sporty, skoky na laně, horolezectví, speleologie, skialpinismus, canyoning, parasailing, paragliding, letecké sporty včetně všech činností spadajících do kategorie ultralehkého létání, parašutismus, automotosport.
 6. Pojistitel neposkytne pojistné plnění:
 - a) pokud ke škodné události došlo v důsledku trestné činnosti nebo výtržnosti či v souvislosti s takovými aktivitami, 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 omamné látky či jinou aplikací 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) za události, pokud pojištěný odmítne lékařské ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel, případně asistenční služba;
- f) v případech vycestování do ČR, nebo z ČR do da-l ších zemí Schengenského prostoru, s úmyslem čerpání zdravotní péče.
- g) v případě, kdy pojištěný nebo jeho zákonný zástupce podepíše negativní revers
- h) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, lékařské ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel, případně asistenční služba;
- i) v případech, kdy je zdravotní péče vhodná, účelná a potřebná, ale je odkladná a lze ji poskytnout až po návratu pojištěného do mateřské země.

Článek 7 Pojistná smlouva

1. Pojistná smlouva je uzavřena podpisem smluvních stran a zaplacením pojistného ve stanovené výši.
2. Po uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi průkaz pojištěného.
3. K pojistné smlouvě se přikládá aktuální seznam smluvních zdravotnických zařízení a informace o asistenční službě.
4. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění v místě pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR při splnění podmínek stanovených právními předpisy ČR.
5. Součástí pojistné smlouvy jsou také všechny dohody, dodatky a přílohy k pojistné smlouvě. Za součást smlouvy se považují i dodatky vymezující podmínky vzniku, délku trvání a změny pojištění.

Článek 8 Pojistná doba, vznik a zánik pojištění

1. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou. Pojistná doba je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako datum počátku pojištění, nejdříve však v 00:00 hodin dne následujícího po uzavření pojistné smlouvy.
3. Pojištění zaniká ze zákonných důvodů a podmínek a dále:
 - a) uplynutím pojistné doby, a to ve 24:00 hodin dne sjednaného jako datum konce pojištění, pokud nezaniklo dříve;
 - b) dnem smrti pojištěného;
 - c) dnem odmítnutí repatriace pojištěným nebo jeho zákonným zástupcem;
 - d) dnem právní moci rozhodnutí o ukončení platnosti povolení pojištěného k pobytu v ČR nebo o zamítnutí žádosti pojištěného o povolení k pobytu v ČR. Pojištěný je povinen vrátit pojistiteli všechny doklady osvědčující platnost pojištění.
4. Pojištění se ve smyslu zákona o pojistné smlouvě nepřerušuje.

Článek 9 Povinnosti pojistitele

1. Vedle ostatních povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistitel povinen:
 - a) Po přijetí oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit. Pokud byly náklady vynaložené pojistitelem na šetření vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností pojištěného, má pojistitel právo požadovat na pojištěném přiměřenou náhradu.
 - b) Ukončit šetření do 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, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
 - 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 sděluje zájemci o pojištění informace o pojistiteli a o jeho závazku před uzavřením pojistné smlouvy, a to prostřednictvím svých zaměstnanců a zplnomocněných zástupců.
6. Pojistitel během trvání pojistné smlouvy oznamuje pojistníkovi informace na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě.

Článek 10 Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy pravidlů a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění nebo vyřizování škodné události. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
2. Pojistník a pojištěný jsou dále povinni:
 - a) kdykoli po dobu trvání pojistné smlouvy písemně oznámit pojistiteli změnu jakýchkoli údajů uvedených v pojistné smlouvě;
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny údajů, na které byli písemně dotázáni při sjednávání pojištění;
 - c) umožnit pojistiteli provést šetření o příčinách vzniku škodné události a rozsahu jejích následků a pojistiteli 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 spáchání trestného činu nebo přestupku, bez zbytečného odkladu oznámit příslušné poznatky Policii ČR nebo jinému příslušnému orgánu;

- c) postupovat tak, aby pojistitel mohl vůči jinému uplatnit právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, které mu v souvislosti s pojistnou událostí vzniklo;
 - d) plnit další povinnosti uložené v pojistných podmínkách a v pojistné smlouvě.
4. Vedle povinností stanovených obecně závaznými právními předpisy je pojistník dále povinen:
- a) zaplatit pojistiteli pojistné;
 - b) bez zbytečného odkladu, nejpozději do vzniku pojištění, pojistnému 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 určení výše pojistného plnění, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. Tím není dotčeno právo pojistitele odmítnout pojistné plnění podle příslušných platných předpisů.

Článek 11 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 písemné 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 nesmluvním zdravotnickým zařízením požadováno na pojištěném, aby uhradil náklady, které by mohly být předmětem pojistného plnění, je pojištěný povinen:
- a) převzít originály potřebných dokladů v rozsahu podle odst. 4 a bezpečně je uchovat až do jejich předání pojistiteli; tuto povinnost má pojištěný i v ostatních případech přímé úhrady škody;
 - b) uhradit zdravotnickému zařízení přiměřené a prokazatelné náklady v hotovosti;
 - c) bez zbytečného prodlení předat potřebné doklady podle odst. 4 pojistiteli, případně asistenční službě.
3. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit škodnou událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, dát pravdivé vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu jejích následků, předložit doklady potřebné ke zjištění okolností rozhodných pro posouzení nároků na pojistné plnění a k stanovení jeho výše. 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, specifikací 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 případě škodné události šetřeného 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 přiložené k písemnému oznámení škodné události musí znít na jméno pojištěného a musí být opatřeny datem vystavení, podpisem a otiskem razítka vystavitele.

Článek 12 Další práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Pojistitel je oprávněn prověřovat předložené doklady, požadovat znalecké posudky odborníků, popř. konzultovat složité škodné události se zdravotnickými zařízeními nebo dalšími zařízeními a osobami.
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 pojistitele.
3. V případě, že pojistitel poskytl pojistné plnění příslušnému zdravotnickému zařízení nebo osobě, která prokazatelně vynaložila za pojištěného náklady za léčbu v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče, má pojistitel vůči pojištěnému právo na náhradu vyplaceného pojistného plnění v případě:
 - a) že pojistná událost byla způsobena v souvislosti s požíváním alkoholu, požitím či jinou aplikací omamných, psychotropních, návykových látek nebo přípravku takovou látku obsahujícího pojištěným;
 - b) že si pojistnou událost pojištěný způsobil úmyslným jednáním.

Článek 13 Pojistné

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu. Výši pojistného určuje pojistitel. Výše pojistného je sjednána v pojistné smlouvě.

2. Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu. Toto právo pojistiteli vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.
3. V pojistné smlouvě se sjednává jednorázové pojistné, které je splatné v plné výši dnem uzavření pojistné smlouvy v méně ČR.
4. Pojistitel je oprávněn ověřit správnost údajů pojištěného rozhodných pro stanovení výše pojistného.
5. Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, a to i v případě, zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby. Toto právo pojistiteli vznikne dnem uzavření pojistné smlouvy.
6. V případě, že nedojde ke vzniku pojištění, vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, které činí 20 % z nespotřebovaného pojistného.
7. V případě, že pojištění zanikne po počátku pojištění a za trvání pojištění nenastala pojistná událost, vrátí pojistitel pojistníkovi nespotřebované pojistné snížené o 20% náklady z nespotřebovaného pojistného spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou.
- e) oprávněná osoba před nahlédnutím do spisu pojistné události řádně a včas sdělila pojistiteli své identifikační údaje a osvědčila pojistiteli svou totožnost.
3. Pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události bez zbytečného odkladu v závislosti na rozsahu a technické povaze obsahu spisu. Pojistitel sdělí oprávněné osobě možné termíny nahlédnutí do spisu pojistné události nejpozději do 10 pracovních dnů ode dne obdržení 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:
 - a) Pojistitel umožní oprávněné osobě nahlédnout do spisu pojistné události na kterékoli pobočce nebo kontaktním místě pojistitele dle volby oprávněné osoby v termínu dohodnutém mezi pojistitelem a oprávněnou osobou nebo
 - b) 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 nahlížení 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. Vyplývá-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 14

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 15

Informace o možnostech a způsobech nahlédnutí do spisu pojistné události

1. Na základě písemné žádosti oprávněné osoby umožní pojistitel oprávněné osobě (tj. i např. obmyšlený v případě smrti pojištěného) nahlédnout do spisu vedeného pojistitelem 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 pojistitelem ukončeno, a
 - c) právo na pojistné 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 pojistiteli písemnou žádost o nahlédnutí do spisu pojistné události:
 - i) doručením na adresu sídla pojistitele, tj. Slavia pojišťovna a.s., Odd. Likvidace pojistných událostí, Táborská 940/31, 140 00 Praha 4 nebo
 - ii) prostřednictvím elektronické pošty prostým e-mailem (bez nutnosti jeho elektronického podepsání) doručeným pojistiteli na e-mailovou adresu likvidace@slavia-pojistovna.cz nebo
 - iii) na kterékoli pobočce nebo kontaktním místě pojistitele (viz www.slavia-pojistovna.cz/kontakt/), a

Článek 16

Závěrečná ustanovení

1. Všechny změny pojistné smlouvy se provádějí písemnou formou po vzájemné dohodě smluvních stran.
2. Doručování písemností se řídí obecně platnou právní úpravou.
3. Prohlášení a oznámení vůči pojistiteli jsou platná pouze tehdy, pokud jsou podána v písemné formě.
4. Komunikačním jazykem je čeština.
5. Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den převzetí finanční částky příjemcem. Je-li provedena bezhotovostní platba, je dnem zaplacení den připsání finanční částky na účet příjemce.
6. Práva a povinnosti z tohoto pojištění se řídí právem ČR. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou řešeny, nedojde-li k dohodě, popř. k mimosoudnímu vypořádání, u příslušného soudu v ČR.
7. Tyto všeobecné pojistné podmínky pojistitel vydává v jazyce českém a též jejich překlad v jazyce ruském a anglickém. Rozhodující je jejich znění v jazyce českém.
8. Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. srpna 2023.

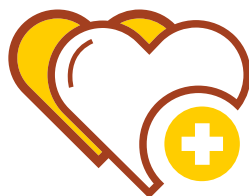
Přehled hrazených stomatologických výkonů

00908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta	295 Kč
00910	RTG vyšetření intraorální	70 Kč
00911	Zhotovení extraorálního RTG snímku – pouze u úrazu	225 Kč
00913	Zhotovení ortopantomogramu – pouze u úrazu	70 Kč
00914	Vyhodnocení ortopantomogramu – pouze u úrazu	270 Kč
00916	Anestezie na foramen mandibule a infraorbitale	100 Kč
00917	Anestezie infiltrační a jiné	80 Kč
00920	Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň u pacientů do 18 let v rozsahu špičáků včetně	315 Kč
00921	Ošetření zubního kazu – stálý zub	220 Kč
00922	Ošetření zubního kazu – dočasný zub	126 Kč
00925	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub	265 Kč
00945	Cílené vyšetření	10 Kč
00949	Extrakce dočasného zubu	87 Kč
00950	Extrakce stálého zubu	168 Kč
00951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu (chirurgické extrakce a revize extrakční rány)	525 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu (provedení dekapsulace a sutury rány sliznice do 5 cm)	420 Kč
00957	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	420 Kč
00959	Intraorální incize	105 Kč
00961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů dutiny ústní	45 Kč
00962	Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu (pouze manuální repozice luxace TMK)	300 Kč
00963	Injekce I.M., S.C., I.D., I.V.	53 Kč

Osvědčení ČSK

00952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (komplikovaná chirurgická extrakce a primární uzávěr oroantrální komunikace)	1155 Kč
00956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu (pouze sutura rány do 5 cm)	900 Kč
00958	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní většího rozsahu	750 Kč
00960	Zevní incize	600 Kč

T. č.: 100864/2023/64a



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

8/2023

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

VPP NZPC 8/2023

Table of Contents

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

Article 1 Introduction

1. Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals (hereinafter the "Insurance") provided by Slavia pojišťovna, a.s., ID. No. 60197501, with its registered office at Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4, Czech Republic (hereinafter the "Insurer"), is governed by the laws of the Czech Republic, especially Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code, as amended, by these General Terms and Conditions of Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals VPP NZPC 8/2023 (hereinafter 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.
2. The Insurance is taken out as an insurance product against loss and damage for a fixed term.
3. The insurance contract applicable to Health Insurance for Acute and Emergency Care for Foreign Nationals is evidence of travel health insurance for foreign nationals staying up to 90 days pursuant to Act No. 326/1999 Coll., on the stay of foreign nationals in the Czech Republic, as amended.

Article 2 Definitions

1. **Policyholder** shall mean a natural or legal person that has signed an insurance contract with the Insurer and is obliged to pay the premium.
2. **Insurer** is Slavia pojišťovna a.s.
3. **Insured Person** is the foreign national (a natural person who is not a citizen of the Czech Republic) to whose health the Insurance applies.

4. **Beneficiary** is a person who has demonstrably incurred the costs of healthcare provided to the Insured Person; and who incurs the right to an insurance indemnity as a result of an insured event.
5. **Insurance Period** is the period for which the Insurance was taken out.
6. **Insured Risk** is a possible cause of an insured event.
7. **Loss Event** is an event that results in a loss and may give rise to the right to indemnity.
8. **Insured Event** is an accidental state of affairs giving rise to the Insurer's responsibility to provide an indemnity.
9. **Sudden Illness** means a sudden and unpredictable deterioration of the state of health, representing a direct threat to the health or life of the Insured Person and requiring acute and emergency care.
10. **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.
11. **Home Country** is the country whose valid travel document is held by the Insured Person.
12. **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.
13. **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. It includes:
 - a) acute care provided by a medical assistance or emergency service;
 - b) doctor-indicated transportation to the nearest professional healthcare facility;
 - c) establishing 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; up to the extent of acute and emergency care normally covered by the general health insurance system of the CR, or the general health insurance of another country that is a party to the Schengen Agreement, on whose territory, which forms a part of the Schengen Area, the acute and emergency care was provided to the Insured Person. The scope is further determined by exclusions from the insurance coverage and by the agreed indemnity limits.
14. **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.
15. **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).
16. **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 regarding contracted medical facilities shall be provided to the Insured Person by the assistance service.

17. **Transit Countries** are only those countries in the Schengen Area in whose territory the Insured Person is present for the period of time necessary for the fastest and shortest transport of the Insured Person from his/ her home country to the CR and back.
18. **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 3 **Subject of the Insurance, Insured Risk, Insured Event**

1. The Insurance applies to the cost of acute and emergency care provided to the Insured Person, and related assistance services, the scope of which depends on the type of stay of the Insured Person and the place of stay of the Insured Person.
 2. It may also be agreed in the Insurance contract that the Insurance covers the cost of acute and emergency healthcare, and related assistance services, provided to the Insured Person during a tourist stay of the Insured Person in the Schengen Area outside the territory of the CR.
 3. The insured risk is a sudden illness of the Insured Person, or an injury to the Insured Person, which may occur during the term of insurance and which may result in a condition requiring acute and emergency care.
 4. The insured risk during a stay of the Insured Person in the Schengen Area outside the territory of the CR is a sudden illness of the Insured Person, or an injury to the Insured Person, which may occur during the term of insurance in relation to everyday civic activities, and result in a condition requiring acute and emergency care, excluding, however, illnesses and activities which occurred during any sports or sport-related recreational activities.
 5. Loss means the cost incurred to provide acute and emergency care to the Insured Person within the scope of the Insurance taken out.
 6. An insured event is a sudden illness or injury to the Insured Person, as a result of which it was necessary to provide acute and emergency care or assistance services, corresponding to the conditions and scope of the Insurance taken out, where the Insured Person became liable to pay the costs of the healthcare to the medical facility, or to pay the costs of assistance services to the provider, as appropriate.
 7. 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.
2. The territorial scope of “**CR**” or “**Schengen**” may be agreed in the insurance contract.
 - a) If the territorial scope of “CR” is agreed in the insurance contract, the place of insurance shall only be the territory of the CR.
 - b) If the territorial scope of “Schengen” is agreed in the insurance contract, the place of insurance shall be the whole territory of the Schengen Area, wherein the Insurance only applies to a tourist stay of the Insured Person in the Schengen Area outside the territory of the CR and exclusively for the case of a sudden illness or injury of the Insured Person, which may occur during the term of the Insurance in relation to his/her everyday civic activities and result in a condition requiring acute and emergency care. The maximum duration of the stay in the Schengen Area must not exceed 30 days per trip.
 3. The indemnity covers the necessary and reasonable costs justifiably and demonstrably incurred in accordance with the applicable medical and legal regulations:
 - a) for acute and emergency care provided to the Insured Person by a contracted medical facility within the scope of the agreed Insurance;
 - b) for acute and emergency care provided to the Insured Person at the place of occurrence of the insured event by a non-contracted medical facility within the scope of the agreed Insurance, but only to the extent strictly required, or in order to achieve a condition which would allow for transportation of the Insured Person to a contracted medical facility where he/she will be provided further acute and emergency care.
 4. The amount of indemnity covering acute and emergency care provided by a non-contracted medical facility in the CR cannot exceed the standard payment for this care in the Czech general health insurance system, or the standard payment which would otherwise be paid in the general health insurance system of another member country of the Schengen Area in whose territory, forming a part of the Schengen Area, acute and emergency care was provided to the Insured Person.
 5. The Insurer shall provide the Insured Person or another person with compensation for the costs demonstrably incurred by the person during the insurance period 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).
 6. The Insurer 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 assent of the attending doctor of the Insured Person, to the country of which the Insured Person is a passport holder or to another country in which the Insured Person 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.
 7. 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:

Article 4 **Type of Stay, Territorial Scope, Scope of Insurance**

1. The scope of the Insurance within the territory of the CR depends on the agreed type of stay of the Insured Person within the territory of the CR. Insurance may be agreed for:
 - a) “**Business Stay**”, during which the Insured Person pursues or seeks gainful activity in the CR. For Insured Persons of an initial age from at least 15 years to no more than 70 years;
 - b) “**Tourist Stay**”, during which the Insured Person does not pursue any gainful activity;
 - c) “**Study Stay**”, which is a stay in the CR for the purpose of study pursuant to the Act on the stay of foreigners in the Czech Republic, for Insured Persons of an initial age from at least 15 years to no more than 26 years;
 - d) “**Family Reunification**”, which is a stay in the CR for the purposes of cohabitation of a family pursuant to applicable legislation governing the stay of foreign nationals within the territory of the CR.
7. 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.
8. The extent of the Insurer's obligation to provide indemnity is limited by exclusions from the Insurance and by indemnity limits.
 9. 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.
 10. The upper limit of indemnity for losses that arise in the Schengen Area outside the territory of the CR is EUR 30,000.

Article 5 Indemnity

1. The Insurer shall provide the 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 original counterparts of the required documents. The original counterparts 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 she/ he did not receive, the procedure shall be governed by applicable legislation.
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.

Article 6 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 fertilisation, infertility examination and treatment, contraception and related interventions, and abortion;
 - b) healthcare related to an Insured Person's pregnancy and childbirth;
 - c) dental interventions that are not listed in the overview of reimbursed dental interventions (included as a part of these General Insurance Terms and Conditions);
 - d) medical interventions not provided by a medical facility or medical staff, or those that are not lege artis or not recognized from a medical viewpoint;
 - e) corporate preventive care; preventive examinations, dispensary care, inoculation, and follow-up medical examinations and other medical interventions, includ-

- ing administration or prescription of medicines, unless these interventions are provided as part of acute and emergency care directly related to a sudden illness or an injury covered by the Insurance;
 - f) cosmetic procedures, acupuncture and homeopathy, including complications caused thereby;
 - g) rehabilitation, behavioral therapy and self-support training, with the exception of doctor-indicated post-trauma or post-surgical interventions;
 - h) physical or spa treatment or care provided by specialized medical institutions, and chiropractic services;
 - i) organ transplantation, treatment of haemophilia and other blood coagulation defects, insulin therapy (with the exception of first aid), treatment of chronic renal insufficiency by means of haemodialysis or peritoneal haemodialysis, growth hormone therapy, examination and treatment of congenital defects and illness, and treatment of epilepsy except for the provision of first aid during an attack;
 - j) examination and treatment of mental disorders not related to treatment of an injury or illness to which the Insurance applies, psychological examinations and psychotherapy, treatment of addictions, including examinations and complications;
 - k) complications and consequences that occur in relation to medical interventions to which the Insurance does not apply;
 - l) venereal diseases and AIDS, including their complications and tests to detect HIV infection;
 - m) manufacture and repair of glasses, contact lenses and hearing aids, and treatment of speech defects;
 - n) events occurring during the search for gainful activity by the Insured Person outside the territory of the CR;
 - o) events occurring in connection with the pursuit of gainful activity in the CR unless the "Business Stay in the CR" type of insurance has been agreed in the insurance contract;
 - p) reimbursement for medicines and medical devices freely purchased without a doctor's prescription or whose administration started prior to commencement of the Insurance;
 - q) manufacture and repair of powered wheelchairs and myoelectric prostheses;
 - r) suicide of the Insured Person, or an attempted suicide.
5. The Insurance shall not cover any event or loss that occurred:
 - a) outside the territory of the CR and transit countries, if the territorial scope of "CR and Transit Countries" has been agreed;
 - b) outside the Schengen Area, if the territorial scope "Schengen" has been agreed;
 - c) in the CR in relation to any activity of the Insured Person that does not correspond to the agreed type of stay in the CR;
 - d) in the home country of the Insured Person;
 - e) in the Schengen Area outside the CR in relation to any activity of the Insured Person that does not correspond to a tourist stay in the Schengen Area outside the territory of the CR;
 - f) as a result of acts of war, civil war or civil disturbances;
 - g) due to hard radiation, nuclear radiation or radioactive contamination;
 - h) due to effects of chemical or biological weapons or acts of violence, including terrorist acts, in which the Insured Person actively participated;
 - i) where the Insured Person knowingly failed to comply with legal provisions valid at the place of the Insurance;
 - j) during the Insured Person's pursuit of professional sport or during organized sports competitions;

- k) during testing of means of transport;
 - l) during the performance of stuntman activities;
 - m) during preparation for or operation of extreme, hazardous or adrenaline sports, or in direct connection with them, such as contact martial sports, bungee jumping, mountain climbing, caving, alpine skiing, canyoning, parasailing, paragliding, aviation sports, including all activities belonging to the ultralight flying category, parachuting and motorsports.
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 will full conduct, default or co-default of the Insured Person, unless it is an injury;
 - e) if the Insured Person refuses medical treatment or necessary medical examinations by a doctor appointed by the Insurer or assistance service, as the case may be;
 - f) in cases of travelling into the CR or out of the CR to other countries of the Schengen Area for the purposes of receiving healthcare;
 - g) should the Insured Person or his/her legal representative sign a negative reverse declaration;
 - h) 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;
 - i) in cases of suitable, advisable and required care which, however, is not urgent and can be provided after the Insured Person returns to his or her home country.
3. The Insurance shall terminate on legal grounds and subject to legal conditions and also:
- 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 when the Insured Person or the Insured Person's legal representative refuses repatriation;
 - d) 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 Person is obliged to return all documents attesting to the validity of the Insurance.
4. The Insurance shall not be interrupted within the meaning of the Insurance Contract Act.

Article 9 Responsibilities of the Insurer

1. In addition to other responsibilities stipulated by the 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, without undue delay, commence an investigation in order to ascertain the extent of its responsibility to pay indemnity. Should the costs of the investigation incurred by the Insurer be caused or increased by a breach of duty on the part of the Insured Person, the Insurer has the right to require that the Insured Person pay appropriate compensation.
 - b) The Insurer shall complete the investigation within three months of the date on which it was notified of the event. If the Insurer cannot complete the investigation within 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, and provide the person with an appropriate advance payment upon request.
 - 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. The Insurer shall supply information about the Insurer and the Insurer's obligation to those interested in the Insurance before concluding the insurance contract, and shall provide this information through its employees and authorized insurance brokers.
6. 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 8 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 as the date of commencement of the Insurance, but not sooner than at 00:00 hours on the day following signing of the insurance contract.

Article 10 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. The Insurer has the same responsibility towards the policyholder and the Insured Person.

2. In addition, 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 the 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 to 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 or 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;
 - d) fulfill other obligations set out in the General Insurance Terms and Conditions and in the insurance contract.
4. In addition to the responsibilities stipulated by generally binding legal regulations, the policyholder shall also:
 - a) pay the insurance premium to the Insurer;
 - b) 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.

Article 11 **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 by 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:
 - a) accept original counterparts of the required documents within the scope of Par. 4 and keep them securely until they are presented to the Insurer; the Insured Person also has this responsibility in other cases where losses are to be settled directly by him/her;
 - b) pay the medical facility appropriate and proven costs in cash;
 - c) without undue delay, present the required documents under Par. 4 to the Insurer, or to 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).
5. In case the loss event is investigated by the police or any other state administrative body, notification of the loss event shall be accompanied by a police protocol or confirmation of the investigation of the event, and in case of the death of the Insured Person, an official death certificate and a medical certificate on the cause of death shall be presented.

6. All the documents attached to a written communication of the loss event must be made out in the name of the Insured Person, specifying the date of issue and bearing the signature and stamp of the issuer.

Article 12 Other Rights and Responsibilities of the Parties to the Insurance

1. The Insurer is entitled to verify the submitted documents, request expert reports and consult medical facilities or other organizations and persons on 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.
3. In the event that the Insurer has provided indemnity to the relevant medical facility or person who demonstrably incurred, for the Insured Person, the costs of treatment within the scope of acute and emergency care, the Insurer has the right to reimbursement of the paid indemnity from the Insured Person if:
 - a) the insured event was caused by or related to the consumption of alcohol or narcotics, or other psychotropic or addictive substances, or agents containing such substances, by the Insured Person;
 - b) the insured event was caused by the Insured Person through his/her intentional conduct.

Article 13 Insurance Premium

1. An insurance premium constitutes consideration for the insurance coverage provided. The amount of the premium shall be determined by the Insurer. The amount of the premium is stipulated in the insurance contract.
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 for the entire 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. In the event that no insurance is taken out, the Insurer shall return the premium paid to the Policyholder, minus the costs associated with concluding the insurance agreement and its administration, amounting to 20% of the unused premium.
7. In the event that the insurance expires after the beginning of the insurance and no insured event occurred during the insurance period, the Insurer shall return the unused premium to the Policyholder reduced by 20% of the costs of the unused premium associated with concluding the insurance agreement and its administration..

Article 14 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 15 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 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 pro-

vision 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 16 Final Provisions

- Any and all changes and amendments to the insurance contract shall be made in writing upon mutual agreement of both parties.
- Delivery of documents shall be governed by generally binding legislation.
- Representations and notifications with respect to the Insurer are only valid if submitted in writing.
- The language of communication is Czech.
- If a payment is made in cash, the date of the payment is the date when the amount is accepted 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.
- 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.
- These 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.
- The General Insurance Terms and Conditions come into effect on 1 August 2023.

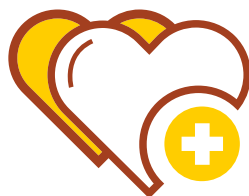
List of Covered Dental Interventions

00908	Acute treatment and examination of an unregistered patient	295 CZK
00910	Intraoral X-ray	70 CZK
00911	Extraoral X-ray film preparation - only in case of injury	225 CZK
00913	Orthopantomogram preparation - only in case of injury	70 CZK
00914	Orthopantomogram analysis - only in case of injury	270 CZK
00916	Foramen mandibulae and infraorbital anaesthesia	100 CZK
00917	Infiltrative and other anaesthesia	80 CZK
00920	Dental decay treatment - permanent tooth - photocomposite filling in patients under 18 years to extent of canines inclusive	315 CZK
00921	Dental decay treatment - permanent tooth	220 CZK
00922	Dental decay treatment - temporary tooth	126 CZK
00925	Conservative treatment of dental decay complications – permanent tooth	265 CZK
00945	Targeted examination	10 CZK
00949	Temporary tooth extraction	87 CZK
00950	Permanent tooth extraction	168 CZK
00951	Minor surgery of hard tissues in the oral cavity (surgical extractions and extraction wound revision)	525 CZK
00955	Minor surgery of soft tissues in the oral cavity (decapsulation and mucous wound suture to 5 cm)	420 CZK
00957	Minor traumatology of hard tissues in the oral cavity	420 CZK
00959	Intraoral incision	105 CZK
00961	Treatment of surgical complications in the oral cavity	45 CZK
00962	Conservative treatment of temporomandibular joint disorders (only manual reposition of TMJ luxation)	300 CZK
00963	Injections I.M., S.C., I.D., I.V.	53 CZK

Czech Dental Chamber certificate

00952	Major surgery of hard tissues in the oral cavity (complicated surgical extraction and primary closure of orofacial communication)	1155 CZK
00956	Major surgery of soft tissues in the oral cavity (wound suture to 5 cm only)	900 CZK
00958	Major traumatology of hard tissues in the oral cavity	750 CZK
00960	External incision	600 CZK

T. č.: 110864/2023/64b



**Общие условия
страхования меди-
цинского страхова-
ния иностранцев в
случае необходи-
мого и неотложного
медицинского
обслуживания**
8/2023

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

VPP NZPC 8/2023

Содержание

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

Статья 1

Вступительные положения

1. Медицинское страхование иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания (в дальнейшем именуемое страхование NZPC), которое заключает АО «Страховая компания Славия а.с.», идентификационный номер 60197501, юридический адрес: инд.140 00, Чешская республика, Прага 4, ул.Таборска 940/31, (в дальнейшем именуемая «страховщик»), руководствуется законодательством Чешской Республики, в частности, законом № 89/2012 «Гражданский кодекс», Общими условиями страхования медицинского страхования иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания VPP NZPC 8/2023 (в дальнейшем именуемые VPP NZPC) и условиями, указанными в договоре страхования. VPP NZPC являются составной частью договора страхования. Договор страхования заключается на чешском языке.
2. Страхование NZPC заключается как страхование ущерба на определенный срок.
3. Договор страхования о медицинском страховании иностранцев в случае необходимого и неотложного медицинского обслуживания – это документ о дорожном медицинском страховании при проживании до 90 дней по закону № 326/1999 Сб. «О проживании иностранцев на территории Чешской Республики», в действующей редакции.

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. **Страховый 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 необходимого и неотложного медицинского обслуживания.
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. Оно 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 или из общественного медицинского страхования другой страны – члена Шенгенского соглашения, на территории которой, являющейся составной частью Шенгенской зоны, застрахованному было предоставлено необходимое и неотложное медицинское обслуживание. Его объем ограничен некоторыми исключениями из страхования и установленными лимитами страхового возмещения.
14. **Удостоверение застрахованного** – это письменное подтверждение страховщика, выданное застрахованному, и доказывающее существование страхования. На его обороте указаны контакты на ассистирующую службу.

15. **Ассистирующая служба** обеспечивается 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. **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 предоставляет застрахованному ассистирующая служба.
17. **Транзитные страны** – это только те страны Шенгенской зоны, на территории которых находится застрахованный в течение необходимого периода, требуемого для самой быстрой и самой короткой перевозки застрахованного из его родной страны в ЧР и обратно.
18. **Входной возраст застрахованного** – это разница между датой рождения и датой возникновения страхования.

Статья 3

Предмет страхования, страховой риск, страховой случай

1. Предметом страхования являются расходы на необходимое и неотложное медицинское обслуживание и ассистирующую службу, предоставленные застрахованному, причем объем страхования зависит от вида проживания и места проживания застрахованного.
2. В договоре страхования может быть договорено, что предметом страхования являются также расходы на необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному при его туристической поездке на территории Шенгенской зоны вне территории ЧР и на соответствующую ассистирующую службу.
3. Страховой риск – это внезапное заболевание или травма застрахованного, которые могут случиться в течение действия страхования и вызвать состояние, требующее оказания необходимой и неотложной медицинской помощи.
4. Страховой риск при нахождении застрахованного на территории Шенгенской зоны вне территории ЧР – это внезапное заболевание или травма застрахованного, которые могут случиться во время действия страховки при нормальной гражданской жизни и вызвать состояние, требующее оказания необходимой и неотложной медицинской помощи, но ни в коем случае не заболевание или травма, случившаяся при какой либо спортивной или спортивно-отдыхательной деятельности.
5. Ущербом считаются расходы, затраченные на предоставление застрахованному необходимого и неотложного медицинского обслуживания в объеме заключенного страхования.
6. Страховой случай – это внезапное заболевание или травма застрахованного, следствием чего было необходимо предоставить застрахованному необходимое и неотложное медицинское обслуживание или ассистирующие услуги, соответствующие условиям и объему заключенного страхования, а также возникла обязанность застрахованного заплатить медицинскому учреждению расходы, затраченные за предоставление этого медицинского обслуживания или заплатить за услуги ассистирующей службы ее представителю.
7. События, возникшие по той же самой причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая зависимость, считаются одним страховым случаем.

Статья 4

Вид пребывания, территориальное действие, объем страхового возмещения

1. Объем страхования на территории ЧР зависит от договорного вида пребывания застрахованного на территории ЧР. Страхование можно заключить на:
 - а) **«Трудовое пребывание»**, во время которого застрахованный выполняет в ЧР деятельность, приносящую доход, или он эту деятельность разыскивает. Входной возраст застрахованного должен быть минимально 15 лет и максимально 70 лет.
 - б) **«Туристическое пребывание»**, во время которого застрахованный не выполняет в ЧР никакую деятельность, приносящую доход, и эту деятельность не разыскивает.
 - в) **«Учебное пребывание»** – пребывание в ЧР с целью обучения согласно закона о проживании иностранцев на территории ЧР. Входной возраст застрахованного должен быть минимально 15 лет и максимально 26 лет.
 - г) **«Воссоединение с семьей»** – пребывание в ЧР с целью совместной семейной жизни на территории ЧР согласно закона о проживании иностранцев на территории ЧР.
2. В договоре страхования можно определить территориальное действие **«ЧР»** или **«Шенген»**.
 - а) Если в договоре страхования указано территориальное действие «ЧР», то местом страхования является только территория ЧР.
 - б) Если в договоре страхования указано территориальное действие «Шенген», то местом страхования является территория всей Шенгенской зоны, причем страховка действует только на туристическое пребывание в Шенгенской зоне вне территории ЧР и только на внезапное заболевание или травму застрахованного, которые могут случиться во время действия страховки при нормальной гражданской жизни и вызвать состояние, требующее оказания необходимой и неотложной медицинской помощи. Максимальная продолжительность пребывания в Шенгенской зоне не должна превысить 30 дней на одну поездку.
3. Предметом страхового возмещения являются необходимые и соразмерные расходы, затраченные законно и доказуемо и согласно действующих медицинских и юридических норм:
 - а) на необходимую и неотложную медицинскую помощь, предоставленную застрахованному договорным медицинским учреждением в объеме заключенного страхования;
 - б) на необходимую и неотложную медицинскую помощь, предоставленную застрахованному на месте страхового случая недоговорным медицинским учреждением в объеме заключенного страхования, но только в строго необходимом объеме или для достижения состояния, при котором будет возможна его перевозка в договорное медицинское учреждение, в котором ему будет предоставлена необходимая и неотложная медицинская помощь.
4. Размер страхового возмещения для необходимой и неотложной медицинской помощи, предоставленной недоговорным медицинским учреждением в ЧР не должен превышать стандартное возмещение из общественного медицинского страхования в ЧР, которое полагалось бы за эту медицинскую помощь, или стандартное возмещение, которое полагалось бы за эту медицинскую помощь из общественного медицинского страхования в другой стране-члене Шенгенского соглашения, на территории которой, являющейся частью Шенгенской зоны, застрахованному была предоставлена необходимая и неотложная медицинская помощь.

5. Страховщик выплатит застрахованному или другому лицу страховое возмещение за оплату расходов, доказуемо затраченных во время действия страховки на лекарства, амбулаторно выписанные застрахованному 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 в ЧР, указанного в соответствующем действующем правовом предписании Министерства здравоохранения ЧР (Перечень лечебных препаратов, оплачиваемых из медицинского страхования полностью и частично).
6. Страховщик предоставит страховое возмещение путем прямого предоставления 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.
7. Если страховой случай наступил, а 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 его репатриация, с медицинской точки зрения, будет возможна.
8. Объем обязательства страховщика предоставить страховое возмещение ограничивается ограничениями страхования и лимитами страхового возмещения.
9. 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.
10. Максимальный размер страхового возмещения за ущерб, нанесенный на территории Шенгенской зоны вне территории ЧР, составляет 30 000 евро.

Статья 5

Страховое возмещение

1. Страховщик выплатит страховое возмещение правомочному лицу, а в случае медицинского обслуживания, предоставленного договорным медицинским учреждением, прямо данному медицинскому учреждению.
2. Страховщик выплатит страховое возмещение правомочному лицу после получения подлинников необходимых 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. Финансовое 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 не договорятся иным способом.

Статья 6

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 в 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;
 - б) медицинское обслуживание, связанное с беременностью и родами застрахованной;
 - в) стоматологические процедуры, которые не указаны в перечне оплачиваемых стоматологических процедур (перечень находится в приложении данных VPP);
 - г) медицинские процедуры, которые не были проведены в медицинском учреждении или медицинским работником, или были проведены незаконно или они не были признаны медицинской;
 - д) заводское профилактическое лечение, профилактические осмотры, лечение в диспансере, прививки, контрольное медицинское обследование и другие медицинские процедуры, включая подачу и выпуск лекарств, если это не является составной частью необходимого и неотложного медицинского обслуживания, прямо зависящего от внезапного заболевания или травмы, которые включены в страхование;
 - е) косметические процедуры, акупунктура и гомеопатия, включая лечение причиненных ими осложнений;
 - ё) реабилитация, тренировочная терапия и тренировка самостоятельности, исключая процедуры, назначенные врачом после травмы или операции;
 - ж) физическое лечение или курортное лечение, или лечение в специализированных лечебных заведениях, хиропрактические процедуры;
 - з) трансплантация органов, лечение гемофилии и других болезней свертываемости крови, инсулиновая терапия (исключая оказание первой помощи), лечение хронической почечной недостаточности гемодиализом или перитональным гемодиализом, лечение гормоном роста, обследование и лечение врожденных пороков и болезней, лечение эпилепсии, исключая оказание первой помощи при приступе;
 - и) обследование и лечение психических расстройств, не связанных с лечением травмы или внезапного заболевания, которые включены в страхование, психологические обследования и психотерапия, лечение зависимостей, включая обследования и осложнения;
 - й) осложнения и последствия, которые настанут в связи с медицинскими процедурами, которые не включены в страхование;

- к) венерические болезни и СПИД, включая их осложнения, обследование на ВИЧ-инфекцию;
 - л) изготовление и ремонт очков, контактных линз слуховых трубок, лечение дефектов речи;
 - м) события, возникшие в связи с выполнением деятельности, приносящей доход, или поиском данной деятельности застрахованным вне территории ЧР;
 - н) события, возникшие в связи с выполнением деятельности, приносящей доход, или поиском данной деятельности застрахованным на территории ЧР, если в договоре страхования не обусловлено «Трудовое пребывание в ЧР»;
 - о) оплата лекарств и медицинских средств, не выписанных врачом, купленных без рецепта врача или их прием был начат перед началом страхования;
 - п) изготовление и ремонт электроколясок и миоэлектрических протезов;
 - р) самоубийство застрахованного или покушение о него.
5. Страхование не действует на события и ущерб:
- а) возникшие вне территории ЧР и транзитных стран, если была договорена область «ЧР и транзитные страны»;
 - б) возникшие вне территории Шенгенской зоны, если была договорена область «Шенгенская зона»;
 - в) возникшие в ЧР в связи с деятельностью застрахованного, несоответствующей его виду пребывания в ЧР;
 - г) возникшие в родной стране застрахованного;
 - д) возникшие в Шенгенской зоне вне ЧР в связи с деятельностью застрахованного, несоответствующей туристическому пребыванию в Шенгенской зоне вне ЧР;
 - е) возникшие следствием военных действий, гражданской войны, гражданских беспорядков;
 - ё) возникшие следствием проникающей радиации, ядерной реакции или радиоактивного заражения;
 - ж) возникшие следствием действия химического или биологического оружия, актов насилия, включая террористические акты, в которых застрахованный принимал активное участие;
 - з) возникшие следствием сознательного несоблюдения застрахованным законодательства, действующего в месте страхования;
 - и) возникшие следствием занятия застрахованным профессиональной спортивной деятельности или во время организованных спортивных соревнований;
 - й) возникшие следствием пробного тестирования транспортных средств;
 - к) возникшие следствием занятия каскадерской деятельностью;
 - л) возникшие при подготовке или занятии экстремальными, опасными или адреналиновыми видами спорта или непосредственно связанными с ними, а именно: контактные боевые виды спорта, прыжки на канате, альпинизм, спелеология, скайлипинизм, каньонинг, параглайдинг, парасейлинг, авиационный спорт, включая все виды, относящиеся к категории ультра-легкого летания, парашютизма, автоспорта.
6. Страховщик не выплачивает страховое возмещение:
- а) если случай с причинением ущерба произошел следствием уголовной деятельности или хулиганства или в связи с ними, 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 одурманивающего вещества 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) за события, если застрахованный 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;
 - ж) в случае, если застрахованный откажется подвергнуться репатриации, откажется от медицинского обслуживания или от необходимого обследования врачом, установленным страховщиком или ассистирующей службой;
 - з) в случае, если медицинское обслуживание необходимо, целесообразно и рекомендовано, но его можно отложить и предоставить по возвращении застрахованного в родную страну.
- ## Статья 7 Договор страхования
1. Договор страхования считается заключенным в момент его подписания договорными сторонами и оплаты установленного страхового взноса.
 2. После заключения договора страхования страховщик выдает страхователю удостоверение застрахованного.
 3. Приложением договора страхования является актуальный список договорных медицинских учреждений и информация об ассистирующей службе.
 4. Условием законности и действия страхования в месте страхования является легальное пребывание застрахованного на территории ЧР и соблюдение положений законодательства ЧР.
 5. Составными частями договора страхования также являются все соглашения, дополнения и приложения к договору страхования. Составными частями договора считаются и дополнения, которые определяют условия возникновения, существования и изменения страхования.
- ## Статья 8 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, но не раньше, чем в 00:00 часов дня, следующего после дня заключения договора страхования.
 3. Страхование перестает действовать по законным причинам и условиям, а также:
 - а) по истечении периода страхования, а именно в 24:00 часов дня, договоренного как день окончания страхования, если оно не перестало действовать раньше;
 - б) в день смерти застрахованного;
 - в) в день отказа застрахованного или его законного представителя от репатриации;

- г) в день вступления в законную силу решения об окончании действия разрешения застрахованного на пребывание в ЧР или решения об отказе в заявлении застрахованного на разрешение пребывания в ЧР. Застрахованный обязан возвратить страховщику все документы, относящиеся к страхованию.
4. Согласно закона о договоре страхования, страхование не прерывается.

Статья 9

Обязанности страховщика

1. Совместно с остальными 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. Если расходы страховщика на расследование были вызваны или увеличены следствием нарушения застрахованным своей обязанности, то страховщик имеет право требовать от застрахованного соответствующую компенсацию.
 - 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 нельзя окончить, и выплатить ему, по его просьбе, соответствующий аванс.
 - в) Сохранять конфиденциальность информации, касающейся страхования, о которой он узнает при заключении страховки, при руководстве 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. Полное определение этих принципов найдёте на сайте www.slavia-pojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju.
3. Страховое возмещение должно быть выплачено в течение 15 дней после окончания расследования по пункту 1. Расследование будет окончено, как только страховщик сообщит его результат правомочному лицу.
4. Если договор страхования или удостоверение застрахованного будут потеряны, повреждены или уничтожены, то страховщик выдает страхователю по его заявлению и за его счет соответствующий дубликат.
5. Страховщик сообщает лицу, заинтересованному в страховании, информацию о страховщике и об его обязанностях еще перед заключением договора страхования посредством своих работников и уполномоченных представителей.
6. Во время действия договора страхования страховщик сообщает страхователю информацию по его адресу, указанному в договоре страхования.

Статья 10

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. Такую же обязанность имеет страховщик перед страхователем и застрахованным.

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.
4. Наряду с обязанностями, следующими из положений законодательства, страхователь также 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 11

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;
 - в) по требованию страховщика, освободить, в письменном виде, представителя медицинского обслуживания от обязанности конфиденциальности и предоставить страховщику письменное право на получение информации, которая должна со-

- храняться 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 недоговорное медицинское учреждение требует от застрахованного заплатить расходы, которые могли бы быть предметом страхового возмещения, то застрахованный обязан:
- а) получить оригиналы необходимых документов согласно пункта 4 и надежно их сохранять до передачи страховщику; данную обязанность застрахованный имеет 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 4.
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 страхового 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 вследствие 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 или ценой и датами их проведения; название и количество поданных медикаментов, включая их цену, список 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 ценой 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, приложенные к сообщению о случае причинения ущерба, должны быть оформлены на имя застрахованного и должны содержать дату выдачи, подпись и печать органа, выдающего документ.

Статья 12

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.
2. Застрахованный, правомочное лицо или лицо, понесшее расходы на спасение, должны принять меры для того, чтобы не истек срок давности по данному случаю или не было аннулировано право на возмещение ущерба, которое, по закону, переходит на страховщика.
3. Если страховщик выплатил страховое возмещение соответствующему медицинскому учреждению или лицу, которое доказуемо понесло за застрахованного расходы за лечение в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, то страховщик имеет право требовать от застрахованного возратить выплаченное страховое возмещение в случае:
- а) если страховой случай произошел следствием употребления застрахованным алкоголя, употребления или другого применения одурмивающего, психотропного или вызывающего привыкание вещества или препарата, содержащего вышеуказанные вещества;
- б) если страховой случай был вызван преднамеренным действием застрахованного.

Статья 13

Страховой взнос

1. Страховой взнос – это оплата за предоставленную страховую защиту. Размер страхового взноса, указанный в договоре страхования, устанавливает страховщик.
2. Страховщик имеет право на страховой взнос за весь период страхования. Данное право 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. В случае, если страхование не состоялось, страховщик возвращает страхователю уплаченный страховой взнос за вычетом расходов, связанных с заключением договора страхования и его администрированием, которые составляют 20% от неиспользованного взноса.

7. В случае, если страхование прекращается после начала страхования и в течение срока страхования не наступает страховой случай, страховщик возвращает страхователю неиспользованный страховой взнос за вычетом 20% расходов неиспользованного взноса, связанных с заключением договора страхования и его администрированием.

Статья 14

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 15

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:
 - а) в период страхования произошел страховой случай; и
 - б) расследование страхового случая, по которому полномочное лицо запрашивает доступ к акту, на момент запроса полномочного лица было завершено страховщиком; и
 - в) 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 pojišťovna a.s., Sekция урегулирования страховых случаев, Těborská 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. 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:
 - а) 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
 - б) 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 16

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 страховщика 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 соглашением или внесудебными и расчетами.
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 1 августа 2023 года.

Перечень оплачиваемых стоматологических процедур

00908	Неотложное обследование и лечение незарегистрированного пациента	295 ч.к.
00910	Рентгеновское интраоральное (внутреннее) обследование	70 ч.к.
00911	Изготовление экстраорального (внешнего) рентгенового снимка – только при травме	225 ч.к.
00913	Изготовление ортопантомограммы - только при травме	70 ч.к.
00914	Анализ ортопантомограммы - только при травме	270 ч.к.
00916	Анестезия в области отверстия нижней челюсти и подглазничного отверстия	100 ч.к.
00917	Инфильтрационная и другая анестезия 80 ч.к.	
00920	Лечение кариеса зуба – постоянный зуб – фотокомпозитная пломба у пациента до 18 лет в области между клыками и включительно их	315 ч.к.
00921	Лечение кариеса зуба – постоянный зуб	220 ч.к.
00922	Лечение кариеса зуба – молочный зуб	126 ч.к.
00925	Консервативное лечение осложнений кариеса зуба – постоянный зуб	265 ч.к.
00945	Целенаправленное обследование	10 ч.к.
00949	Удаление молочного зуба	87 ч.к.
00950	Удаление постоянного зуба	168 ч.к.
00951	Хирургия твердых тканей полости рта в небольшом масштабе (хирургическое удаление и повторная обработка раны после удаления)	525 ч.к.
00955	Хирургия мягких тканей полости рта в небольшом масштабе (выполнение декапсуляции и наложение швов на раны слизистой оболочки 5 см)	420 ч.к.
00957	Травматология твердых тканей полости рта в небольшом масштабе	420 ч.к.
00959	Интраоральный разрез	105 ч.к.
00961	Лечение осложнений хирургических процедур полости рта	45 ч.к.
00962	Консервативное лечение заболевания височно-нижнечелюстного сустава (только ручное вправление вывиха височно-нижнечелюстного сустава)	300 ч.к.
00963	Уколы внутримышечные, подкожные, внутривенные	53 ч.к.

Свидетельство Чешской стоматологической палаты

00952	Хирургия твердых тканей полости рта в крупном масштабе (сложное хирургическое удаление и первичное закрытие ороантрального свища)	1155 ч.к.
00956	Хирургия мягких тканей полости рта в крупном масштабе (только наложение швов на раны до 5 см)	900 ч.к.
00958	Травматология твердых тканей полости рта в крупном масштабе	750 ч.к.
00960	Внешний разрез	600 ч.к.

Т.č.: 120864/2023/64с