



Pojistné podmínky komplexního zdravotního pojištění cizinců

PP ZPCK ze dne 1. září 2023

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pro komplexní zdravotní pojištění cizinců platí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „občanský zákoník“) a ustanovení pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto pojistné podmínky zdravotního pojištění cizinců ze dne 1. září 2023 (dále jen „PP ZPCK“). Pojištění se řídí právním řádem České republiky.
2. Pojištění splňuje podmínky zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky.
3. Pojistitelem se rozumí INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, se sídlem Boulevard du Régent 7, 1000, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 0415591055, jednající prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4, IČO: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A 59647 (dále jen „pojistitel“).
4. Pojištění se sjednává jako neživotní škodové pojištění.

Článek 2. Výklad pojmů

Asistenční služba je právnická osoba, která jménem a v zastoupení pojistitele poskytuje pojištěnému nebo oprávněné osobě pojistné plnění a související asistenční služby. Asistenční služba zastupuje pojistitele při uplatňování, šetření a likvidaci pojistných událostí. Asistenční služba nebo jiný pojistitelem pověřený zástupce mají právo jednat jménem pojistitele při všech pojistných událostech vymezených těmito PP ZPCK. Adresa asistenční služby: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 00, Praha 4 – Pankrác.

Běžné sporty jsou následující běžné oddychové sportovní aktivity a sporty provozované na rekreační úrovni: aerobik, airsoft, aquaerobik, badminton, baseball, basketbal, běh, běh na lyžích po vyznačených trasách, boccia, bowling, bridge, bruslení na ledě, bumerang, bungee running, bungee trampolin, curling, cyklistika, cykloturistika, dragboat – dračí loď, fitness a bodybuilding, florbal, footbag, fotbal, frisbee, goalball, golf, házená, horské kolo (vyjma sjezdu), cheerleaders (roztleskávačky), jízda na vodním šlapadle, jóga, karetní a jiné společenské hry, koloběh, kolová, kopaná, korfbal, kriket, kulečnický, kuličky, kulturistika, kuželky, lukostřelba, lyžování po vyznačených trasách, metaná, nízké lanové překážky (do 1,5 m), mini trampolína, moderní gymnastika, nohejbal, orientační běh (včetně radiového), petanque, plavání, plážový volejbal, showdown, snowboarding po vyznačených trasách, softbal, spinning, sportovní modelářství, sportovní rybaření, sportovní střelba (střelba na terč s použitím střelné zbraně), squash, stolní fotbal, stolní hokej, stolní společenské hry, stolní tenis, streetball, synchronizované plavání, šachy, šerm sportovní (klasický), šipky, šnorchlování, tanec společenský, tenis, tchoukball, veslování, vodní lyžování, vodní pólo, volejbal, vysokohorská turistika na značených cestách bez použití horolezeckých pomůcek a Via Ferrata stupně obtížnosti A, žonglování (diabolo, fireshow, juggling, yoyo) a další sporty obdobné rizikivosti.

Cizinec je fyzická osoba, která není státním občanem České republiky.

Čekací doba je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba se počítá ode dne počátku pojistné doby.

Jednorázové pojistné je pojistné stanovené na celou pojistnou dobu. Jednorázové pojistné náleží pojistiteli vždy celé.

Komplexní zdravotní péče je zdravotní péče, kterou poskytuje pojistitel v rozsahu obdobném veřejnému pojištění na území ČR, avšak se sjednanými výlukami z pojištění uvedenými v čl. 8 těchto PP ZPCK a sjednanými limity pojistného plnění uvedenými v čl. 7 těchto PP ZPCK.

Mateřská země je stát, jehož je pojištěný státním občanem.

Novorozenec je pro účel tohoto pojištění dítě od narození do konce 3. měsíce věku.

Nebezpečné a rizikové druhy sportů a aktivit jsou takové aktivity, jejichž nebezpečnost překračuje běžné riziko při sportovní činnosti, jako například skoky na laně, na lyžích, padákem, bezmotorové a motorové létání všeho druhu, horolezectví všeho druhu, vodní lyžování, sjíždění řek všeho druhu a potápění všeho druhu, skialpinismus, lyžování a snowboarding mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovený čas provozu na vyznačených tratích, akrobatické lyžování, jízda na bobech a skibobech, snowrafting, motoristické sporty všeho druhu, motorové sporty na sněhu, ledu a vodě, canyoning a speleologie, kaskadérství, bojové sporty, terénní sjezdy na horských kolech, jízda na koni, skateboardu, skeletonu, in-line bruslích a aktivity vedoucí k překonání sportovních rekordů a další extrémní a adrenalinové sporty. O nebezpečnosti sportů a aktivit rozhoduje pojistitel.

Oprávněná osoba je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.

Osoba blízká je osoba dle § 22 občanského zákoníku, tj. příbuzný v řadě přímé, sourozenec, manžel, partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.

Pojistitel je právnická osoba, která je oprávněná vykonávat pojišťovací činnost podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění.

Pojistná doba je doba, na kterou je sjednáno pojištění.

Pojistná událost je nahodilá událost krytá pojištěním blíže označená v pojistné smlouvě nebo pojistných podmínkách, která nastane během pojistné doby a na základě které vzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistníkovi nebo třetí osobě pojistné plnění dle ustanovení pojistných podmínek.

Pojistné plnění je plnění, které je pojistitel povinen poskytnout, pokud nastala pojistná událost; pojistitel ho poskytne v souladu s obsahem pojistných podmínek a/nebo smluvních ujednání k pojištění.

Pojistník je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.

Pojištění je právní vztah založený pojistnou smlouvou, kterou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné.

Pojištěný je fyzická osoba, která je jmenovitě, případně jiným jednoznačným způsobem, uvedena při sjednání pojištění a na jejíž zdraví se pojištění vztahuje, případně, jejíž práva a oprávněné zájmy jsou předmětem pojištění.

Poporodní péče o novorozence je zdravotní péče poskytnutá novorozenci pojištěné ženy, za trvání jejího pojištění a kdy zdravotní péče bezprostředně navazuje na porod a je poskytována až do dne ukončení nepřetržité hospitalizace novorozence; aplikují se výluky dle čl. 8 těchto PP ZPCK.

Pracovní pobyt je pobyt spojený s výkonem podnikatelské činnosti, povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Profesionální sport je dosahování sportovních výsledků za úplatu nebo jinou odměnu.

Studijní pobyt je pobyt za účelem studia.

Škodná událost je skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.

Teroristický akt je použití síly nebo násilí nebo hrozba použití síly nebo násilí jakékoliv osoby nebo skupiny lidí samostatně nebo v něčí prospěch nebo ve spolupráci s jakoukoliv organizací nebo vládou, spáchané z politického, náboženského, ideologického nebo etnického důvodu nebo účelu, způsobující újmu na lidském zdraví, hmotném nebo nehmotném majetku nebo infrastruktuře, včetně úmyslu ovlivňovat jakoukoliv vládu, zstrašovat obyvatelstvo nebo část obyvatelstva.

Turistický pobyt je rekreační a/nebo poznávací pobyt včetně provozování běžných sportů a aktivit na rekreační úrovni; turistickou cestou není provozování nebezpečných a rizikových druhů sportů a aktivit.

Úraz je neočekávané a náhlé působení vnějších sil nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických) nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, jejichž působení způsobilo pojištěnému tělesné poškození nebo smrt, k němuž došlo v době trvání pojištění.

Veřejně organizovaná sportovní soutěž (dále jen „soutěž“) je soutěž organizovaná jakoukoliv tělovýchovnou či jinou organizací, sportovním či jiným klubem, jakož i veškerá příprava k této činnosti nebo předem organizovaná výprava s cílem dosažení zvláštních sportovních výsledků.

Článek 3. Vznik, trvání a zánik pojištění, pojistná doba, pojistné

1. Pojistná smlouva, jejímž předmětem je pojištění, je uzavřena zaplacením pojistného ve výši uvedené v návrhu pojistné smlouvy.
2. K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby byl návrh pojistné smlouvy přijat zaplacením pojistného nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy zájemce o pojištění obdržel návrh pojistné smlouvy. V případě, že pojistník neuhradí pojistné ve lhůtě uvedené v předchozí větě, platnost návrhu pojistné smlouvy zaniká.
3. Pojistitel stanoví pojistné podle rozsahu pojištění, ohodnocení rizika, limitu pojistného plnění, případně dalších skutečností rozhodujících o jeho výši. Pojistné je jednorázové, jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě a je splatné v měně, kterou si pojistník zvolil při sjednání pojistné smlouvy.
4. Zaplacením pojistného se rozumí:
 - a) okamžik, kdy bylo pojistné připsáno na účet poskytovatele platebních služeb pojistitele, platí-li pojistník pojistné pojistiteli,
 - b) okamžik, kdy bylo pojistné připsáno na účet poskytovatele platebních služeb zástupce pojistitele, platí-li pojistník pojistné zástupci pojistitele,
 - c) předání hotovosti pojistiteli, platí-li pojistník pojistné v hotovosti přímo pojistiteli nebo jím pověřenému zaměstnanci,
 - d) předání hotovosti zástupci pojistitele, platí-li pojistník pojistné v hotovosti zástupci pojistitele.
5. Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, není-li v pojistné smlouvě nebo těchto PP ZPCK uvedeno jinak.
6. Je-li uzavřena pojistná smlouva dle ustanovení odstavce 1 a 2 tohoto článku, pojištění vzniká (tj. je účinné) od 00:01 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění.
7. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu uvedenou v pojistné smlouvě a končí ve 24:00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako den konce pojištění.
8. Pojistná smlouva zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby pojištění;
 - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to ke dni účinnosti dohody;
 - c) výpovědí pojistitele nebo pojistníka dle § 2805 občanského zákoníku, a to dnem uplynutí výpovědní doby;
 - d) vstupem pojištěného do systému veřejného zdravotního pojištění po uplynutí dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, a to ke dni vstupu pojištěného do veřejného zdravotního pojištění;
 - e) zamítnutím žádosti o vízum k pobytu na území České republiky, a to ke dni právní moci rozhodnutí příslušného orgánu veřejné správy o zamítnutí žádosti pojištěného o vízum k pobytu na území České republiky;
 - f) ukončením platnosti víza k pobytu na území České republiky, a to ke dni ukončení platnosti víza pojištěného k pobytu na území České republiky;
 - g) ukončením pobytu pojištěného na území České republiky z jiných závažných důvodů, a to ke dni, kdy nastala rozhodná skutečnost pro ukončení pobytu pojištěného na území České republiky;
 - h) dalšími způsoby uvedenými v občanském zákoníku.
9. Zanikne-li pojistná smlouva z kterékoliv důvodu uvedeného v odstavci 8. tohoto článku pod písmenem b), d) až g), vrátí pojistitel pojistníkovi nespotřebované pojistné snížené o náklady pojistitele spojené s předčasným ukončením pojistné smlouvy, jež činí 20 % z nespotřebovaného pojistného. Za nespotřebované pojistné se pro tyto účely považuje pojistné přijaté pojistitelem za dobu ode dne:

- kdy nastal předčasný zánik pojistné smlouvy dle odstavce 8. písm. b) tohoto článku nebo
 - kdy se pojistitel dozvěděl o důvodu předčasného zánik pojistné smlouvy dle odstavce 8. písm. d) až g) tohoto článku;
- a to do dne původně sjednaného konce pojistné doby. Pojistník a pojištěný jsou povinni vrátit pojistiteli všechny dokumenty stvrzující sjednání pojištění.
10. Pojištěný má povinnost oznámit pojistiteli a/nebo asistenční službě pojistitele vznik skutečnosti dle odst. 8. písm. d) až g) tohoto článku neprodleně po jejím vzniku. Pojistitel má právo na pojistné do dne oznámení této skutečnosti pojistiteli a/nebo asistenční službě pojistitele.
 11. Byla-li pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku, má pojistník právo bez uvedení důvodu odstoupit od pojistné smlouvy do 14 dnů ode dne jejího uzavření nebo ode dne, kdy byly pojistníkovi sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na žádost pojistníka po uzavření pojistné smlouvy. Odstoupí-li pojistník od pojistné smlouvy, vrátí pojistitel pojistníkovi bez zbytečného odkladu, nejpozději však do třiceti dnů ode dne, kdy se odstoupení stane účinným zaplacené pojistné; přitom má pojistitel právo odečíst si, co již z pojištění plnil. Bylo-li však pojistné plnění vyplaceno ve výši přesahující výši zaplaceného pojistného, vrátí pojistník, popřípadě pojištěný nebo obmyšlený, částku zaplaceného pojistného plnění, která přesahuje zaplacené pojistné.
 12. Pojištění nemůže být během pojistné doby přerušeno.

Článek 4. Územní rozsah, typy pojištění

1. Územní rozsah pojištění se vztahuje jen na pojistné události, které vznikly na území České republiky.
2. Pojištění se vztahuje na turistický, studijní i pracovní pobyt.

Článek 5. Pojistný program

1. Pojištění se sjednává pro jeden z pojistných programů:
 - a) **STANDARD** – tento pojistný program zahrnuje poskytování komplexní zdravotní péče pojištěnému na území ČR; v tomto programu jsou uplatňovány čekací doby dle článku 6 těchto PP ZPCK.
 - b) **MATKA** – tento pojistný program zahrnuje poskytování komplexní zdravotní péče pojištěné matky v souvislosti s jejím těhotenstvím a porodem bez čekacích dob. Nad rámec rozsahu pojistného programu STANDARD je pojištěna i poporodní zdravotní péče o novorozence pojištěné, který se narodil za trvání jejího pojištění.
2. Sjednaný pojistný program je uveden v pojistné smlouvě.

Článek 6. Předmět pojištění a Pojistná událost

1. Předmětem pojištění je zdraví pojištěného, poskytování komplexní zdravotní péče, kterou poskytuje pojistitel v rozsahu obdobném veřejnému pojištění, včetně péče preventivní, dispensární a související s těhotenstvím, avšak se sjednanými výlukami z pojištění uvedenými v čl. 8 těchto PP ZPCK a sjednanými limity pojistného plnění uvedenými v čl. 7 těchto PP ZPCK.
2. Pojistnou událostí je onemocnění, úraz nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného, ke které došlo v době účinnosti pojištění, po uplynutí čekací doby a na území ČR. Čekací doba se uplatňuje pro případy úhrady zdravotní péče:
 - v těhotenství v délce 3 měsíce ode dne počátku pojistné doby
 - v případě porodu 8 měsíců ode dne počátku pojistné doby
 Čekací doby se neuplatňují, je-li sjednán pojistný program Matka.
3. Komplexní zdravotní péče je poskytována ve smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele na území ČR. V případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života v důsledku prodlení, pojistitel uhradí náklady i takovému zdravotnickému zařízení na území České republiky, které nemá s pojistitelem pro toto pojištění uzavřenou smlouvu. Uhrazeny budou nutné a přiměřené náklady, prokazatelně vynaložené na zdravotní péči, a to jen do doby, než bylo možné zajistit zdravotní péči smluvním zdravotnickým zařízením a do výše hrazené pojistitelem smluvním zařízením.
4. 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.
5. Pojistitel hradí v souvislosti s pojistnou událostí přiměřené a účelně vynaložené náklady na:
 - a) komplexní zdravotní péči, která je poskytována ve smluvním zdravotnickém zařízení
 - b) léky předepsané ambulantně lékařem v souvislosti s pojistnou událostí; maximálně však do výše limitu pojistného plnění uvedeného v čl. 7. Pojistné plnění těchto PP ZPCK
 - c) nutné a neodkladné ošetření zubním lékařem při akutních bolestivých stavech zubů, léčených extrakcí nebo jednoduchou výplní (včetně RTG), a ošetření za účelem bezprostřední úlevy od bolesti vztahující se ke sliznicím dutiny ústní; maximálně však do limitu pojistného plnění uvedeného v článku 7. Pojistné plnění těchto PP ZPCK.
 - d) péči v těhotenství a porod; není-li sjednán typ pojištění Matka, uplatňují se čekací doby dle článku 6, odstavce 2 těchto PP ZPCK; je-li sjednán typ pojištění Matka, čekací doby se neuplatňují
 - e) poporodní zdravotní péči o novorozence, pokud je v pojistné smlouvě sjednán pojistný program Matka; poporodní zdravotní péče o novorozence je tímto pojištěním kryta do výše limitu pojistného plnění uvedeného v článku 7 Pojistné plnění těchto PP ZPCK
 - f) přepravu od lékaře do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do jiného specializovaného zdravotnického zařízení, pokud to stav pojištěného dle posouzení asistenční služby nebo pojistitele vyžaduje a ošetřující lékař ji předepíše
 - g) repatriaci nemocného pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná a možná; repatriace je posuzována, schvalována a organizována asistenční službou nebo pojistitelem, a pojištěný je repatriován na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt
 - h) přepravu tělesných ostatků pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt; přeprava ostatků je provedena specializovanou organizací schválenou asistenční službou nebo pojistitelem.

Článek 7. Pojistné plnění

Zdravotní péče	Limit pojistného plnění	
	STANDARD	MATKA
Celkový limit	10 000 000 Kč (nejméně však 400 000 EUR)	10 000 000 Kč (nejméně však 400 000 EUR)
repatriace a transporty	skutečné náklady do celkového limitu	skutečné náklady do celkového limitu
stomatologické ošetření	5 000 Kč	5 000 Kč
ambulantně předepsané léky	5 000 Kč	5 000 Kč
poporodní péče o novorozence		300 000 Kč

1. Horní hranice pojistného plnění za škody vzniklé na území České republiky je určena limitem pojistného plnění, jehož výše je uvedena v pojistné smlouvě a v tomto článku těchto PP ZPCK. Uvedené limity pojistného plnění se vztahují na jednu pojistnou událost. Bez ohledu na změnu kurzu EUR vůči CZK garantuje pojistitel limit pojistného plnění ve výši 400 000 EUR přepočtený podle kurzu České národní banky platného v den vzniku pojistné události.
2. O pojistném plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s těmito PP ZPCK a pojistnou smlouvou na základě předložených dokladů.
3. **Šetření pojistné události**
 - 3.1 Nastane-li událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojistné plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu, podá mu pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků takové události, o právech třetích osob a o jakémkoli vícenásobném pojištění; současně předloží pojistiteli potřebné doklady a postupuje způsobem uvedeným v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách. Není-li osoba, která se pokládá za oprávněnou osobu, současně pojistníkem nebo pojištěným, mají povinnosti uvedené v ustanovení tohoto odstavce i pojistník a pojištěný.
 - 3.2 Bez zbytečného odkladu po oznámení dle odstavce 3.1 tohoto článku zahájí pojistitel šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; na žádost této osoby jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojistného plnění, popřípadě důvod jeho zamítnutí.
 - 3.3 Obsahuje-li oznámení dle předchozích odstavců vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamlčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Vyvolá-li pojistník nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.
 - 3.4 Jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, může pojistitel požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného nebo oprávněné osoby v případě smrti pojištěného. Neposkytne-li pojištěný nebo oprávněná osoba pojistiteli souhlas nebo odvolá-li souhlas v průběhu šetření pojistné události a má-li tato skutečnost podstatný vliv na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv měla tato skutečnost na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
 - 3.5 Zjišťování dle předchozího odstavce se provádí na základě vyšetření lékařem určeným pojistitelem. Pojistitel v tomto případě hradí:
 - náklady spojené s touto lékařskou prohlídkou nebo vyšetřením;
 - cestovní náklady ve výši jízdenky veřejné autobusové nebo železniční osobní dopravy druhé třídy;
 - náklady na vystavení lékařské zprávy, pokud ji vyžaduje.
 - 3.6 Pokud pojistitel lékařskou prohlídku, vyšetření nebo lékařskou zprávu nevyžaduje, náklady s nimi spojené nehradí.
4. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů od ukončení šetření dle předchozích odstavců. Nelze-li ukončit šetření nutná k zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo k zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do 3 měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost na pojistné plnění přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
5. Pojistné plnění je vždy splatné v měně platné na území vzniku pojistné události, pokud není dohodnuto jinak.
6. Mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
7. Způsobila-li úmyslně pojistnou událost buď osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, anebo z jejího podnětu osoba třetí, nevzniká žádné osobě právo na pojistné plnění z tohoto pojištění.
8. Povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezena výlukami a limity pojistného plnění.

Článek 8. Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, s výjimkou zdravotní péče preventivní, dispenzární a související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte, v případech pokud:
 - a) se pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, neřídí pokyny pojistitele nebo asistenční služby a účinně s nimi nespolupracuje, nebo pokud nepředloží pojistitelem nebo asistenční službou požadované doklady
 - b) pojištěný odmítne podstoupit pojistitelem navrhovanou repatriaci
 - c) pojištěný odmítne ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem nebo zdravotnickým zařízením, kterého určil pojistitel nebo asistenční služba

- d) pojistitel nemohl prošetřit škodnou událost z důvodu, že pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nezbavil/a mlčenlivosti vůči pojistiteli nebo asistenční službě ošetřujícího lékaře nebo další instituce, o které pojistitel nebo asistenční služba pojištěného požádá
 - e) pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, znemožnil/a pojistiteli nebo asistenční službě navázat kontakt s ošetřujícími lékaři nebo další institucí, o který pojistitel nebo asistenční služba požádá
 - f) pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, vědomě nepravdivě nebo neúplně informoval/a pojistitele nebo asistenční službu o škodné události
 - g) škodná událost nastala v souvislosti s výtržností, kterou vyvolal pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nebo pokusu o ně; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu
 - h) škodná událost nastala v souvislosti s aktivní nebo pasivní účastí pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, ve válečném konfliktu, v mírových misích, v bojových nebo válečných akcích, účastí pojištěného na vzpouře, demonstraci, povstáních nebo nepokojích, veřejných násilnostech, stávkách nebo zásahem nebo rozhodnutím orgánů veřejné správy
 - i) škodná událost byla způsobena oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby
 - j) škodná událost nastala v souvislosti s aktivní účastí pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na teroristickém aktu nebo s přípravou na něj
 - k) škodná událost nastala mimo území ČR
 - l) škodná událost nastala v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných omamných, toxických či psychotropních látek; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu
 - m) škodná událost nastala v souvislosti s provozováním nebezpečného nebo rizikového druhu sportu nebo aktivity, nebo v souvislosti s provozováním profesionálního sportu, nebo po dobu účasti na soutěžích a přípravy na ně
 - n) škodná událost byla způsobena jadernou energií nebo jadernými riziky nebo chemickou nebo biologickou kontaminací
 - o) škodná událost nastala v důsledku úmyslného jednání, zavinění či spoluzavinění pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu.
2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
3. Pojistitel dále není povinen poskytnout pojistné plnění v případech:
- a) kdy léčebná péče souvisí s ošetřením onemocnění či úrazu, která existovaly nebo jejichž příčina či příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy, a to včetně podávání léků
 - b) kdy léčebná péče souvisí s ošetřením onemocnění či úrazů, jejichž příčina nebo příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy nebo během čekací doby
 - c) komplikací, které se vyskytnou při léčbě onemocnění nebo úrazů, na které se toto pojištění nevztahuje
 - d) kdy je účelem pobytu léčení nebo pokračování léčení započatého mimo území České republiky
 - e) vyšetření, prohlídek a jiných zdravotních výkonů v osobním zájmu pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, které nesledují léčebný účel (např. interrupce, vyšetření a léčby neplodnosti a umělého oplodnění a nákladů spojených s antikoncepcí a hormonální léčbou, vypracování lékařského potvrzení na vlastní žádost)
 - f) neakutního ošetření zubů a služeb s tím spojených, nákladů na zubní náhrady, korunky nebo úpravy čelistí, zubní rovnátka, můstky, odstranění zubního kamene nebo povlaku
 - g) léčení osobou blízkou nebo osobou bez odpovídající kvalifikace, léčebných úkonů mimo zdravotnické zařízení registrovaného na území České republiky, léčení metodami vědecky neuznávanými na území České republiky
 - h) zakoupení léků a zdravotnických pomůcek bez lékařského předpisu, náhrad za podpůrné léky, vitamínové preparáty a doplňkovou stravu
 - i) očkování s výjimkou povinného očkování v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, a dále očkování proti tetanu a vzteklině v souvislosti s úrazem
 - j) lázeňské péče nebo léčení, fyzikální a koupelové léčby
 - k) akupunktury a homeopatie
 - l) kdy lékařská péče je poskytnuta v nesmluvním zdravotnickém zařízení
 - m) poporodní péče o novorozence pojištěné matky, nebyl-li v době vzniku škodné události účinný pojistný program Matka
 - n) vyšetření a léčení vrozených vývojových vad od stanovení diagnózy, nebyl-li v době vzniku škodné události účinný pojistný program Matka
 - o) léčení závislostí, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz
 - p) zhotovení a opravy protéz (ortopedických, zubních), brýlí, kontaktních čoček nebo naslouchacích přístrojů a nákupu ortéz v jiném než základním provedení
 - q) nákladů na poskytnutí lékařské péče, která by nebyla hrazena z veřejného zdravotního pojištění, pokud by pojištěný byl jeho účastníkem
 - r) náhrad za kosmetické a estetické zákroky
 - s) náhrad nákladů na regulační poplatky a doplatky
 - t) komplikací způsobených porušením léčebného režimu stanoveného ošetřujícím lékařem.

Článek 9. Přejedání práva pojištěného na pojistitele

1. Vzniklo-li v souvislosti s hrozící nebo nastalou pojistnou událostí osobě, která má právo na pojistné plnění, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází tato pohledávka včetně příslušenství, zajištění a dalších práv s ní spojených okamžikem výplaty plnění z pojištění na pojistitele, a to až do výše plnění,

kteře pojistitel oprávněné osobě vyplatil. To neplatí, vzniklo-li této osobě takové právo vůči tomu, kdo s ní žije ve společné domácnosti anebo je na ni odkázán výživou, ledaže způsobil pojistnou událost úmyslně.

2. Osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, vydá pojistiteli potřebné doklady a sdělí mu vše, co je k uplatnění pohledávky zapotřebí, zejména sdělí pojistiteli pravdivé a úplné informace o pojistné události, o třetí osobě, vůči které má právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, o jejím pojistiteli, případně právním zástupci, případně o dalších osobách jednajících jménem třetí osoby a dále případně o náhradě škody přijaté od třetí osoby nebo jiného pojistitele.
3. Pokud osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, uplatňuje nárok na náhradu škody vůči třetí osobě odpovědné za vznik pojistné události nebo vůči pojistiteli třetí osoby, je tato osoba povinná informovat třetí osobu nebo pojistitele třetí osoby o existenci práva pojistitele na náhradu škody podle tohoto článku. Osoba, jejíž právo přešlo na pojistitele, je dále povinná vyvinout potřebnou součinnost, aby právo pojistitele vůči třetí osobě nebo vůči pojistiteli třetí osoby mohlo být uplatněno. Osoba, jejíž právo přešlo na pojistitele, je dále povinná vykonat všechna opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva pojistitele na náhradu škody podle tohoto článku.
4. Zmaří-li osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, přechod práva na pojistitele, má pojistitel právo snížit plnění z pojištění o částku, kterou by jinak mohl získat. Poskytl-li již pojistitel plnění, má právo na náhradu až do výše této částky.

Článek 10. Zpracování osobních údajů

1. Pojistitel, jakožto správce, je oprávněn zpracovávat osobní údaje pojistníka a pojištěných (dále společně také jen „subjekt údajů“) v rozsahu nezbytném k řádnému plnění povinností pojistitele stanovených v pojistné smlouvě a obecně závazných právních předpisech. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje subjektu údajů po dobu nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů (např. zákona o archivnictví, zákona proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, účetních či daňových předpisů apod.).
2. Správce je povinen:
 - přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití s tím, že tato povinnost platí i po skončení zpracování osobních údajů;
 - zpracovávat pouze pravdivé a přesné osobní údaje;
 - shromažďovat osobní údaje pouze v nezbytném rozsahu ke stanovenému účelu;
 - nesdružovat osobní údaje, které byly získány k rozdílným účelům;
 - při zpracování osobních údajů dbát na ochranu soukromého života subjektu údajů;
 - poskytnout na žádost subjektu údajů informace o zpracování jeho osobních údajů.
3. Správce je oprávněn předávat osobní údaje pro účely a po dobu stanovenou v ustanovení odstavce 1 tohoto článku i dalším subjektům (dále také jen „zpracovatel“).
4. Správce se zavazuje zajistit, aby jakékoli osoby, které přijdou do styku s osobními údaji (zejména zaměstnanci správce, zpracovatelé, zaměstnanci zpracovatele) dodržovaly povinnosti stanovené zákonem, pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami, a to i po skončení trvání smluvního nebo pracovněprávního vztahu.

Článek 11. Forma právního jednání, doručování písemností

1. Právní jednání směřující ke změně nebo zániku pojistné smlouvy musí být učiněna v písemné formě.
2. Oznámení pojistné události může být učiněno i telefonicky či prostřednictvím emailu; požádá-li však o to pojistitel osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění, musí být oznámení pojistné události učiněno písemně na příslušném formuláři pojistitele.
3. Korespondence při šetření pojistné události může být doručována i prostřednictvím emailu na emailovou adresu pojistitele a/nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, případně faxem na faxové číslo pojistitele a/nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění.
4. Požádá-li o to písemně osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, sdělí pojistitel této osobě výsledek šetření pojistné události v písemné formě, případně této osobě v písemné formě sdělí, proč nelze šetření ukončit ve stanovené lhůtě.
5. Právní jednání, které musí být učiněno v písemné formě, musí být druhému účastníku doručeno v souladu s ustanovením tohoto článku.
6. Právní jednání v písemné formě (dále také jen „písemnost“) je adresátovi doručováno:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního právního předpisu, a to na poslední známou adresu adresáta, jemuž je písemnost určena, nebo
 - b) elektronicky podepsané podle zvláštních právních předpisů, nebo
 - c) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele.
7. Je-li písemnost určena pojistiteli, adresa pro doručování je adresa asistenční služby pojistitele, společnosti AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4, Česká republika. Doručení asistenční službě pojistitele se považuje za doručení pojistiteli.
8. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba má možnost se v rámci mimosoudního řešení spotřebitelských sporů v rámci pojištění obrátit na Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven z.ú. (www.ombudsmancap.cz) nebo Českou obchodní inspekci (www.coi.cz).
9. Doručování se řídí ustanovením § 573 občanského zákoníku.
10. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenou dnem odmítnutí přijetí.
11. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenou dnem, kdy byla zásilka vrácena jako nedoručená.
12. Veškeré právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

Článek 12. Práva a povinnosti

I. Povinnosti pojistníka

1. Sjedná-li pojistník pojištění ve prospěch pojištěného, má se za to, že pojistník má pojistný zájem na životě a zdraví pojištěného. Pojistník je povinen předat pojištěnému pojistné podmínky a seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a obsahem pojistných podmínek.
2. V případě předčasného zániku pojistné smlouvy před původně sjednaným koncem jejího zániku je pojistník povinen vrátit pojistiteli průkaz pojištěného a pojistnou smlouvu do 5 pracovních dnů ode dne zániku pojistné smlouvy.
3. V případě, že pojistník povinnosti uvedené v předchozím odstavci nesplní, je pojistitel oprávněn po pojistníkovi požadovat smluvní pokutu ve výši pojistného stanoveného na základě pojistné smlouvy, jež zanikla.
4. Je-li pojistník zároveň pojištěným, vztahují se na něj i všechny povinnosti pojištěného.

II. Povinnosti pojištěného

1. Kromě povinností stanovených občanským zákoníkem a pojistnou smlouvu je pojištěný dále povinen dbát, aby pojistná událost nenastala, zejména nesmí porušovat povinnosti směřující k odvrácení nebo snížení nebezpečí, které jsou mu právními předpisy uloženy. Povinnosti stanovené pojištěnému v ustanovení tohoto článku se vztahují i na osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.
2. Pojištěný je povinen v případě vzniku škodné události v první řadě kontaktovat asistenční službu nebo pojistitele se žádostí o zabezpečení služeb, které jsou součástí pojištění, informovat asistenční službu nebo pojistitele pravdivě a úplně o vzniklé škodné události, zejména o datu a místě škodné události, o adrese pojištěného, vyžádat si k tomu pokyny asistenční služby pojistitele a postupovat v souladu s nimi. Pokud objektivní podmínky vzniku škodné události nedovolí pojištěnému obrátit se na asistenční službu se žádostí o asistenci ještě před poskytnutím služeb, je povinen tak učinit ihned potom, co to podmínky vývoje škodné události dovolí.
3. V případě nemoci či úrazu je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření, prokázat se průkazem totožnosti a průkazem pojištěného, dbát pokynů lékaře, a pokud to následně pojistitel vyžaduje, podrobit se na náklady pojistitele vyšetření lékařem, kterého mu pojistitel určí.
4. Pojištěný je na návrh pojistitele nebo asistenční služby pojistitele povinen, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, podrobit se repatriaci. Pokud pojištěný tuto povinnost nesplní, je pojistitel oprávněn ukončit poskytování pojistného plnění.
5. Pojištěný je dále povinen přepravu uvedenou v ustanovení článku 6 odst. 5, písmene f), g), h) předem nechat odsouhlasit asistenční službou pojistitele a postupovat podle jejích pokynů.
6. V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen:
 - a) učinit vše ke snížení rozsahu škod a jejich následků
 - b) pokud nárokuje plnění za jím vynaložené náklady v souvislosti se škodnou událostí, bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli na příslušném formuláři „Oznámení škodné události“ vznik škodné události a uvést pravdivé vysvětlení; v případě, že se v důsledku porušení povinnosti stanovené v bodu II odst. 5 tohoto článku zvýší náklady pojistitele spojené s pojistnou událostí, má pojistitel právo požadovat po tom, kdo povinnost porušil, náhradu těchto nákladů
 - c) řídit se pokyny pojistitele a/nebo asistenční služby a účinně s nimi spolupracovat, plnit další povinnosti uložené pojistitelem a/nebo asistenční službou, těmito PP ZPCK nebo zákonem
 - d) škodnou událost neodkladně oznámit policii v místě vzniku události, pokud událost nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku, a předložit pojistiteli policejní protokol
 - e) po vzniku škodné události zabezpečit dostatečné důkazy o rozsahu škodné události šetřením vykonaným policií nebo jinými vyšetřovacími orgány
 - f) odpovědět pravdivě a úplně na všechny otázky pojistitele nebo asistenční služby týkající se pojištění a škodné události a rozsahu následků škodné/ pojistné události
 - g) umožnit pojistiteli a/nebo asistenční službě realizovat všechna potřebná šetření škodné události rozhodující pro posouzení nároku na pojistné plnění, jeho výši a poskytnout při tom potřebnou součinnost
 - h) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli, že v souvislosti se škodnou událostí bylo započato trestní řízení proti pojištěnému, a pojistitele pravdivě informovat o průběhu a výsledcích tohoto řízení
 - i) za účelem zjištění údajů o zdravotním stavu pojištěného nebo příčiny smrti pojištěného zbavit ošetřujícího lékaře nebo další instituce, o které pojistitel nebo asistenční služba pojištěného požádá, mlčenlivosti vůči pojistiteli nebo asistenční službě
 - j) poskytnout v případě realizace repatriace součinnost pro zajištění následné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě v jiném státě, ve kterém má pojištěný povolen pobyt
 - k) v případech, kdy je zdravotnickým zařízením požadována přímá úhrada nákladů souvisejících se škodnou událostí, převzít originály všech dokladů
 - l) předložit pojistiteli následující doklady: kompletní lékařskou dokumentaci, originály účtů a dokladů o zaplacení lékařského ošetření, léků předepsaných lékařem (včetně kopie lékařského receptu vystaveného na jméno pojištěného) a transportů, policejní zprávu (v případě, že událost byla šetřena policií) včetně dalších podkladů, které si pojistitel a/nebo asistenční služba pojistitele vyžádá.
7. Pokud o to pojistitel nebo asistenční služba požádá, je pojištěný povinen zabezpečit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nutných k šetření škodné události do českého jazyka.
8. Pokud má pojištěný uzavřeno pojištění stejného nebo podobného charakteru i u jiné pojišťovny, je povinen s touto skutečností pojistitele obeznámit.
9. Kdokoli, kdo žádá o plnění z pojištění, je povinen předložit pojistitelem nebo asistenční službou pojistitele požadované doklady, pokud mají vliv na určení povinnosti pojistitele plnit a na výši pojistného plnění.
10. V případě porušení povinností v tomto článku je pojistitel oprávněn pojistné plnění úměrně tomu snížit nebo zamítnout.

III. Práva a povinnosti pojistitele

1. Kromě povinností stanovených občanským zákoníkem a pojistnou smlouvou má pojistitel dále tyto povinnosti:
 - a) projednávat s pojištěným nebo osobou, která uplatňuje právo na pojistné plnění, výsledky šetření nutného ke zjištění rozsahu a výše pojistného plnění nebo mu je bez zbytečného odkladu oznámit
 - b) vrátit pojištěnému nebo osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, doklady, které si vyžádá, s výjimkou originálních dokladů o zaplacení, na základě kterých bylo poskytnuto pojistné plnění.
2. Pojistitel není povinen zkoumat případnou nadbytečnost pojištění, zejména je-li úhrada nákladů zdravotní péče o pojištěného zajištěna i jiným způsobem.
3. Pojistitel je oprávněn zejména:
 - a) prověřit vznik, průběh a rozsah škodné události (včetně vyžádání svědeckých výpovědí zúčastněných osob, znaleckých posudků, případně dalších dokladů)
 - b) požadovat a prověřit lékařské zprávy
 - c) pojistné plnění snížit nebo zamítnout v případech uvedených v občanském zákoníku
 - d) pojistné plnění snížit, pokud vyplatil pojistné plnění v nesnížené výši a dodatečně vznikne nárok na snížení pojistného plnění. Pojistitel má právo uplatnit rozdíl mezi vyplaceným a sníženým pojistným plněním po tom, v jehož prospěch bylo plněno.
4. Pokud pojištěný porušil zákonem stanovené povinnosti a povinnosti stanovené v těchto PP ZPCK, je pojistitel oprávněn pojistné plnění úměrně tomu snížit nebo zamítnout.
5. Pokud pojištěný porušil povinnosti uvedené v těchto PP ZPCK a v důsledku tohoto porušení byly vyvolány nebo zvýšeny náklady šetření škodné události vynaložené pojistitelem, je pojistitel oprávněn požadovat po pojištěném náhradu těchto nákladů.

Článek 13. Závěrečná ustanovení

1. Tyto PP ZPCK jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Tyto PP ZPCK jsou vyhotoveny v české a anglické verzi. V případě rozporu je rozhodující verze v českém jazyce.
3. Komunikačním jazykem je čeština a angličtina.
4. Pokud se tyto PP ZPCK pojistitele odvolávají na všeobecně závazné právní předpisy, rozumí se jimi právní předpisy platné a účinné v České republice.
5. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo vzniklé v souvislosti s ním řeší, pokud nedojde k dohodě účastníků pojištění, příslušný soud v České republice podle všeobecně závazných právních předpisů.
6. Pokud se některá ustanovení těchto PP ZPCK stanou neplatnými nebo spornými v důsledku změny všeobecně závazných právních předpisů, použije se takový všeobecně závazný právní předpis, který je jim svojí povahou a účelem nejbližší.
7. Pokud pojištěný kdykoliv v průběhu pojištění odvolá svůj souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu a pokud má tato skutečnost vliv na zkoumání potřebné ke zjištění rozsahu pojištění, pojistitel si vyhrazuje právo snížit, případně neposkytnout pojistné plnění.
8. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění v místě pojištění je legální pobyt pojištěného na území ČR při splnění podmínek stanovených příslušnými právními předpisy.
9. Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. září 2023.



Doplňkové pojistné podmínky zdravotního pojištění cizinců pro Schengenský prostor a tranzitní země

DPP ZPCK ze dne 1. září 2023

Článek 1. Úvodní ustanovení

- Pro komplexní zdravotní pojištění cizinců, které sjednává pojistitel INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, se sídlem Boulevard du Régent 7, 1000, Brusel, Belgie, zapsané v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 0415591055, jednající prostřednictvím INTER PARTNER AS-SISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4 – Pankrác, Česká republika, IČO: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A 59647, nad jejíž činností vykonává dohled Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1 (dále jen „pojistitel“) platí zejména zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění (dále jen „občanský zákoník“), pojistná smlouva, pojistné podmínky komplexního zdravotního pojištění cizinců PP ZPCK ze dne 1. září 2023 (dále jen „PP ZPCK“) a tyto doplňkové pojistné podmínky komplexního zdravotního pojištění cizinců DPP ZPCK ze dne 1. září 2023 (dále jen „DPP ZPCK“), které doplňují ustanovení PP ZPCK, a ustanovení pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto DPP ZPCK. V případě rozporu mezi ustanoveními pojistné smlouvy a ustanoveními pojistných podmínek, má přednost smlouva. V případě rozporu PP ZPCK a ustanoveními těchto DPP ZPCK mají přednost ustanovení těchto DPP ZPCK; za rozpor se nepovažuje, pokud ustanovení těchto DPP ZPCK obsahují podrobnější úpravu práv a povinností smluvních stran, na kterou tyto PP ZPCK odkazují.
- Tyto DPP ZPCK upravují podmínky zdravotního pojištění cizinců na území Schengenského prostoru mimo ČR a tranzitních zemí, které je poskytováno pouze v rozsahu nutné a neodkladné péče.

Článek 2. Výklad pojmů

V návaznosti na ustanovení PP ZPCK jsou zde specifikovány další pojmy:

Akutní onemocnění je náhlá porucha zdraví pojištěného, která vznikla v průběhu trvání pojištění a která svým charakterem přímo ohrožuje život nebo zdraví pojištěného nezávisle na jeho vůli a vyžaduje nutné a neodkladné léčení. Akutním onemocněním není taková porucha zdraví, kdy léčení začalo již před počátkem pojištění nebo kdy se porucha zdraví projevila již před počátkem pojištění, i když nebyla lékařsky vyšetřena nebo léčena. Akutním onemocněním dále není taková porucha zdraví pojištěného, kdy je lékařská péče vhodná a účelná, avšak odkladná a lze ji poskytnout až po návratu na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolený pobyt.

Nutná a neodkladná zdravotní péče je zdravotní péče poskytnutá pojištěnému v případě úrazu nebo akutního onemocnění, kdy by prodlením mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života. Její rozsah je dále vymezen výlukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění uvedenými v těchto DPP ZPCK. Nutná a neodkladná péče je poskytována na území Schengenského prostoru mimo území ČR a na území tranzitní země.

Schengenský prostor je území většiny evropských států, na kterém mohou osoby překračovat hranice smluvních států na kterémkoliv místě, aniž by musely projít hraniční kontrolou.

Tranzitní země se rozumí pouze ta země, která je nezbytná k nejrychlejší a nejkratší přepravě pojištěného z mateřské země do místa pojištění a zpět.

Článek 3. Územní rozsah, účel pobytu

- Územní rozsah pojištění se těmito DPP ZPCK rozšiřuje na pojistné události, které vznikly na území Schengenského prostoru mimo území České republiky a na území tranzitní země.
- Pro území Schengenského prostoru mimo území České republiky a území tranzitní země je pojištění platné v rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče
- Na území Schengenského prostoru mimo území České republiky a na území tranzitní země se pojištění vztahuje pouze na turistický pobyt.
- Délka jednotlivého pobytu na území Schengenského prostoru mimo území ČR nesmí přesáhnout 30 dní.

Článek 4. Pojistné plnění

Zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné péče	Limit pojistného plnění
Celkový limit	1 600 000 Kč (nejméně však 60 000 EUR)
• repatriace a transporty	skutečné náklady do celkového limitu
• stomatologické ošetření	5 000 Kč

- Horní hranice pojistného plnění za škody vzniklé na území Schengenského prostoru mimo území ČR je určena limitem pojistného plnění, jehož výše je uvedena v pojistné smlouvě a v tomto článku těchto DPP ZPCK. Uvedené limity pojistného plnění se vztahují na jednu pojistnou událost. Bez ohledu na změnu kurzu EUR vůči CZK garantuje pojistitel limit pojistného plnění ve výši 60 000 EUR přepočtený podle kurzu České národní banky platného v den vzniku pojistné události.

2. O pojistném plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s PP ZPCK, těmito DPP ZPCK a pojistnou smlouvou na základě předložených dokladů.

Článek 5. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je náhlé akutní onemocnění nebo úraz pojištěného, ke kterému došlo v době účinnosti pojištění a které vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné péče, případně asistenční služby v souladu s podmínkami a sjednaným rozsahem pojištění. Povinnost plnit je omezena výlukami a limity pojistného plnění.
2. 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.
3. Pojistným nebezpečím je změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku náhlého akutního onemocnění nebo úrazu.
4. Pojistitel hradí v souvislosti s pojistnou událostí přiměřené a účelně vynaložené náklady na:
 - a) nutnou a neodkladnou zdravotní péči, ve které je zahrnuto:
 - i. nutné a neodkladné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu
 - ii. nutné a neodkladné ambulantní lékařské ošetření
 - iii. nutný a neodkladný pobyt ve zdravotnickém zařízení (hospitalizace) ve standardním pokoji se standardním vybavením a standardní lékařskou péčí na dobu nezbytně nutnou; diagnostická vyšetření, léčení včetně operace, anestézie, léky, zdravotnický materiál a nemocniční stravu
 - iv. léky předepsané lékařem v souvislosti s pojistnou událostí a odpovídající nutné a neodkladné péči
 - v. nutné a neodkladné ošetření zubním lékařem při akutních bolestivých stavech zubů, léčených extrakcí nebo jednoduchou výplní (včetně RTG), a ošetření za účelem bezprostřední úlevy od bolesti vztahující se ke sliznicím dutiny ústní, a to do limitu pojistného plnění uvedeného v PP ZPCK
 - b) přepravu od lékaře do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do jiného specializovaného zdravotnického zařízení, pokud to stav pojištěného dle posouzení asistenční služby nebo pojistitele vyžaduje a ošetřující lékař ji předepíše
 - c) přepravu ze zdravotnického zařízení zpět do místa pobytu na území Schengenského prostoru, pokud není ze zdravotních důvodů možné k přepravě použít veřejný dopravní prostředek
 - d) repatriaci nemocného pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná a možná; repatriace je posuzována, schvalována a organizována asistenční službou nebo pojistitelem, a pojištěný je repatriován na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt
 - e) přepravu tělesných ostatků pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt; přeprava ostatků je provedena specializovanou organizací schválenou asistenční službou nebo pojistitelem.

Článek 6. Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud:
 - a) se pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, neřídí pokyny pojistitele nebo asistenční služby a účinně s nimi nespolupracuje, nebo pokud nepředloží pojistitelem nebo asistenční službou požadované doklady
 - b) pojištěný odmítne podstoupit pojistitelem navrhovanou repatriaci
 - c) pojištěný odmítne ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo asistenční služba
 - d) pojistitel nemohl prošetřit škodnou událost z důvodu, že pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nezbavil mlčenlivosti vůči pojistiteli nebo asistenční službě ošetřujícího lékaře nebo další instituce, o které pojistitel nebo asistenční služba pojištěného požádá
 - e) pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, znemožnil pojistiteli nebo asistenční službě navázat kontakt s ošetřujícími lékaři nebo další institucí, o který pojistitel nebo asistenční služba požádá
 - f) pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, vědomě nepravdivě nebo neúplně informoval/a pojistitele nebo asistenční službu o škodné události
 - g) škodná událost nastala v důsledku porušení právních předpisů na území Schengenského prostoru mimo území ČR pojištěným nebo osobou, která uplatňuje právo na pojistné plnění
 - h) škodná událost nastala v souvislosti s výtržností, kterou vyvolal pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nebo pokusu o ně
 - i) škodná událost nastala v souvislosti s aktivní nebo pasivní účastí pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, ve válečném konfliktu, v mírových misích, v bojových nebo válečných akcích, účastí pojištěného na vzpouře, demonstraci, povstáních nebo nepokojích, veřejných násilnostech, stávkách nebo zásahem nebo rozhodnutím orgánů veřejné správy
 - j) pokud škodná událost byla způsobena oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby;
 - k) škodná událost vznikla při činnosti na místech k tomu neurčených
 - l) škodná událost nastala v souvislosti s aktivní účastí pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na teroristickém aktu nebo s přípravou na něj
 - m) škodná událost nastala na území ČR a/nebo v zemi, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě v zemi, ve které je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění
 - n) škodná událost nastala v důsledku sebevraždy, pokusu o ni nebo v důsledku úmyslného sebepoškození pojištěného
 - o) škodná událost nastala v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných omamných, toxických či psychotropních látek
 - p) škodná událost nastala v souvislosti s provozováním nebezpečného nebo rizikového druhu sportu nebo aktivity nebo v souvislosti s provozováním profesionálního sportu nebo po dobu účasti na soutěžích a přípravě na ně

- q) ke škodné události došlo v souvislosti s výkonem podnikatelské činnosti, výkonu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
 - r) škodná událost byla způsobena jadernou energií nebo jadernými riziky nebo chemickou nebo biologickou kontaminací
 - s) škodná událost nastala v důsledku úmyslného jednání, zavinění či spoluzavinění pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění
 - t) jakékoliv události, které nastaly po uplynutí 30denní lhůty souvislého pobytu v zemi Schengenského prostoru mimo ČR nebo na území tranzitní země.
- 2.** Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
- 3.** Pojistitel dále není povinen poskytnout pojistné plnění v případech:
- a) kdy léčebná péče souvisí s ošetřením onemocnění či úrazu, která existovaly nebo jejichž příčina či příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy, a to včetně podávání léků
 - b) kdy je lékařská péče vhodná a účelná, avšak odkladná a lze ji poskytnout až po návratu na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt
 - c) preventivních prohlídek; kontrolních vyšetření nebo lékařských vyšetření a ošetření nesouvisejících přímo s náhlým onemocněním nebo úrazem; prohlídky, vyšetření a ošetření dle písm. c) tohoto odstavce jsou možná jen po schválení asistenční službou
 - d) komplikací, které se vyskytnou při léčbě onemocnění nebo úrazů, na které se toto pojištění nevztahuje
 - e) kdy je účelem pobytu léčení nebo pokračování již započatého léčení
 - f) vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony v osobním zájmu pojištěného, které nesledují léčebný účel
 - g) vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony týkající se laboratorních vyšetření, (včetně laboratorního a ultrazvukového) ke zjištění těhotenství, interrupce, jakýchkoliv komplikací rizikového těhotenství, jakýchkoliv komplikací po 18. týdnu těhotenství, porodu včetně předčasného a šestinedělí, vyšetření a léčby neplodnosti a umělého oplodnění a nákladů spojených s antikoncepcí a hormonální léčbou; jakýchkoliv komplikací těhotenství, pokud byla pojištěná při sjednání pojištění gravidní
 - h) neakutního ošetření zubů a služeb s tím spojených, nákladů na zubní náhrady, korunky nebo úpravy čelistí, zubní rovnátka, můstky, odstranění zubního kamene nebo povlaku
 - i) léčení osobou blízkou nebo osobou bez odpovídající kvalifikace, léčebných úkonů mimo zdravotnické zařízení registrovaného na území Schengenského prostoru, léčení metodami vědecky neuznávanými na území Schengenského prostoru
 - j) zakoupení léků a zdravotnických pomůcek bez lékařského předpisu
 - k) očkování; s výjimkou očkování proti tetanu a vzteklině v souvislosti s úrazem
 - l) rehabilitace, fyzikální a koupelové léčby, péče v odborných léčebných ústavech, akupunktury a homeopatie, chiropraktických výkonů, výcvikové terapie nebo nácviků soběstačnosti
 - m) kdy lékařská péče je poskytnuta nad rámec rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče
 - n) vyšetření a léčení duševních a psychických chorob a poruch, léčby psychoterapií a psychoanalýzou
 - o) vyšetření a léčení vrozených vývojových vad
 - p) léčení závislostí, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz
 - q) zhotovení a opravy protéz (ortopedických, zubních), brýlí, kontaktních čoček nebo naslouchacích přístrojů a nákupu ortéz v jiném než základním provedení
 - r) náhrad za nadstandardní lékařskou péči a služby
 - s) náhrad za podpůrné léky, vitamínové preparáty a doplňkovou stravu
 - t) náhrad za kosmetické a estetické zákroky
 - u) náhrad nákladů na regulační poplatky a doplatky
 - v) komplikací způsobených porušením léčebného režimu stanoveného ošetřujícím lékařem.
 - w) vyšetření a léčení hepatitid
 - x) orgánové transplantace, léčení hemofilie, inzulinoterapie kromě poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy, peritoneální dialýzy, léčení růstovým hormonem, léčení interferonem a podávání léků, které bylo zahájeno před vznikem pojištění
 - y) vyšetření a léčení nakažlivých pohlavních chorob včetně infekce HIV/AIDS.

Článek 7. Povinnosti pojištěného

Kromě povinností pojištěného uvedených v PP ZPCK v článku 12. Odstavci II, je pojištěný dále povinen v případě škodné události v tranzitní zemi nebo v zemi Schengenského prostoru mimo České republiky, na žádost asistenční služby doložit, že se nenachází mimo ČR déle než 30 dní, tuto povinnost má i osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Článek 8. Závěrečná ustanovení

1. Tyto DPP ZPCK doplňují ujednání PP ZPCK a spolu s PP ZPCK jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Tyto doplňkové pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. září 2023.



Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Comprehensive Health Insurance

ITC FCHI dated 1 September 2023

Article 1. General Provisions

1. Foreigners' Comprehensive Health Insurance shall be governed by Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code (hereinafter referred to as the "Civil Code"), and the provisions of the Insurance Contract, of which these Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Health Insurance of 1 September 2023 (hereinafter "ITC FCHI") are an integral part. Insurance shall be governed by the laws of the Czech Republic.
2. The insurance fulfils the conditions of Act 326/1999 Coll., on the residence of foreign nationals in the Czech Republic.
3. The Insurer means INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., member of AXA Group, with its registered office at Boulevard du Régent 7, 1000, Brussels, Belgium, registered with the Commercial Register administered by Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles under registration number 0415591055, acting through INTER PARTNER ASSISTANCE, branch office, with its registered office at Hvězdova 1689/2a, 140 00 Prague 4, ID number: 28225619, registered with the Commercial Register administered by the Municipal Court in Prague, file number A 59647 (hereinafter the "Insurer").
4. The insurance is hereby designated as non-life damage insurance.

Article 2. Definition of Terms

Assistance Service is a legal entity that in the name and on behalf of the Insurer provides the Insured Party or an Authorized Person with insurance Indemnifications and related assistance services. The Assistance Service represents the Insurer in the application for, investigation, and settlement of Insurance Claims. The Assistance Service or a representative authorized by the Insurer is entitled to act on behalf of the Insurer in connection with all Insurance Claims defined within the present ITC FCHI. Address of Assistance Service: AXA Assistance CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 00, Prague 4 – Pankrác.

Common Sports are the following common leisuretime and recreational sports: aerobics, airsoft, aqua aerobics, archery, badminton, baseball, basketball, beach volleyball, biking, billiards, board games, boccia, boomerang, bowling, bridge, bungee running, bungee trampoline, cards and other board games, cheerleaders, chess, cricket, cross-country skiing along marked trails, curling, cycle ball, cycling, dancing, darts, dragboat – dragon boats, fencing (classic), fitness and bodybuilding, floorball, footbag, football, football tennis, frisbee, goalball, golf, handball, ice-skating, jogging, juggling (diabolo, fireshow, juggling, yoyo), korfbal, low ropes course (up to 1.5 m), marbles, mini trampoline, modern gymnastics, mountain biking (except for downhill biking), mountaineering – climbing along marked trails without the use of climbing aids and Via Ferrata of difficulty level A, orienteering (including radio), paddleboat riding, petanque, rowing, scootering, showdown, skiing on marked trails, skittles, snorkeling, snowboarding on marked trails, softball, spinning, sports fishing, sports model building, sport shooting (shooting at targets with the use of firearms), squash, streetball, swimming, synchronized swimming, table football, table hockey, table tennis, tchoukball, tennis, volleyball, water polo, water skiing, yoga, and other sports of a similar risk level.

Foreign National is a natural person who is not a citizen of the Czech Republic.

Waiting Time is the period during which the Insurer is not obliged to provide insurance Indemnifications for events that would otherwise be deemed Insurance Claims. Waiting Time is counted from the beginning of the insurance term.

Single Premium is the insurance premium stipulated for the entire insurance period. The Insurer shall always be entitled to the full amount of the Single Premium.

Comprehensive Health Care is health care provided by the Insurer to an extent similar to the public insurance in the Czech Republic, subject to the insurance exclusions set out in Article 8 of ITC FCHI and the agreed insurance Indemnifications specified in Article 7 of ITC FCHI.

Home Country is the country of which the Insured Party is a citizen.

Newborn shall for the purpose of this insurance mean a child from birth to the end of three months of age.

Dangerous and High-Risk Sports and Activities are activities, the dangerous nature of which substantially exceeds the standard risk during sports, such as bungee jumping, ski jumping, parachuting, motorpowered and motorfree flying of any kind, alpinism of any kind, water skiing, white water rafting and kayaking of any kind and diving of any kind, ski touring, backcountry skiing and snowboarding and skiing and snowboarding outside of the set operating hours on marked trails, acrobatic skiing, bobsled and skibob riding, snow rafting, motor sports of any kind, motor sports on snow, ice, and water, canyoning and spelunking, stunt performance, martial arts, downhill mountain biking, horse riding, skateboarding, skeleton riding, inline skating and activities aimed at beating sports records and other extreme and adrenaline sports. The hazardousness of sports shall be determined by the Insurer.

Authorized Person is a person eligible to collect insurance Indemnifications as a consequence of an Insurance Claim.

Insured Party's Relative is a person that is in a close personal relationship with the insured party in the meaning of Section 116 defined in Sec. 22 of the Civil Code, i.e. a relative in direct lineage, sibling, spouse, partner pursuant to another act governing registered partnership; other persons in a family or similar relationship refer to persons who are mutually close, so that if one of them suffered harm the other would just feel this to be harm to their own person. Relatives shall be deemed to include in laws and persons who permanently cohabit.

Insurer is a legal entity authorized to perform insurance activities according to Act 277/2009 Coll., on insurance, as amended.

Insurance Term is the period for which the insurance is concluded.

Insurance Claim is an arbitrary event covered by insurance, described in detail in an Insurance Contract or insurance terms and conditions, which occurs during the insurance term and on the basis of which the insurer is obliged to provide performance in line with these insurance terms and conditions to the policyholder or a third person.

Insurance Indemnification is the payment which the Insurer is obliged to provide if an Insurance Claim occurs; the Insurer shall provide the Insurance Indemnification in accordance with the content of the Insurance Terms and Conditions and/or the Insurance Contract.

Policyholder is the person who has entered into the Insurance Contract with the Insurer.

Insurance is a legal relation established by an Insurance Contract whereby the insurer undertakes to the policyholder to provide insurance benefits to the policyholder or a third person in the event of an arbitrary event covered by insurance (insurance claim) and the policyholder undertakes to pay premiums to the insurer.

Insured Party shall mean an individual whose name or other unique identification is provided upon the arrangement of the insurance and to the health of which the insurance applies, or whose rights and justifiable interests form the subject of the insurance.

Postpartum and Newborn Care is the medical care provided to the Newborn of an insured woman for the duration of the insurance, where the health care is directly related to childbirth and is provided until the termination of the continuous hospitalization of the Newborn; the exclusions under Article 8 of ITC FCHI shall apply.

Business Stay is a stay associated with the performance of business, profession, occupation, or other gainful activities. If a Business Stay is agreed on, the insurance will also apply to a tourist or study stay.

Professional Sport is the achievement of sports results for payment or other remuneration.

Study Stay is the period of residence for the purpose of study; the insurance does not apply to events occurring in connection with any activities defined as "Business Stay".

Damage Claim is an event resulting in any damage which may justify the right to claim Insurance Indemnifications.

Terrorist Act is the use of force or violence or the threat of using force or violence by any person or a group of persons, independently or in someone's favour or in cooperation with any organization or government, committed for political, religious, ideological, or ethnic reasons or purpose, causing detriment to human health, material or immaterial assets or infrastructure, including the intention to influence any government or intimidate the population or part thereof.

Tourist Stay is a residential stay and/or a trip which may include Common Sports and activities at the recreational level; the definition of tourist trip does not include a Business Stay or engagement in any Dangerous and High-Risk Sports and Activities. If a Tourist Stay is agreed on, the insurance will also apply to a Study Stay.

Injury is the unexpected and sudden impact of external powers or one's own bodily powers independently of the insured party's will, which occurred during the insurance term and which resulted in the insured party suffering bodily harm to health or death.

Public Sports Competition (or Competition) is a competition organized by any sports or similar organization, sports or other clubs, as well as all preparations for such activities or preorganized tour with the aim of reaching specific sports goals.

Article 3. Establishment, duration and termination of insurance, insurance term, premiums

1. An Insurance Contract, the subject of which is insurance, is concluded with the payment of premiums in the amount set out in the draft Insurance Contract.
2. In order for an Insurance Contract to be concluded, a draft Insurance Contract must be accepted by means of the payment of premiums within 30 days of the applicant receiving the draft Insurance Contract. Should the policyholder fail to pay premiums by the deadline set out in the previous sentence, the draft Insurance Contract shall cease to apply.
3. The insurer shall set the premium in line with the scope of insurance, risk assessment, indemnification limit, and any other facts decisive for its amount. Premiums shall be paid in a lump sum, their amount shall be set out in the Insurance Contract, and they shall be payable in the currency that the policyholder chooses when arranging the Insurance Contract.
4. Payment of premiums shall mean:
 - a) The time premiums were credited to the account of the insurer's payment service provider, if the policyholder pays premiums to the insurer;
 - b) The time premiums were credited to the account of the payment service provider of the insurer's representative, if the policyholder pays premiums to the insurer's representative;
 - c) The provision of cash to the insurer, if the policyholder pays premiums in cash directly to the insurer or an employee authorized by it;
 - d) The provision of cash to the insurer's representative, if the policyholder pays premiums in cash to the insurer's representative.
5. The insurer shall be entitled to premiums for the entire insurance term unless stipulated otherwise in the Insurance Contract or these ITC FHINU.
6. If an Insurance Contract has been entered into in line with paragraphs (1) and (2) of this Article, insurance shall commence (i.e., be effective) at 00:01 hours of the day stated in the Insurance Contract as the insurance start date.
7. Insurance shall be arranged for the insurance term stated in the Insurance Contract and shall terminate at 24:00 hours on the day stated in the Insurance Contract as the insurance end date.
8. Insurance Contract is terminated:
 - a) By the expiration of the insurance term;
 - b) By written agreement of the contractual parties, as of the effective date of the said agreement;
 - c) By termination by the insurer or the policyholder, in accordance with Section 2805 of the Civil Code, on the date of expiry of the notice period;
 - d) By entry of the Insured Party into the public health insurance system after a period of two months after the conclusion of the Insurance Contract, effective upon the date of entry of the Insured Party into the public health insurance system;

- e) By rejection of the visa for a stay on the territory of the Czech Republic, as of the day on which the decision of the public authority on rejection of the said visa for a stay becomes final;
 - f) By termination of the visa for a stay on the territory of the Czech Republic, as of the date of termination of validity of the Insured Party's visa for a stay on the territory of the Czech Republic;
 - g) By termination of the stay of the Insured Party on the territory of the Czech Republic for other important reasons, as of the date of the event decisive for the termination of the stay of the Insured Party on the territory of the Czech Republic;
 - h) In other ways set out in the Civil Code.
9. Should the Insurance Contract terminate due to a reason specified in paragraph 8 letter b), d), e), f) or g) of this Article, the Insurer shall return to the Policyholder the not consumed insurance premiums reduced by costs of the Insurer related to the premature termination of the Insurance Contract, which shall amount to 20 % of the not consumed insurance premiums. For these purposes, the not consumed premium shall be deemed the premium accepted by the Insurer for the period from:
- the date of the premature termination of the Insurance Contract according to paragraph 8 letter b) of this Article or
 - the date when the Insurer becomes aware of the reason for the premature termination of the Insurance Contract according to paragraph 8 letter d), e), f), or g) of this Article;
- until the original end date of the Insurance Term. The Policyholder and the Insured Party shall return back to the Insurer all documents confirming the conclusion of the insurance.
10. The Insured Party is obliged to notify the Insurer and/or the Insurer's Assistance Service of the event referred to in paragraph 8 letter d), e), f), and g) of this Article immediately after the event occurs. The insurer shall be entitled to premiums until the date of said notification.
11. If the insurance contract was concluded through distant selling, the policyholder has a right to withdraw from the insurance contract without providing a reason within 14 days from its conclusion, or from the day they were informed about the insurance terms and conditions if such information was provided after the conclusion of the insurance contract upon the request of the policyholder. Shall the policyholder withdraw from the insurance contract, the Insurer returns to the Policyholder the paid premium without undue delay, however, within 30 days from the effectiveness of the withdrawal the latest. The Insurer has the right to deduct from it what it has already paid out from the insurance. If the insurance benefit was paid out in the amount exceeding the paid premium, the Policyholder, Insured Party, and/or Beneficiary shall return the amount of provided insurance benefit which exceeds the paid premium.
12. Insurance cannot be interrupted during the insurance term.

Article 4. Territorial Scope, Types of Insurance

1. The insurance covers only Insurance Claims that occur within the territory of the Czech Republic.
2. The insurance applies to tourist, study and business stays.

Article 5. Insurance Programme

1. The insurance is agreed for one of the following insurance programmes:
 - a) **STANDARD** – this insurance programme covers the provision of Comprehensive Health Care to the Insured Party in the Czech Republic; this programme is subject to Waiting Times according to Article 6 of ITC FCHI.
 - b) **MOTHER** – this insurance programme covers the provision of Comprehensive Health Care to the Insured Party mother, in connection with her pregnancy and childbirth, without any Waiting Times. Beyond the scope of the STANDARD insurance programme, the cover also includes postnatal care for the Insured Party's Newborns, born during the existence of the Insured Party's insurance.
2. The agreed insurance programme is indicated in the Insurance Contract.

Article 6. Subject of Insurance and Insurance Claim

1. The subject of the insurance is the Insured Party's health, provisions of Comprehensive Health Care, provided by the Insurer to an extent similar to public insurance, including preventive dispensary and pregnancy care, subject to the insurance exclusions set out in Article 8 of ITC FCHI and the agreed Insurance Indemnifications specified in Article 7 of ITC FCHI.
2. The Insurance Claims include illnesses, injuries or other changes to the Insured Party's health status which occurred during the period of the insurance, following the expiry of the Waiting Time and within the territory of the Czech Republic. The Waiting Time period applies to the following cases of payments for health care:
 - In pregnancy, during the threemonth period following the commencement of the Insurance Term;
 - In childbirth, during the eightmonth period following the commencement of the Insurance Term.No Waiting Time is applied if the Mother insurance programme is taken out.
3. Comprehensive Health Care is provided in the Insurer's contractual health care centres in the Czech Republic. In the event of a sudden deterioration of the Insured Party's health and if there is a serious risk of damage to the Insured Party's health or life due to default, the Insurer shall also cover the cost of the health care provided in a health care centre in the Czech Republic that has not signed an agreement with the Insurer for such type of insurance. The necessary and reasonable costs demonstrably incurred for the health care will be covered, until it is possible to arrange for the provision of health care in a contractual health care centre, and up to the amount paid by the Insurer to the contractual health care centre.
4. Events that arise from one cause and include all the circumstances and their effects, where there is a causal, time, or other direct connection among such events, shall be considered one Insurance Claim.
5. In connection with the Insurance Claim, the Insurer shall cover the reasonably and purposefully expended costs for:
 - a) Comprehensive Health Care provided in a contractual health care centre;
 - b) Medicines prescribed by the physician for outpatient care in connection with the Insurance Claim, up to the Insurance Indemnification limit set out in Article 7. Insurance Indemnification under the present ITC FCHI;

- c) Urgent and emergency treatment by a dentist in case of acute tooth pain, i.e., extraction or simple fillings (including X rays), and the treatment for the purpose of immediate pain relief related to the oral mucous membrane, up to the Insurance Indemnification limit set out in Article 7. Insurance Indemnification under the present ITC FCHI;
- d) Pregnancy care and childbirth; if the Mother insurance programme is not taken out, Waiting Time according to Article 6 (2) of ITC FCHI shall apply, while no Waiting Times shall apply if the Mother insurance programme is taken out;
- e) Postnatal health care of the Newborn, if the Mother insurance programme is taken out under the Insurance Contract; the postnatal health care of the Newborn is covered by this insurance up to the Insurance Indemnification limit specified in Article 7 Insurance Indemnification under the present ITC FCHI;
- f) Transportation from a doctor's office to a health care centre or from a health care centre to another specialised health care centre, if the Insured Party's current condition requires this, according to the assessment of the Assistance Service or the Insurer, and if such transportation is prescribed by the attending physician;
- g) Repatriation of the Insured Party - patient, if it is necessary and possible from the medical perspective; repatriation is assessed, approved, and organized by the Assistance Service or the Insurer, and the Insured Party is repatriated to the territory of the country whose passport the Insured Party holds, or to another country in which the Insured Party has a residency permit;
- h) Transportation of the Insured Party's bodily remains back to the territory of the country whose passport the Insured Party holds, or to a different country where the Insured Party had a residency permit; the transportation of the remains must be performed by a specialized organization approved by the Assistance Service or the Insurer;

Article 7. Insurance Indemnification

Insurance Coverage	Limit of Insurance Benefit	
	STANDARD	MOTHER
Total Limit	10 000 000 CZK (at least 400 000 EUR)	10 000 000 CZK (at least 400 000 EUR)
repatriation and transport	real costs up to total limit	real costs up to total limit
dental treatment	5 000 CZK	5 000 CZK
medicaments prescribed within outpatient care	5 000 CZK	5 000 CZK
postnatal care		300 000 CZK

1. The upper limit of the Insurance Indemnification for damage incurred in the Czech Republic corresponds to the Insurance Indemnification limit specified in the Insurance Contract and this Article of ITC FCHI. The said Insurance Indemnification limits apply to one Insurance Claim only. Regardless of changes in the EUR/CZK exchange rates, the Insurer guarantees the Insurance Claim limit of EUR 400 000 converted according to the exchange rate of the Czech National Bank applicable as of the date of the occurrence of the Insurance Claim.
2. The Insurance Indemnification and its amount shall be determined by the Insurer in accordance with ITC FCHI and the Insurance Contract, on the basis of the presented documents.
3. **Insurance claim investigation**
 - 3.1 Should an event occur which the person who considers himself the authorized person connects to a claim to indemnification, he shall inform the insurer thereof without undue delay, give it a true explanation of the occurrence and the scope of the consequences of the events, thirdparty rights, and any multiple insurance; at the same time, he shall present to the insurer the necessary documents and proceed in the manner stated in the Insurance Contract and insurance terms and conditions. If the person who considers himself an authorized person is also the policyholder or insurer, then the policyholder and the insured party shall also have the obligations stated in this paragraph.
 - 3.2 Without undue delay of the notice pursuant to paragraph 3.1 of this Article, the insurer shall launch an investigation required for ascertaining the existence and scope of its obligation to perform. The investigation shall be completed with the communication of its results to the person who claimed a right to insurance indemnification; at the request of that person, the insurer shall inform that person in writing about the scope of indemnification or the reasons of its denial.
 - 3.3 If the notice referred to in previous paragraphs knowingly contains untrue or grossly misrepresented material information concerning the scope of the event reported, or if any information pertaining to the event is knowingly withheld, the insurer shall be entitled to compensation for any costs purposefully expended on the investigation of the facts with respect to which that information was communicated to it or withheld. Should a policyholder or another person claiming a right to indemnification cause investigative costs to be incurred or increased by a breach of an obligation, the insurer shall be entitled to reasonable compensation from that person.
 - 3.4 If warranted by reasons related to the investigation of an insurance claim, the insurer may request information about the state of health and an establishment of the state of health or the cause of death of the insured party, provided that the insured party or, in the event of the insured party's death, an authorized person, has given its consent. Should the insured party or the authorized person fail to grant their consent to the insurer or recall their consent during the investigation of an insurance claim, and should this fact have a material impact on the detection or determination of the amount of insurance benefits, the insurer may reduce insurance benefits in proportion to the impact of the fact on the scope of the insurer's obligation to perform.
 - 3.5 The verification based on the previous paragraph shall be carried out on the basis of an examination by a physician appointed by the insurer. In that case, the insurer shall pay:
 - The costs related to the medical examination or check-up;
 - The travel costs amounting to the price of public second-class bus or rail passenger carriage;
 - The costs of the issuance of a medical report, if requested.
 - 3.6 Should the insurer not request a medical examination, check-up, or a medical report, it shall not pay the costs related thereto.

4. Insurance benefits shall be payable within 15 days of the end of the investigation pursuant to the previous paragraphs. If the investigation required for verifying an insurance claim, the scope of indemnification, or the person authorized to receive benefits, cannot be completed within 3 months of the event being reported, the insurer shall inform the person who made the report, as to why the investigation cannot be completed; should the person who made the report so request, the insurer shall inform him of the reasons in writing. The insurer shall provide a reasonable advance payment on indemnification to the person who is claiming indemnification, should the person so request; this shall not apply if there is a good reason to refuse the granting of an advance.
5. Insurance indemnification shall always be payable in the country in which the insurance claim occurred, unless otherwise agreed.
6. If the breach of an obligation by the policyholder, insured, or another person who is entitled to indemnification, has had a material impact on the occurrence of an insurance claim, its course, an increase in the scope of the consequences of the event, or on the establishment or determination of the amount of indemnification, the insurer may reduce insurance indemnification in proportion to the impact of that breach on the scope of the insurer's obligation to perform.
7. If the insurance claim was willfully caused either by the person who is claiming a right to indemnification or a third person at that person's instigation, no person shall be entitled to indemnification under this insurance.
8. The obligation of the insurer to provide benefits shall be restricted by exceptions and indemnification limits.

Article 8. Exclusions

1. The Insurer is not obliged to provide Insurance Indemnifications, with the exception of preventive and dispensary care related to the pregnancy of an insured mother and the delivery of her child, in the event that:
 - a) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification does not respect the instructions of the Insurer or the Assistance Service and does not effectively cooperate with them, or does not submit the documents required by the Insurer or the Assistance Service;
 - b) The Insured Party refuses to undergo repatriation suggested by the Insurer;
 - c) The Insured Party refuses treatment or the necessary medical examinations by a physician or health care centre designated by the Insurer or the Assistance Service;
 - d) The Insurer has been unable to investigate the Damage Claim because the Insured Party or the person claiming insurance indemnification did not relieve the attending physician or other institutions from their non-disclosure obligation vis-à-vis the Insurer or the Assistance Service, as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - e) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification prevented the Insurer or the Assistance Service from contacting the attending physician or other institutions as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - f) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification have knowingly provided the Insurer or the Assistance Service with false or incomplete information regarding the Damage Claim;
 - g) The Damage Claim occurred in connection with any disturbances provoked by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification or in connection with a crime committed or attempted by them; such an exclusion does not apply in the event of an injury;
 - h) The Damage Claim occurred in connection with the Insured Party's or the person's claiming insurance indemnification active or passive engagement in warfare, peace missions, combat or military events, participation of the Insured Party in an uprising, demonstration, riot or unrests, public violence, strikes or by the intervention or decision of public administration authorities;
 - i) The Damage Claim was caused by the Authorized Person or another person based on the initiative of the Insured Party or Authorized Person;
 - j) The Damage Claim occurred in relation to the Insured Party's or the person's claiming insurance indemnification active participation in a Terrorist Act or in preparation for it;
 - k) The Damage Claim occurred outside the Czech Republic;
 - l) The Damage Claim occurred in connection with the consumption of alcohol or other narcotic, toxic, or psychotropic substances; this exclusion is not applied in the case of an injury;
 - m) The Damage Claim occurred in connection with Dangerous and High-Risk Sports and Activities or in connection with Professional Sport, or during participation in Competitions or preparations for such Competitions;
 - n) The Damage Claim was caused by nuclear energy or nuclear risks, or chemical or biological contamination;
 - o) The Damage Claim occurred as a consequence of the deliberate conduct, fault, or contributory fault of the Insured Party or the person claiming insurance indemnification; this exclusion does not apply in the event of injury.
2. The Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification for events that occurred prior to the premium payment.
3. Furthermore, the Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification under the following circumstances:
 - a) the medical care is related to the treatment of illnesses or injuries which existed prior to the signing of the Insurance Contract, including medication;
 - b) the medical care is related to the treatment of illnesses or injuries, the cause or symptoms of which existed prior to the signing of the Insurance Contract or during the Waiting Time;
 - c) there are complications which occurred during the treatment of the illnesses or injuries to which this insurance does not apply;
 - d) the purpose of the stay is treatment or continued treatment which began outside of the Czech Republic;
 - e) examinations, check-ups, or other medical procedures are in the personal interest of the Insured Party and do not serve any medical purpose (e.g., abortion, examination and treatment of infertility and artificial insemination and the costs associated with contraceptives and hormone therapy, issue of a medical certificate upon the patient's own request);
 - f) non-acute dental treatment and related services, cost of dentures, dental crowns, bridges, removal of plaque or tartar;
 - g) treatment by the Insured Party's Relative or a person without the corresponding qualifications, medical acts outside of a health care centre registered in the Czech Republic, treatment using methods which are not scientifically recognized in the Czech Republic;

- h) purchase of medicines and medical aids without a prescription, supplementary medicines, vitamin products, and food supplements;
- i) vaccination with the exception of compulsory vaccination in accordance with the No 258/2000, on protection of public health, as amended and vaccination against tetanus and rabies in relation to injury;
- j) spa care or treatment, physical and bath therapy;
- k) acupuncture and homeopathy;
- l) medical care provided in a non-contractual health care centre;
- m) postpartum and Newborn Care of Insured Partys - mothers, if the Mother insurance programme is not effective as of the date of the Damage Claim;
- n) examination and treatment of congenital defects, as of the time of diagnosis, if the Mother insurance programme is not effective as of the date of the Damage Claim;
- o) treatment of addictions, including all complications and related diagnoses;
- p) production and repair of prostheses (orthopaedic, dental), glasses, contact lenses, or hearing aids, and the purchase of braces of other than the basic model;
- q) medical expenses that would not be paid from public health insurance were the insured person a party thereto;
- r) payments for cosmetic and aesthetic surgeries;
- s) reimbursement of costs of regulatory fees and surcharges;
- t) complications caused by violation of the treatment regime established by the attending physician.

Article 9. Transfer of Insured Party's Right to Insurer

1. If the person who is entitled to indemnification, the Insured Party, or a person who has expended salvage costs has acquired a right to damages or another similar right in connection with an impending or actual insurance claim, the account receivable, including appurtenances, security, and other related rights shall transfer to the insurer upon the payment of insurance indemnity, up to the amount of the performance paid out by the insurer to the authorized person. This shall not apply in the event that this right of that person arose with respect to a person living in the same household or a person who is dependent on it in terms of sustenance, unless the insurance claim was caused by that person wilfully.
2. The person whose right transferred to the insurer shall provide to the insurer any and all necessary documents and inform it of anything that is required for the making of the claim, in particular, shall provide to the insurer true and complete information about the insurance claim, the third person with respect to whom he has a right to damages or another right, that person's insurer, or legal representative, and any other persons acting on behalf of the third persons, and about any damage compensation received from the third person or that person's insurer.
3. Should the person whose rights transferred to the insurer claim damages from a third person who is responsible for the occurrence of the insurance claim, or from the third person's insurer, that person shall inform the third person or the third person's insurer about the insurer's right to damages pursuant to this Article. The person whose right transferred to the insurer shall also provide necessary cooperation to ensure that the insurer's right with respect to the third person or third person's insurer can be claimed. The person whose right transferred to the insurer shall also take any and all measures to ensure that the insurer's right to damages pursuant to this Article is not statute-barred or does not cease to exist.
4. Should the person whose right transferred to the insurer frustrate the transfer of the right to the insurer, the insurer shall be entitled to reduce insurance indemnity by the amount that it could otherwise have obtained. If the insurer has already provided performance, it shall be entitled to compensation up to that amount.

Article 10. Processing of Personal Data

1. The insurer as a controller is entitled to process the personal data of the Policyholder and the Insured Party (hereinafter collectively also referred to as the „Data subject“) to the extent necessary to properly fulfill the obligations of the insurer set forth in the Insurance Contract and generally binding legal regulations. The insurer is entitled to process the personal data of the Data subject for the time necessary to secure the rights and obligations arising from the Insurance Contract and for the period resulting from the generally binding legal regulations (eg. the Archives Act, the Anti-money laundering Act, accounting or tax regulations, etc.).
2. The controller shall:
 - take measures to preventing unauthorized or random access to personal data, or the alteration, destruction, loss, unauthorized transmission, other unauthorized processing or other abuse thereof; this obligation shall apply even after the termination of the processing of personal data;
 - only process true and precise personal data;
 - gather personal data only to the extent required for the purpose specified;
 - not combine personal data obtained for different purposes;
 - ensure the protection of the private lives of the Data subjects when processing the personal Data;
 - provide, at the request of Data subjects, information about the processing of their personal data.
3. The controller is entitled to transfer personal data for the purposes and for the period stipulated in the provisions of paragraph 1 of this Article to other entities (hereinafter referred to as „the processor“).
4. The controller undertakes to ensure that any person who comes into contact with personal data (in particular controller's employees, processors, employees of the processor) adhere to the obligations set by generally binding legal regulations, Insurance Contract and the insurance terms and conditions, including after the termination of a contractual or employment relationship.

Article 11. Form of legal actions, Delivery of Correspondence

1. Legal actions aimed at modifying or terminating the insurance agreement must be made in writing.
2. An insurance claim may be reported by telephone or e-mail; should the insurer so request of the person claiming the right to insurance indemnification, the insurance claim report must be made in writing on the relevant form of the insurer.
3. Correspondence in the investigation of an insurance claim may be delivered by e-mail to the e-mail address of the insurer and/or the person who is claiming the right to insurance indemnification, or by fax to the fax number of the insurer and/or person claiming the right to insurance indemnification.
4. Should the person making a claim to insurance Indemnifications so request in writing, the insurer shall inform the person of the outcome of the investigation of the insurance claim in writing or shall inform that person in writing as to why investigation cannot be closed within the set time period.
5. Legal actions that must be made in writing must be delivered to the other party in line with the provisions of this Article.
6. Legal actions in written form (hereinafter referred to as “Correspondence”) shall be delivered to the addressee:
 - a) Through a postal license holder, pursuant to a special legal regulation, to the last known address of the addressee for whom the correspondence is intended; or
 - b) Electronically signed, pursuant to special legal regulations; or
 - c) In person by the insurer’s employee or authorized person.
7. The mailing address for all correspondence designated for the insurer shall be delivered to the Insurer’s Assistance Service, AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 00, Prague 4, Czech Republic. Delivery to the Assistance Service of the Insurer shall be deemed to constitute delivery to the Insurer.
8. Policyholder, Insured or Beneficiary have the right to address the Ombudsman’s office of the Czech Insurance Association (www.ombudsmancap.cz) or the Czech Trade Inspection (www.coi.cz) in regard of alternative dispute resolution.
9. Delivery shall be governed by Section 573 of the Civil Code.
10. If the addressee refused to take delivery of the correspondence, the correspondence shall be deemed delivered on the day of his refusal to take delivery.
11. If the addressee does not dwell at the place of delivery, without having informed the insurer thereof, the correspondence shall be deemed delivered on the day when it was returned as undeliverable.
12. Any and all legal actions and notices pertaining to insurance shall be made in Czech.

Article 12. Rights and Responsibilities

I. Policyholder’s Responsibilities

1. Should the policyholder arrange insurance for the benefit of an Insured Party, the policyholder shall be deemed to have an insured interest in the life and health of the Insured Party. The policyholder shall provide the insurance terms and conditions to the Insured Party and inform him about the contents of the Insurance Contract and the contents of the insurance terms and conditions. Should insurance terminate prior to the expiration of the agreed insurance term, the policyholder shall return the proof of insurance and the Insurance Contract to the insurer within 5 business days of the termination of the insurance.
2. In the event of premature termination of the Insurance Contract before the originally agreed end of its Insurance Term, the policyholder is obliged to return to the Insurer the Insured’s card and the Insurance Contract, no later than five working days following the date of termination of the Insurance Contract.
3. If the Policyholder fails to meet the obligations stipulated in the previous Section of this Article, the Insurer shall be entitled to claim the Policyholder’s payment of a contractual penalty in the amount of the insurance premium determined by the Insurance Contract, which has been terminated.
4. If the Policyholder is also the Insured Party, the Policyholder shall comply with all the obligations of the Insured Party.

II. Insured Party’s Responsibilities

1. In addition to the obligations stipulated by the Civil Code and the Insurance Contract, the Insured Party is obliged to act so as to avoid the occurrence of Insurance Claims; the Insured Party shall in particular avoid violating obligations aimed at the prevention or mitigation of risks, imposed by the applicable legal regulations. The obligations stipulated in this paragraph for the insured shall also apply to the person claiming insurance indemnity.
2. If a Damage Claim occurs, the Insured Party shall first contact the Assistance Service or the Insurer with a request for the providing of services corresponding to the insurance cover, truly and duly inform the Assistance Service or the Insurer of the Damage Claim, in particular the date and place of the Damage Claim and the Insured Party’s address; for this purpose, the Insured Party shall ask the Insurer’s Assistance Service to provide instructions and follow such instructions. If objective circumstances accompanying the Damage Claim do not allow the Insured Party to contact the Assistance Service with a request for assistance prior to the provision of services, the Insured Party shall do so immediately after the circumstances of the Damage Claim allow.
3. In the event of illness or injury, the Insured Party shall seek medical help without undue delay, present their identification card and insurance certificate, follow the physician’s instructions, and if subsequently requested by the Insurer, the Insured Party shall undergo examination at the Insurer’s expense by a physician designated by the Insurer.
4. Based on a request of the Insurer or the Assistance Service, the Insured Party shall undergo repatriation, if this is feasible given the Insured Party’s medical condition. If the Insured Party fails to comply with this duty, the Insurer shall be authorized to terminate the provision of Insurance Indemnifications.
5. The Insured Party is also obliged to have the transportation set out in the provisions of Article 6 (5) (f), (g) and (h) approved in advance by the Insurer’s Assistance Service and proceed according to its instructions.

6. Upon the occurrence of a Damage Claim, the Insured Party is obliged:
 - a) to take all actions to reduce the extent of the damage and its consequences;
 - b) if the Insured Party claims repayment of expenses incurred in connection with a Damage Claim, the Insured Party shall notify the Insurer without undue delay, using the respective "Damage Claim Report" form, of the occurrence of the Damage Claim, and provide true explanation thereof; if as a result of violating the obligation stipulated under point II of clause 5 of this Article, the Insurer's costs related to the Insurance Claim increase, the Insurer shall be entitled to claim the compensation for these costs from the party that violated the obligation;
 - c) to follow the instructions of the Insurer and/or Assistance Service and to cooperate with them effectively, to fulfil other obligations imposed by the Insurer and/or Assistance Service, the present ITC FCHI or the applicable legislation;
 - d) to report the Damage Claim without undue delay to the police at the place of the occurrence, if the event occurred under circumstances suggesting a crime or misdemeanor, and to submit the police report to the Insurer;
 - e) to secure sufficient evidence concerning the Damage Claim, based on the investigation carried out by the police or other authorities;
 - f) to reply truthfully and fully to all questions from the insurer or assistance service concerning insurance and the damage claim and the extent of the consequences of a damage/insurance claim;
 - g) to enable the Insurer and/or the Assistance Service to carry out all necessary investigations of the Damage Claim decisive for consideration of the claim for Insurance Indemnifications and the amount thereof, and provide the necessary cooperation in this respect;
 - h) to inform the Insurer, without any undue delay, that criminal proceedings have been instituted against the Insured Party in connection with the Damage Claim, and truly inform the Insurer of the progress and results of such proceedings;
 - i) for the purpose of ascertaining information about the state of health or the cause of death of the insured party, to relieve the attending physician of their nondisclosure obligation with respect to the insurer or assistance service;
 - j) to provide cooperation, in the event of repatriation, so as to ensure the subsequent hospitalization at a health care centre in the country whose passport the Insured Party holds, or in a different country where the Insured Party has a residency permit;
 - k) to collect the originals of all invoices and receipts, where the health care centre requests direct payment of the costs related to the Damage Claim;
 - l) to submit the following documents to the insurer: complete medical documentation, original bills, and receipts for the payment of medical treatment, medication prescribed by the physician (including a copy of the prescription issued to the Insured Party's name) and transports, the police report (if the event was investigated by the police) including other references requested by the Insurer and/or Assistance Service.
7. Upon the request of the Insurer or the Assistance Service, the Insured Party shall at its own cost arrange for the official translations of documents into Czech, as may be necessary for the investigation into the Damage Claim.
8. If the Insured Party has taken out insurance of the same or similar character with another insurance company, the Insured Party shall inform the Insurer of this fact.
9. Persons claiming an Insurance Indemnification must submit the documents required by the Insurer or the Assistance Service if this may affect the determination of the Insurer's obligation to pay the Insurance Indemnification and the amount of such an Insurance Indemnification.
10. If the obligations stipulated in this Article are violated, the Insurer is authorized to adequately reduce the Insurance Indemnification or to refuse to pay any Insurance Indemnification at all.

III. Insurer's Rights and Responsibilities

1. Apart from the obligations stipulated by the Civil Code and the Insurance Contract, the insurer also has the following obligations:
 - a) to discuss with the Insured Party or the person claiming insurance indemnification the results of the investigation required to determine the scope and value of the Insurance Indemnification, or to notify the Insured Party about such determination, without undue delay;
 - b) to return to the Insured Party or the person claiming insurance indemnification any requested documents, with the exception of original receipts of payment based on which the Insurance Indemnification has been provided.
2. The Insurer is not obliged to examine any potential excessiveness of the insurance, particularly if the payment of the costs of the Insured Party's medical care is also secured in a different manner.
3. The Insurer is in particular authorized:
 - a) to ascertain the occurrence, the course, and the extent of the damage claim (including the requesting of witness testimonials from involved parties, expert assessments, and other documents if applicable);
 - b) to request and verify medical reports;
 - c) to reduce or reject insurance indemnification according to the Civil Code;
 - d) to reduce the Insurance Indemnifications if the Insurance Indemnifications have been paid at the full amount and subsequently, a claim for the decrease of the Insurance Indemnifications occurs. The Insurer is entitled to claim the balance between the paid and reduced Insurance Indemnification against the person in whose favour the benefit has been provided.
4. If the Insured Party violates the obligations required by the applicable legislation and the present ITC FCHI, the Insurer shall be entitled to adequately reduce the Insurance Indemnification or to reject the payment thereof.
5. If the Insured Party violates the obligations set out in ITC FCHI and should this lead to any extra or increased cost of the investigation into the Damage Claim incurred by the Insurer, the Insurer is authorized to claim the compensation of such costs from the Insured Party.

Article 13. Final Provisions

- 1.** The present ITC FCHI shall form an integral part of the Insurance Contract.
- 2.** The present ITC FCHI are issued in Czech and English. In case of any contradiction between the two language versions, the Czech version shall prevail.
- 3.** Czech and English are the communication languages.
- 4.** Where the Insurer's ITC FCHI refer to the generally binding legal regulations, this shall mean the legal regulations valid and effective in the Czech Republic.
- 5.** Unless the parties involved in the insurance are able to reach an amicable agreement, all disputes arising from the insurance or in connection herewith shall be referred to the courts in the Czech Republic, according to the generally binding legal regulations.
- 6.** Should any provision of ITC FCHI become invalid or disputed as a consequence of any changes to the generally binding legal regulations, the generally binding legal regulation that best fits the nature and purpose of such a provision shall apply.
- 7.** If the Insured Party withdraws their consent, at any time during the insurance, to the identification and reviewing of their health status and if this fact may affect the examination necessary for the identification of the scope of the Insurer's obligation to provide benefits, the Insurer reserves the right to reduce or refuse to provide the Insurance Indemnification.
- 8.** In order for the insurance to become and remain effective, the Insured Party must have a legal residency permit in the Czech Republic, subject to the fulfilment of the terms and conditions stipulated in the applicable legal regulations.
- 9.** These Insurance Terms and Conditions shall become effective on 1 September 2023.



Supplementary Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Health Insurance, applicable to the Schengen Area and Transit Countries

SITC FHI dated 1 September 2023

Article 1. General Provisions

1. The Foreigners' Comprehensive Health Insurance, concluded between the Insurer, INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., member of AXA Group, with its registered office at Boulevard du Régent 7, 1000, Brussels, Belgium, registered with the Commercial Register administered by Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles under registration number 0415591055, acting through INTER PARTNER ASSISTANCE, branch office, with registered office at Hvězdova 1689/2a, 140 00 Prague 4 Pankrác, Czech Republic, ID number: 28225619, registered with the Commercial Register administered by the Municipal Court in Prague, under file number A 59647, the activities of which are supervised by the Czech National Bank, Na Příkopě 28, 115 03 Prague 1 (hereinafter the "Insurer") is subject in particular to Act 37/2004 Coll., the Civil Code, (hereinafter referred to as the "Civil Code"), the Insurance Contract, the Insurance Terms and Conditions of the Foreigners' Comprehensive Health Insurance, ITC FCHI dated 1 September 2023 (hereinafter "ITC FCHI") and the present Supplementary Insurance Terms and Conditions of the Foreigners' Comprehensive Health Insurance, SITC FHI dated 1 September 2023 (hereinafter "SITC FHI"), supplementing the provisions of ITC FCHI, and the provisions of the Insurance Contract, of which SITC FHI form an integral part. In the event of a discrepancy between the provisions of the Insurance Contract and the provisions of the Insurance Terms and Conditions, the contract shall prevail. In the event of a discrepancy between the ITC FCHI and the provisions of these SITC FHI, the provisions of these SITC FHI shall prevail; an instance when these SITC FHI contain a more detailed regulation of the rights and obligations of the contractual parties to which the ITC FCHI refer shall not be deemed to constitute a discrepancy.
2. SITC FHI govern the terms and conditions for the health insurance of Foreign Nationals in the Schengen Area, outside the Czech Republic and transit countries, rendered only to the extent of urgent and emergency care. In case that the provisions of SITC FHI are inconsistent with the provisions of ITC FCHI are always applicable the provisions of SITC FHI.

Article 2. Definitions

Further to the provisions of ITC FCHI, the following terms are specified below:

Acute Disease is a sudden disorder of the Insured Party's health, occurring during the existence of the insurance, which directly threatens the life or health of the Insured Party, independently of their will, and requires urgent and immediate treatment. Acute Diseases do not include such health disorders where treatment began before the commencement of the insurance or where the symptoms of the health disorder occurred prior to the commencement of the insurance, even though they were not medically examined or treated. Furthermore, Acute Diseases do not include such health disorders where medical care is appropriate and purposeful but may be postponed and only provided after the Insured Party's return to the country whose passport the Insured Party holds or another country in which the Insured Party has a residency permit.

Urgent and Emergency Health Care is health care provided to the Insured Party in the event of an injury or acute disease, where delays could cause serious deterioration of health condition, damage to health, or loss of life. The scope is further defined by the exclusions from the insurance and agreed Insurance Indemnification limits set out in the SITC FHI. The Urgent and Emergency Health Care is provided within the Schengen Area, outside the Czech Republic, and in transit countries.

Schengen Area is the territory of most European countries in which persons can cross borders of the contractual countries at any point without having to go through border control.

Transit Country means the country through which the Insured Party must necessarily pass when travelling along the fastest and shortest way from the Home Country to the place of insurance and back.

Article 3. Territory, Purpose of Stay

1. The territorial scope of the insurance is extended with the present SITC FHI to cover Insurance Claims occurring within the Schengen Area outside the Czech Republic and the territory of Transit Countries.
2. For the territory of the Schengen Area outside the Czech Republic and the territory of Transit Countries, the insurance is valid to the extent of Urgent and Emergency Health Care.
3. As regards the purpose of the Insured Party's stay within the territory of the Schengen Area outside the Czech Republic and the territory of Transit Countries, the insurance applies to a Tourist Stay only.
4. The duration of the stay within the territory of the Schengen Area outside the Czech Republic must not exceed 30 days.

Article 4. Insurance Indemnification

Foreigners' health insurance covering urgent and emergency care	Limit of Insurance Benefit
Total limit	1 600 000 CZK (at least 60 000 EUR)
• repatriation and transportation	real costs up to total limit
• dental care	5 000 CZK

1. The upper limit of the Insurance Indemnification for damage incurred within the Schengen Area outside the Czech Republic corresponds to the Insurance Indemnification limit specified in the Insurance Contract and this Article of SITC FHI. The said Insurance Indemnification limits apply to one Insurance Claim only. Regardless of changes in the EUR/CZK exchange rates, the Insurer guarantees the Insurance Claim limit of EUR 60 000 converted according to the exchange rate of the Czech National Bank applicable as of the date of the occurrence of the Insurance Claim.
2. The Insurance Indemnification and its amount shall be determined by the Insurer in accordance with ITC FCHI, the present SITC FHI and the Insurance Contract, on the basis of the presented documents.

Article 5. Insurance Claim

1. The Insurance Claim is a sudden Acute Disease or Injury of the Insured Party, occurring during the valid period of the insurance and requiring Urgent and Emergency Health Care, or Assistance Services, in accordance with the terms and conditions, and the agreed insurance cover. The obligation to provide benefit is limited by the Insurance Indemnification exclusions and limits.
2. Events that arise from one cause and include all the circumstances and their effects, where there is a causal, time, or other direct connection among such events, shall be considered one Insurance Claim.
3. The insured risk includes a change in the Insured Party's health condition as a consequence of an Acute Disease or Injury.
4. In connection with the Insurance Claim, the Insurer shall cover the reasonably and purposefully expended costs for:
 - a) Urgent and Emergency Health Care, which includes:
 - i. Urgent and emergency examination necessary for the determination of diagnosis and treatment procedure;
 - ii. Urgent and emergency medical treatment (outpatient);
 - iii. Urgent and emergency treatment in a health care centre (residential), in a standard room with standard equipment and standard medical care, over a necessary period of time; diagnostic examinations, treatment including surgery, anaesthetic, medication, medical supplies, and hospital meals;
 - iv. Medicines prescribed by a physician in connection with an Insurance Claim and corresponding to the concept of Urgent and Emergency Health Care;
 - v. Urgent and emergency treatment by a dentist during acute tooth pain, i.e., extraction or simple fillings (including X-rays), and treatment for the purpose of immediate pain relief related to the oral mucous membrane, up to the Insurance Indemnification limit set out in ITC FCHI;
 - b) Transportation from a doctor's office to a health care centre or from a health care centre to another specialised health care centre, if the Insured Party's current condition requires this, according to the assessment of the Assistance Service or the Insurer, and if such transportation is prescribed by the attending physician;
 - c) Transportation from a health care centre back to the place of residence within the territory of the Schengen Area, where the current health condition does not allow for the use of public transportation services;
 - d) Repatriation of the Insured Party – patient, if it is necessary and possible from the medical perspective; repatriation is assessed, approved, and organized by the Assistance Service or the Insurer, and the Insured Party is repatriated to the territory of the country whose passport the Insured Party holds, or to another country in which the Insured Party has a residency permit;
 - e) Transportation of the Insured Party's bodily remains back to the territory of the country whose passport the Insured Party holds, or to a different country where the Insured Party had a residency permit; the transportation of the remains must be performed by a specialised organization approved by the Assistance Service or the Insurer.

Article 6. Exclusions

1. The Insurer is not obliged to provide Insurance Indemnifications if:
 - a) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification does not respect the instructions of the Insurer or the Assistance Service and does not effectively cooperate with them, or does not submit the documents required by the Insurer or the Assistance Service;
 - b) The Insured Party refuses to undergo repatriation;
 - c) The Insured Party refuses treatment or the necessary medical examinations by a physician designated by the Insurer or the Assistance Service;
 - d) The Insurer could not investigate the Damage Claim because the Insured Party or the person claiming insurance indemnification did not relieve the attending physician or other institutions from their non-disclosure obligation vis a vis the Insurer or the Assistance Service, as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - e) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification has prevented the Insurer or the Assistance Service from contacting the attending physician or other institutions as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - f) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification has knowingly provided the Insurer or the Assistance Service with false or incomplete information regarding the Damage Claim;
 - g) The Damage Claim occurred as a consequence of the violation of legal regulations by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification within the territory of the Schengen Area outside the Czech Republic;
 - h) The Damage Claim occurred in connection with any disturbances provoked by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification or in connection with a crime committed or attempted by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification;
 - i) The Damage Claim occurred in connection with the Insured Party's active or passive engagement in warfare, peace missions, combat or military events, participation of the Insured Party in an uprising, demonstration, riot or unrests, public violence, strikes or by the intervention or decision of public administration authorities;
 - j) The Damage Claim was caused by the Authorized Person or another person acting on the initiative of the Insured Party or the Authorized Person;

- k) The Damage Claim originated in work carried out in places not designated for such purposes;
 - l) The Damage Claim occurred in relation to the Insured Party's or the person's claiming insurance indemnification active participation in a Terrorist Act or in preparation for it;
 - m) The Damage Claim occurred in the Czech Republic, or in a country whose passport the Insured Party holds, or in a country where the Insured Party is a participant of the public health insurance system;
 - n) The Damage Claim occurred as a consequence of suicide, attempted suicide, or selfinflicted trauma by the Insured Party;
 - o) The Damage Claim occurred in connection with the consumption of alcohol or other narcotic, toxic, or psychotropic substances;
 - p) The Damage Claim occurred in connection with Dangerous and High-Risk Sports and Activities or in connection with Professional Sport, or during participation in Competitions or preparations for such Competitions;
 - q) The Damage Claim occurred in connection with business activities, performance of occupation, employment, or other gainful activities;
 - r) The Damage Claim was caused by nuclear energy or nuclear risks, or chemical or biological contamination;
 - s) The Damage Claim occurred as a consequence of the deliberate conduct, fault, or contributory fault of the Insured Party or the person claiming insurance indemnification;
 - t) Any events occurring after the 30-day period of continuous residence in a country of the Schengen Area outside the Czech Republic or within a Transit Country.
2. The Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification for events that occurred prior to the premium payment.
3. Furthermore, the Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification under the following circumstances:
- a) the medical care is related to the treatment of illnesses or injuries which existed prior to the signing of the Insurance Contract, including medication;
 - b) the medical care is appropriate and purposeful but may be postponed and only provided after the Insured Party's return to the country whose passport the Insured Party holds or another country in which the Insured Party has a residency permit;
 - c) preventive check-ups, follow up examinations or medical examinations and treatment not related to a sudden illness or injury; check-ups, examinations, and treatment under letter c) of this paragraph require consent of the Assistance Service;
 - d) there are complications which occurred during the treatment of the illnesses or injuries to which this insurance does not apply;
 - e) The purpose of the stay is treatment or continued treatment;
 - f) Examinations, check-ups, and other medical procedures are in the personal interest of the Insured Party, and do not serve a medical purpose;
 - g) Examinations, check-ups, and other medical procedures relating to laboratory examination (including laboratory and ultrasound treatment) in connection with pregnancy, abortion, any complications in a risky pregnancy, any complications after the 18th week of pregnancy, childbirth including premature childbirth and postnatal period, examination and treatment of infertility and artificial insemination and the costs related to contraception and hormonal treatment; any complications in pregnancy, should the Insured Party be pregnant when taking out the insurance;
 - h) non-acute dental treatment and related services, cost of dentures, dental crowns, bridges, removal of plaque or tartar;
 - i) Treatment by the Insured Party's Relative or a person without corresponding qualifications, medical acts outside of a health care centre registered in the Schengen Area, treatment using methods which are not scientifically recognized in the Schengen Area;
 - j) purchase of medicines and medical aids without a prescription;
 - k) Vaccination with the exception of vaccination against tetanus and rabies in relation to injury;
 - l) Physiotherapy, physical, and bath treatments, care at specialised treatment institutes, acupuncture and homeopathy, chiropractic treatment, exercise therapy, or selfsufficiency training;
 - m) Medical treatment provided beyond the scope of Urgent and Emergency Health Care;
 - n) Examination and treatment of mental and psychological diseases and disorders, psychotherapy and psychoanalysis;
 - o) Examination and treatment of congenital defects;
 - p) treatment of addictions, including all complications and related diagnoses;
 - q) production and repair of prostheses (orthopaedic, dental), glasses, contact lenses, or hearing aids, and the purchase of braces of other than the basic model;
 - r) compensation for extra medical care and services;
 - s) payments for supplementary medicines, vitamin products, and food supplements;
 - t) payments for cosmetic and aesthetic surgeries;
 - u) reimbursement of costs of regulatory fees and surcharges;
 - v) complications caused by violation of the treatment regime established by the attending physician.
 - w) examination and treatment of hepatitis, from the diagnosis;
 - x) organ transplants, treatment of haemophilia, insulin therapy, except for the provision of emergency care, treatment of chronic renal insufficiency with haemodialysis, or with peritoneal dialysis, treatment with growth hormone, interferon treatment, and medication initiated prior to the valid period of the insurance;
 - y) examination and treatment of contagious venereal diseases, including HIV/ AIDS, from the moment of diagnosis;

Article 7. Insured Party's Responsibilities

If a Damage Claim occurs in a Transit Country or a country of the Schengen Area outside the Czech Republic, then in addition to the obligations of the Insured Party specified in Article 13 (II) of ITC FCHI, the Insured Party shall upon the request of the Assistance Service be obliged to document that he/she has been staying outside the Czech Republic for fewer than 30 days. This obligation shall also apply to a person who is claiming a right to insurance Indemnifications.

Article 8. Final Provisions

- 1.** The present SITC FHI complement the provisions of ITC FCHI and form – together with ITC FCHI – an integral part of the Insurance Contract.
- 2.** These Supplementary Insurance Terms and Conditions shall become effective on 1 September 2023.