



Pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců

pro případ nutné a neodkladné péče PP NZPC ze dne 1. prosince 2018

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné péče platí zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, v platném znění (dále jen občanský zákoník) a ustanovení pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto Pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné péče ze dne 1. prosince 2018 (dále jen PP NZPC). Pojištění se řídí právním řádem České republiky.
2. Pojistitelem se rozumí INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, se sídlem Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 0415591055, jednatelkou prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, IČO: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A 59647 (dále jen pojistitel).
3. Pojištění se sjednává jako neživotní škodové pojištění.

Článek 2. Výklad pojmů

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 povolen pobyt.

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 NZPC. Adresa asistenční služby: AXA Assistance CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62, PRAHA 4 – Pankrác, Česká republika.

Cizinec je fyzická osoba, která není státním občanem země, do které cestuje, a pro kterou si sjednává toto pojištění.

Nahodilá událost je událost, o které se odůvodněně předpokládá, že může po dobu trvání pojištění nastat, avšak v čase sjednání pojištění není zřejmé, zda a kdy nastane.

Nebezpečné a rizikové druhy sportů a aktivit jsou takové aktivity, jejichž nebezpečnost výrazně 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 vzniká právo na pojistné plnění.

Osoba blízká pojištěnému 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.

Pojištěná osoba (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.

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.

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 těchto 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.

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

Pojistník je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.

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

Schengenský prostor je území většiny evropských států (zemí Schengenské dohody), na kterém mohou osoby překračovat hranice smluvních států na kterémkoliv místě, aniž by musely projít hraniční kontrolou. Smluvními státy jsou převážně země Evropské unie, ale i některé nečlenské země EU. Do schengenského prostoru spadají i některá ze zámořských území členských zemí. Pro účely tohoto pojištění se za Schengenský prostor považují pouze ty oblasti států Schengenské dohody, které se nalézají na geografickém území Evropy.

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, zastrášovat obyvatelstvo nebo část obyvatelstva.

Úraz je neočekávané a náhlé působení vnějších sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

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.

Závažná nemoc je nemoc, která by mohla ohrozit veřejné zdraví, a to nemoci podléhající hlášení podle Mezinárodního zdravotního řádu, nově se vyskytující vysoce nebezpečné nákazy, tuberkulóza dýchacího ústrojí v aktivním stadiu mikroskopicky nebo kulturačně pozitivní nebo s tendencí rozvinutí, syfilis či jiné infekční nemoci, pro které příslušný správní úřad k ochraně před jejich zavlečením stanovil ochranná opatření dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, nebo nemoc a postižení, které by mohlo závažným způsobem ohrozit veřejný pořádek, a to poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek či akutní psychotické poruchy, deliria či impulzivní stavy a další nemoci spojené s chováním ohrožujícím druhé osoby, které se projevuje násilím nebo chováním projevujícím se ničením, nebo jejich důvodnou hrozbou.

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 00:00 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. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby pojištění;
 - b) písemnou dohodou smluvních stran;
 - c) výpovědí pojistitele nebo pojistníka;

- d) dalšími způsoby uvedenými v občanském zákoníku.
9. Písemnou dohodou je možné ukončit pojištění pouze za předpokladu, že písemná dohoda bude uzavřena nejpozději v den uvedený v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění; v takovém případě vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, jež činí 20% předepsaného pojistného. Pojistník a pojištěný jsou povinni vrátit pojistiteli všechny dokumenty stvrzující sjednání pojištění.
 10. Zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby z jiného důvodu než uvedeného v předchozím odstavci, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistné doby, není-li v občanském zákoníku nebo v pojistné smlouvě uvedeno jinak.
 11. Pojištění nemůže být během pojistné doby přerušeno.
 12. Skutečnost, že se pojištěný stane účastníkem veřejného zdravotního pojištění, není důvodem zániku tohoto pojištění.

Článek 4. Územní rozsah, typy pojištění

1. Pojištění se vztahuje jen na pojistné události, které vznikly na území Schengenského prostoru, s výjimkou státu, jehož je pojištěný státním občanem, nebo ve kterém má pojištěný trvalé bydliště nebo je účastníkem veřejného zdravotního pojištění.
2. Pojištění se vztahuje na turistický, studijní i pracovní pobyt.

Článek 5. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je náhlé akutní onemocnění nebo úraz pojištěného, ke kterému došlo v době účinnosti pojištění a které vyžaduje nutné a neodkladné léčení, se kterým je podle těchto PP NZPC spojen vznik povinnosti pojistitele plnit. 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) nutné a neodkladné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu
 - b) nutné a neodkladné ambulantní lékařské ošetření
 - c) 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
 - d) léky předepsané lékařem v souvislosti s pojistnou událostí a odpovídající nutné a neodkladné péči
 - e) 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 NZPC; ošetření zubů v důsledku úrazu není tímto limitem omezeno
 - f) přepravu z místa úrazu nebo onemocnění do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení, pokud pojištěný není ze zdravotních důvodů schopen přepravy veřejným dopravním prostředkem
 - g) přepravu od lékaře do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do jiného specializovaného zdravotnického zařízení, pokud to stav pojištěného vyžaduje a ošetřující lékař ji předepíše
 - h) přepravu ze zdravotnického zařízení zpět do místa pobytu na území Schengenského prostoru, pokud není ze zdravotních důvodů možné k přepravě použít veřejný dopravní prostředek
 - i) repatriaci pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt, a to v případě, že je nadále nutné pokračovat v léčení a zároveň zdravotní stav pojištěného repatriaci umožňuje; pojistitel nebo asistenční služba si vyhrazuje právo předem rozhodnout o nutnosti repatriace pojištěného, o termínu repatriace a o způsobu dopravy, nejen na základě podkladů od ošetřujícího lékaře
 - j) 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 musí být provedena specializovanou organizací schválenou pojistitelem nebo asistenční službou pojistitele.

Článek 6. 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

1. Horní hranice pojistného plnění je určena limitem pojistného plnění, jehož výše je uvedena v pojistné smlouvě a článku 6 těchto PP NZPC. 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 těmito PP NZPC 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 prohlídkou, vyšetřením nebo lékařskou zprávou 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 7. 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, nezbavila 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, znemožnila 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 informovala pojistitele nebo asistenční službu o škodné události
 - g) škodná událost nastala v důsledku porušení právních předpisů na území Schengenského prostoru 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; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu na území ČR
 - 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 (např. lyžování a jiné činnosti mimo vyznačené trasy, skoky z mostu a podobně)
 - 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 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, tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu na území ČR
 - o) škodná událost nastala v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných omamných, toxických či psychotropních látek; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu na území ČR
 - 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 přípravy na ně
 - q) škodná událost byla způsobena jadernou energií nebo jadernými riziky nebo chemickou nebo biologickou kontaminací
 - r) 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 na území ČR
 - s) bylo zjištěno, že pojištěný trpí závažnou nemocí.
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 úrazů, které existovaly před uzavřením pojistné smlouvy
 - b) komplikací, které se vyskytnou při léčbě onemocnění nebo úrazů, na které se toto pojištění nevztahuje
 - c) 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
 - d) preventivních prohlídek; kontrolních vyšetření nebo lékařských vyšetření a ošetření nesouvisejících přímo s náhlým onemocněním nebo úrazem; prohlídky, vyšetření a ošetření dle písm. d) tohoto odstavce jsou možná jen po schválení asistenční službou
 - e) kdy je účelem pobytu na území Schengenského prostoru léčení nebo pokračování léčení započatého mimo Schengenský prostor
 - f) 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
 - g) neakutního ošetření zubů a služeb s tím spojených, nákladů na zubní náhrady, korunky nebo úpravy čelistí, zubní rovnátka, můstky, odstranění zubního kamene nebo povlaku
 - h) 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, zakoupení léků a zdravotnických pomůcek bez lékařského předpisu
 - i) očkování, s výjimkou očkování proti tetanu a vzteklině v souvislosti s úrazem
 - j) rehabilitace, fyzikální a koupelové léčby, péče v odborných léčebných ústavech, akupunktury a homeopatie, chiropraktických výkonů, výcvikové terapie nebo nácviků soběstačnosti
 - k) orgánové transplantace, léčení hemofilie, inzulinoterapie kromě poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy, a podávání léků, které bylo zahájeno před vznikem pojištění
 - l) vyšetření a léčení nakažlivých pohlavních chorob včetně infekce HIV/AIDS

- m) vyšetření a léčení hepatitid
- n) vyšetření a léčení duševních a psychických chorob a poruch, léčby psychoterapií a psychoanalýzou
- o) vyšetření a léčení vrozených vývojových vad
- p) kdy lékařská péče je poskytnuta nad rámec rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění státu Schengenské dohody, na jehož území, které je součástí Schengenského prostoru, byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta
- q) léčby příznaků souvisejících se závislostí na alkoholu nebo jiných látkách uvedených v odstavci 1 bodu o) tohoto článku, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz
- r) zhotovení a opravy protéz (ortopedických, zubních), brýlí, kontaktních čoček nebo naslouchacích přístrojů, nákupu ortéz v jiném než základním provedení
- s) náhrad za nadstandardní lékařskou péči a služby
- t) náhrad za podpůrné léky, vitamínové preparáty a doplňkovou stravu
- u) náhrad za kosmetické a estetické zákroky
- v) náhrad nákladů na regulační poplatky a doplatky
- w) komplikací způsobených porušením léčebného režimu stanoveného ošetřujícím lékařem.

Článek 8. Přechod 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, které pojistitel oprávněně 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 povinna 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 povinna 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 povinna 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 9. 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 pracovně-právního vztahu.

Článek 10. 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 zmocněného zástupce pojistitele, společnosti AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Česká republika. Doručení zmocněnému zástupci pojistitele se považuje za doručení pojistiteli.
8. Nebyl-li adresát zastížen, bude písemnost uložena u držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 kalendářních dní ode dne jejího uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
9. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenu dnem odmítnutí přijetí.
10. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy byla zásilka vrácena jako nedoručená.
11. Veškeré právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

Článek 11. 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 zániku pojištění před uplynutím sjednané pojistné doby je pojistník povinen vrátit pojistiteli průkaz pojištěného a pojistnou smlouvu do 5 pracovních dnů ode dne zániku pojištění.
3. V případě odstoupení od pojistné smlouvy dle občanského zákoníku je pojistník povinen vrátit pojistiteli doklad o pojištění, a to nejpozději do 7 pracovních dnů ode dne, kdy pojistník odeslal pojistiteli písemný projev vůle odstoupit od pojistné smlouvy. V případě, že pojistník povinnosti uvedené v předchozí větě nesplní, je pojistitel oprávněn po pojistníkovi požadovat smluvní pokutu ve výši pojistného z pojistné smlouvy, od které pojistník projevil zájem odstoupit.
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 smlouvou 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 pojistitele se žádostí o zabezpečení služeb, které jsou součástí pojištění, informovat ji 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 5 odst. 4, písmene g), h), i), j) 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 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 NZPC 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 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 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 odmítnout.

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 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 povinnosti stanovené v těchto PP NZPC, je pojistitel oprávněn pojistné plnění úměrně tomu snížit nebo odmítnout.
 5. Pokud pojištěný porušil povinnosti uvedené v těchto PP NZPC 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 12. Závěrečná ustanovení

1. Tyto PP NZPC jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Tyto PP NZPC jsou vyhotoveny v české, anglické a ruské verzi. V případě rozporu je rozhodující verze v českém jazyce.
3. Komunikačním jazykem je čeština, slovenština nebo angličtina.
4. Pokud se tyto PP NZPC 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 NZPC 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 plnit, pojistitel si vyhrazuje právo snížit, případně neposkytnout pojistné plnění.
8. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění v místě pojištění je legální pobyt pojištěného na území Schengenského prostoru, při splnění podmínek stanovených příslušnými právními předpisy.
9. Náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 20 % z nespotřebovaného pojistného.
10. Tyto PP NZPC nabývají účinnosti dnem 1. prosince 2018.



Insurance Terms and Conditions for the Foreigners' Health Insurance

for Necessary and Urgent Care ITC FHINU dated 1 December 2018

Article 1. General Provisions

1. Foreigners' health insurance for necessary and urgent care shall be governed by Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code, as amended (hereinafter referred to as the "Civil Code"), and the provisions of the insurance contract, of which these Insurance Terms and Conditions for the Foreigners' Health Insurance for Necessary and Urgent Care, of 1 December 2018 (hereinafter the ITC FHINU) are an integral part. Insurance shall be governed by the laws of the Czech Republic.
2. The insurer means INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., member of the AXA group, registered office at Avenue Louise 166, 1050, Brussels, Belgium, entered in the commercial register administered by Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles under registration number 0415591055, acting through INTER PARTNER ASSISTANCE, organization unit, registered office at Hvězdova 1689/2a, 140 62 Prague 4, Czech Republic, ID Number: 28225619, entered in the commercial register administered by the Municipal Court in Prague, file number A 59647 (hereinafter the insurer).
3. Insurance is concluded as non-life damage insurance.

Article 2. Definition of Terms

Acute illness is a sudden disorder in the insured party's health, which occurs within the insurance terms and the nature of which directly threatens the life or health of the insured party independently of their will and requires urgent and necessary treatment. Acute illness does not refer to a health disorder, the treatment of which started before the start of the insurance term or if the health disorder appeared before the start of insurance, even though it was not medically examined or treated. Furthermore, acute illness does not refer to a health disorder in the insured party, when medical care is appropriate and purposeful, but may be delayed and may be provided after the insured party returns to their own country, in which the insured party has permitted residence. Assistance service is a legal entity that in the name and in representation of the insurer provides the insured party or authorised person with insurance indemnification and related assistance services. The assistance service represents the insurer during application, investigation and liquidation of insurance claims. The assistance service or author representative authorized by the insurer have the right to act on behalf of the insurer in all insurance claims defined by these ITC FHINU. Address of the insurance service: AXA Assistance CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4 – Pankrác, Czech Republic.

Foreign national is a natural person that is not a state citizen of the country to which he travels and for which he arranges this insurance.

Arbitrary event is an occurrence which may justly be expected to occur throughout the insurance term, but it is not known at the time of concluding insurances whether and when it will occur.

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, jumping with skis, parachutes, motor-powered and motor-free flying of any kind, mountaineering of any kind, waterskiing, river navigation of any kind and diving of any kind, alpine skiing, skiing and snowboarding off piste or outside of the stipulating operating hours on piste, acrobatic skiing, bobsled and skibob riding, snow rafting, motor sports of all kinds, motor sports on snow, ice and water, canyoning and speleology, stunt performance, martial arts, downhill mountain biking, horseback riding, skateboarding, skeleton riding, inline skating and activities aimed at overcoming sports records and other extreme and adrenaline sports. The insurer assesses the dangerousness of sports and activities.

Authorized person is the person who is entitled to insurance indemnification in consequence of the insurance claim.

Insured party's relative is a person 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.

Insured party is the natural personal nominally or otherwise clearly identified during conclusion of insurance and to whose health insurance applies, potentially whose rights and justified interests are the subject of insurance.

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.

Insurance term is the period for which 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 fulfilment which the insurer is obliged to provide in the case of an insurance claim; the insurer will provide it in accordance with the content of the insurance terms and/or contractual provisions on insurance.

Insurer is a legal entity authorized to perform insurance activities according to Act No. 277/2009 Coll. on insurance, as amended.

Policyholder is the party that concluded the insurance contract with the insurer.

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

Schengen area is the territory of most European countries (parties to the Schengen agreement) in which persons can cross the borders of the contractual countries at any point without having to go through border control. The contractual countries are general European Union states, but also some EU non-member states. The Schengen area also includes some overseas territories of member states. For the purpose of this insurance, only those areas of the Schengen Agreement which are located in the geographic territory of Europe shall be considered to constitute the Schengen Area.

Damage claim is an occurrence from which damage arose and which may be a reason for establishment of the right to insurance indemnification.

Terrorist act is the use of force or violence or the threat of force or violence from any person or group of persons or in favour of somebody or in cooperation with any organisation or government, which is committed for political, religious, ideological or ethnic reasons or purposes, which causes harm to human lives, tangible and intangible property or infrastructure, including the intent to influence any government, intimidate the population or part of the population.

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 organised sports contest (hereinafter a contest) is a contest organised by any approved physical education or other organisation, sports or other club, as well as any preparation of this activity or previously organised expedition with the aim of attaining special sports results.

Grave illness is a disease which might threaten public health, particularly diseases subject to reporting pursuant to the International Health Regulations, newly occurred highly dangerous infections, tuberculosis of the respiratory system at an active stage, microscopically or culturally positive or tending to develop, syphilis or other infection diseases, when the respective administrative authority undertakes, preventional measures to stop spread of such diseases, in accordance with Act No. 258/2000 Coll., on Protection of Public Health, as amended, or a disease and affliction which might seriously threaten public order, namely mental disorders and behaviour disorders caused by use of psychoactive substances, or acute psychotic disorders, deliria or impulsive dispositions, and other diseases which may impact in behaviour prejudicial to health and safety, manifested by violence, or behaviour manifested by damaging/destroying, or their reasonably presumed threat.

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 insurance conditions 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 00:00 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 is terminated:
 - a) By the expiration of the insurance term;
 - b) By written agreement of the contractual parties;
 - c) By termination by the insurer or the policyholder;
 - d) By other means set out in the Civil Code.
9. Insurance may only be terminated by written agreement if the written agreement is concluded no later than on the day stated in the insurance contract as the insurance start date; in that case, the insurer shall return to the policyholder any premiums paid, reduced by costs related to the conclusion of the insurance contract and its administration, which shall amount to 20% of the premiums assessed. The policyholder and the insured shall return to the insurer any and all documents confirming the conclusion of insurance.
10. Should insurance terminate prior to the expiration of the term of insurance for a reason other than that stated in the previous paragraph, the insurer shall be entitled to indemnification up to the end of the term of insurance, unless the Civil Code or the insurance contract stipulate otherwise.
11. Insurance cannot be interrupted during the insurance term.
12. The fact that the insured party becomes a participant in public health insurance is not a reason for the termination of this insurance.

Article 4. Territorial Scope. Types of Insurance

1. The insurance only applies to insurance claims occurring within the Schengen Area, with the exception of the country of which the insured is a citizen or in which he has his permanent residence or in which he participates in public health insurance.
2. The insurance applies to tourist, study, and business stays.

Article 5. Insurance claim

1. An insurance claim is the sudden acute illness or injury of the insured party, which occurred during the effective term of insurance and which requires urgent and necessary treatment, and which establishes the insurer's obligation to provide fulfilment according to these ITC FHINU. The obligation to provide fulfilment is limited by the exceptions and insurance indemnification limits.
2. Events that arise from one cause and include all the circumstances and their effects, among which there is a causal or time or other direct connection, are considered to be one insurance claim.
3. The insured hazard is in particular the insured party's medical condition in consequence of sudden acute illness or injury.
4. In connection to the insurance claim, the insurer pays for reasonably and purposefully expended costs for:
 - a) urgent and necessary examination required to stipulate a diagnosis and treatment procedure;
 - b) urgent and necessary outpatient medical treatment;
 - c) urgent and necessary stay at a healthcare facility (hospitalisation) in a standard room with standard equipment and standard medical care for the necessary period; diagnostic examination, treatment including surgery, anaesthetics, medication, medical materials and hospital meals;
 - d) medication prescribed by the physician in connection to the insurance claim and corresponding to the necessary and urgent care;
 - e) urgent and necessary treatment by a dentist during acute tooth pain, medical extraction or simple fillings (including RTG) and treatment for the purpose of immediate relief from pain related to the oral mucous membrane, up to the limit of insurance indemnification indicated in the ITC FHINU; treatment of teeth in consequence of injury is not restricted by this limit;
 - f) transport from the place of injury or illness to the closest suitable healthcare facility, if the insured party is not capable of being transported via public transit for medical reasons;
 - g) transport from the physician to the healthcare facility or from the healthcare facility to another specialised healthcare facility, if required by the insured party's condition and prescribed by the attending physician;
 - h) transport from the healthcare facility back to the place of residence in the Schengen area, if it is not possible to use public transit for transport due to medical reasons;
 - i) repatriation of the insured party to the territory of the country whose passport the insured party holds, or to a different country where the insured party has a residence permit, in the case that it is necessary to continue

treatment and the insured party's medical condition enables repatriation; the insurer or assistance service reserves the right to decide in advance about the need to repatriate the insured party, the date of repatriation and the means of transportation, not only based on references from the attending physician;

- j) transport 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 residence permit; the transport of remains must be performed by a specialised organisation approved by the insurer or insurer's assistance service.

Article 6. Insurance indemnification

Foreigners' health insurance for necessary and urgent care	Insurance indemnification limits
Total limit	CZK 1,600,000 (but min. EUR 60,000)
Repatriation and transport	Real costs up to the total limit
Dental treatment	CZK 5,000

1. The upper limit of insurance indemnification is designated by the limit of insurance indemnification, the value of which is stipulated in the insurance contract and in article 6 of these ITC FHINU. The said insurance indemnification limits apply to one insurance claim. Regardless of changes in the exchange rate of the EUR to CZK, the insurer guarantees an insurance indemnification limit of EUR 60,000 converted according to the exchange rate of the Czech National Bank valid on the date of establishment of insurance.
2. The insurer decides about insurance indemnification and its amount according to these ITC FHINU and the insurance contract based on the submitted 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, third-party 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 wilfully 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 7. Exceptions from Insurance

1. The insurer is not obliged to provide insurance indemnification if:
 - a) the insured party or the person claiming insurance indemnification does not abide by the instructions of the insurer or assistance service and does not cooperate effectively with them, or does not submit the documents required by the insurer or assistance service;
 - b) the insured party refuses to undergo repatriation proposed by the insurer;
 - c) the insured party refuses treatment or the necessary medical examination by a physician designated by the insurer or 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 of their nondisclosure obligation vis-à-vis the insurer or assistance service as requested by the insurer or assistance service from the insured party;
 - e) the insured party or the person claiming insurance indemnification prevented the insurer or assistance service from contacting the attending physician or other institution, which the insurer or assistance service requested;
 - f) the insured party or the person claiming insurance indemnification consciously informed the insurer or assistance service falsely or incompletely about the damage claim;
 - g) the damage claim occurred in consequence of violation of legal regulations by the insured party or authorized person or the person claiming insurance indemnification in the territory of the Schengen area;
 - h) the damage claim occurred in connection to disorderliness provoked by the insured party or the person claiming insurance indemnification or in connection to a crime committed or attempted by them; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
 - i) the damage claim occurred in connection to the active or passive participation of the insured party or the person claiming insurance indemnification in warfare, peace missions, combat or military events, participation of the insured party in a revolt, demonstration, riot or unrest, public violence, strikes or by intervention or decision of public administrative authorities;
 - j) if the damage claim was caused by the authorized person or other party based on the initiative of the insured party or authorized person;
 - k) the damage claim occurred during activities at locations not designated for such activities (e.g. skiing and other activities off the marked pistes, jumping off bridges, etc.);
 - l) the damage claim occurred in relation to the active participation in a terrorist attack or in preparation for it;
 - m) the damage claim occurred in country whose passport the insured party holds, or in the different country where the insured party is a participant of the system of public health insurance;
 - n) the damage claim occurred in consequence of suicide, attempted suicide or in consequence of deliberate self-harming by the insured party; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
 - o) the damage claim occurred in connection to the consumption of alcohol or other narcotic, toxic or psychotropic substances; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
 - p) the damage claim occurred in connection to the operation of a dangerous or risky type of sport or activity in connection to the operation of professional sports or during the period of participation in competitions and preparing for them;
 - q) the damage claim was caused by nuclear energy or nuclear risks or chemical or biological contamination;
 - r) the damage claim occurred in consequence of the deliberate conduct, fault or partial fault of the insured party or the person claiming insurance indemnification; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
 - s) it was found that the insured party suffers a serious illness.

2. The insurer is not obliged to provide insurance indemnification from events that occurred before payment of the premium.
3. Furthermore, the insurer is not obliged to provide insurance indemnification in cases:
 - a) when medical care is related to the treatment of illnesses or injuries which existed before conclusion of the insurance contract;
 - b) complications which occur during the treatment or illnesses or injuries to which this insurance does not apply;
 - c) when medical care is appropriate and purposeful, but may be deferred and provided after returning to the territory of the country whose passport the insured party hold, or another country where the insured party has a residence permit;
 - d) preventive examinations, control examinations or medical examinations and treatment not related to sudden illnesses or injuries; possible examinations and treatment mentioned in the provision of Article 8(3)(d) have to be approved by the insurer's assistance service;
 - e) when the purpose of staying in the Schengen area is treatment or continued treatment which began outside of the Schengen area;
 - f) determination of pregnancy (including laboratory and ultrasound treatment), abortion, any complications in risky pregnancy, any complications after the 18th week of pregnancy, childbirth including premature childbirth and puerperium, examination and treatment of infertility and artificial insemination and costs related to contraception and hormonal treatment; any complications in pregnancy, should the insured party be gravid when concluding insurance;
 - g) non-acute treatment of the teeth and related services, costs for tooth replacements, caps or jaw adjustments, braces, bridgework, plaque or tartar removal;
 - h) treatment by a relative or person without adequate qualification, medical acts outside of a healthcare facility registered in the Schengen area, treatment using methods which are not scientifically acknowledged in the Schengen area and purchase of medicaments and medical aides without a prescription;
 - i) vaccination with the exception of vaccination against tetanus and rabies in relation to injury;
 - j) rehabilitation, physical and bath treatments, care at specialised treatment institutes, acupuncture and homeopathy, chiropractic treatment, exercise therapy or self-sufficiency training;
 - k) organ transplants, treatment of haemophilia, insulin therapy apart from providing first aid, chronic haemodialysis; administration of medicines was launched before during the effective term of insurance;
 - l) examination and treatment of contagious sexual diseases including HIV/ AIDS infection;
 - m) examination and treatment of hepatitis;
 - n) examination and treatment of mental and psychic diseases and disorders, treatment by psychotherapy and psychoanalysis;
 - o) examination and treatment of inborn development defects;
 - p) medical care is given outside of an extent of the acute and emergency care normally covered by the general health insurance system of a Schengen Member State, in whose territory, forming part of the Schengen Area, such acute and emergency care was provided to the insured party;
 - q) treatment of symptoms related to addiction to alcohol or other substances listed in clause 1(o) of this article, including all complications and related diagnoses;
 - r) creation and repair of prostheses (orthopaedic, dental), glasses, contact lenses or hearing aides, purchase of braces of other than the basic make;
 - s) of compensation for above-standard medical care and services;
 - t) of compensation for auxiliary medication, vitamin products and food supplements;
 - u) of compensation for cosmetic and aesthetic surgery;
 - v) of compensation of costs for regulation fees and surcharges;
 - w) of complications caused by violation of the medical regime stipulated by the attending physician.

Article 8. Transfer of the insured party's rights to the 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 have otherwise have obtained. If the insurer has already provided performance, it shall be entitled to compensation up to that amount.

Article 9. Processing of Personal Data

1. The insurer as a controller is entitled to process the personal data of the policyholder and the insured (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 10. 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 benefits 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 licence 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 authorized representative, AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4, Czech Republic. Delivery to the authorized representative of the insurer shall be deemed to constitute delivery to the insurer.

8. If the addressee was not present, the correspondence shall be deposited with the postal licence holder. Should the addressee fail to collect the correspondence within 15 calendar days of its being deposited, the last day of that time-period shall be deemed to be the date of delivery, even in the event that the addressee did not find out about the correspondence being deposited.
9. 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.
10. 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.
11. Any and all legal actions and notices pertaining to insurance shall be made in Czech.

Article 11. Rights and Obligations

I. Policyholder's obligations

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.
2. 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.
3. In the event of withdrawal from the insurance contract pursuant to the Civil Code, the policyholder is obliged to return proof of insurance to the insurer at latest within 7 business days from the day when the policyholder sent the insurer its written notice of withdrawal from the insurance contract. If the policyholder does not fulfil the obligation stipulated in the previous sentence, the insurer is authorized to demand payment of a contractual fine by the policyholder in the amount of the premium from the insurance contract, which the policyholder notified its intent to withdraw from.
4. If the policyholder is simultaneously the insured party, all the obligations of the insured party will apply to them.

II. Insured party's obligations

1. Apart from the obligations stipulated by the Civil Code and the insurance contract, the insured party is also obliged to ensure that an insurance claim does not occur; in particular they must not violate the obligations aimed at averting or reducing the risk, which are imposed by legal regulations. The obligations stipulated in this paragraph for the insured shall also apply to the person claiming insurance indemnity.
2. In the event of an insurance claim, the insured party is obliged foremost to contact the insurer's assistance service with a request to ensure the services which are a part of insurance, inform it about the occurred damage claim, in particular the date and location of the damage claim, the insured party's address, to request instructions from the insurer's assistance service and proceed according to them. If the objective conditions of damage claim occurrence do not allow the insured party to contact the assistance service with a request for assistance even before the provision of services, they are obliged to do so immediately after the conditions of damage claim development allow this.
3. In the event of illness or injury, the insured party is obliged to seek medical treatment without undue delay, present their identification card and proof of insurance, abide by the physician's instructions, and if subsequently requested by the insurer, to undergo examination at the insurer's expense by the physician designated by the insurer.
4. Based on a proposal from the insurer or insurer's assistance service, the insured party is obliged to undergo repatriation, if permitted by their medical condition. If the insured party does not fulfil this obligation, the insurer is authorised to terminate the provision of insurance indemnification.
5. The insured party is also obliged to have the transport mentioned in the provisions of Article 5 (4) (g), (h), (i) and (j) approved in advance by the insurer's assistance service and to proceed according to its instructions.
6. In the event of a damage claim, the insured party is obliged:
 - a) to undertake all actions to reduce the scope of damage and its consequences;
 - b) if they claim fulfilment for expended costs in relation to the damage claim, to notify the insurer without undue delay using the respective "Damage Claim Report" form about the occurrence of the damage claim and to provide a truthful explanation; if as a result of violating the obligation stipulated in point II of this article, the insurer's costs related to the insurance claim are increased, the insurer has the right to demand compensation of these costs from the party that violated the obligation;
 - c) to abide by the instructions from the insurer and/or assistance service and to cooperate with them effectively, to fulfil other obligations imposed by the insurer and/or assistance service, these ITC FHINU or the act;
 - d) to report the damage claim without undue delay to the police at the place of occurrence of the claim, if the event occurred under circumstances suggesting the committing of a crime or misdemeanour, and to submit the police protocol to the insurer;
 - e) following the occurrence of the damage claim, to ensure sufficient evidence about the scope of the damage claim by investigation performed by the police or other investigation 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 allow the insurer and/or assistance service to undertake all the necessary investigations of the damage claim which are decisive for assessing the claim to insurance indemnification, its value, and to provide the necessary cooperation throughout;
 - h) to inform the insurer without undue delay that criminal proceedings have been commenced against the insured party in connection to the damage claim, and to inform the insurer truthfully about the course and results of these 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) in the case of repatriation, to provide cooperation to ensure subsequent hospitalisation at a healthcare facility in the country whose passport the insured party hold, or in a different country where the insured party has a residence permit;
 - k) in cases when the healthcare facility requires direct payment of costs related to the damage claim, to take over the originals of all documents (receipts);
 - l) to submit the following documents to the insurer: complete medical documentation, original bills and receipt for payment of medical treatment, medication prescribed by the physician (including a copy of the prescription issued to the insured party's name) and transport, the police report (if the claim was investigated by the police) including other references requested by the insurer and/or assistance service.
7. If requested by the insurer or assistance service, the insured party is obliged to ensure at their own expense the translation into Czech of any documents required to investigate the damage claim.
 8. If the insured party has concluded insurance of the same or similar character with a different insurance company, they are obliged to inform the insurer of this fact.
 9. Anybody who request indemnification from insurance is obliged to submit the documents required by the insurer or insurer's assistance service, if these have an effect on determining the insurer's obligation to provide insurance indemnification and the value thereof.
 10. If the obligations stipulated in this article are violated, the insurer is authorized to reduce insurance indemnification proportionally or refuse it entirely.

III. Insurer's rights and obligations

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 examination required to determine the scope and value of insurance indemnification, or to inform the insured party thereof 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 insurance indemnification was provided.
2. The insurer is not obliged to examine the potential excessiveness of insurance, in particular if the payment of costs for medical care for the insured party is ensured in a different manner.
3. The insurer is authorized in particular:
 - 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 insurance indemnification according to the Civil Code;
 - d) to reduce indemnification, if it has paid out indemnification in full and the right to a reduction in indemnification arises subsequently. The insurer may claim the difference between the insurance indemnification paid out and subsequently reduced, from the person to whom the indemnification was provided.
4. If the insured party violated their obligations stipulated in these ITC FHINU, the insurer is authorized to reduce insurance indemnification proportionally or refuse if altogether.
5. If the insured party violated their obligations set out in these ITC FHINU and the insurer incurred any or increased costs for investigating the damage claim as a result, the insurer is authorized to demand compensation of these costs from the insured party.

Article 12. Final provisions

1. These ITC FHINU are an integral part of the insurance contract.
2. These ITC FHINU are compiled in a Czech, English and Russian version. In the case of disputes, the Czech version is superseding.

3. The language for communication is Czech, Slovak or English.
4. If these ITC FHINU of the insurer refer to generally binding legal regulations, these refer to legal regulations valid and effective in the Czech Republic.
5. If an agreement is not reached between the parties to the insurance, any disputes arising from insurance or occurring in relation it are solved by the courts of the Czech Republic according to generally binding legal regulations.
6. Should any provision of these ITC FHINU become invalid or disputed due to changes in generally binding legal regulations, such generally binding legal regulation will be used, which is most appropriate in its nature and purpose.
7. If at any time in the insurance term the insured party recalls its consent to determine their medical condition by examination, and if this fact affects the examination required to determine the scope of the insurer's fulfilment obligation, the insurer reserves the right to reduce or not provide insurance indemnification.
8. Condition of effect and duration of insurance is legal residence of insured party in the Schengen area provided that stipulated legal regulations are fulfilled.
9. The insurer's costs related to the establishment and management of insurance amount to 20% from the unused insurance premium.
10. These ITC FHINU shall come into effect on 1 December 2018.



Условия медицинского страхования иностранцев

в случае необходимой и неотложной медицинской помощи (PP NZPC) от 1 декабря 2018 г.

Статья 1. Вводные положения

1. Медицинское страхование иностранцев в случае необходимой и неотложной медицинской помощи регулируется законом № 89/2012 Sb., Гражданский кодекс с поправками (далее «Гражданский кодекс») и положениями Договора страхования, неотъемлемой частью которого являются настоящие Условия медицинского страхования иностранцев в случаях необходимой и неотложной медицинской помощи от 1 декабря 2018 года (далее «PP NZPC»). Страхование регулируется действующим законодательством Чешской Республики.
2. В качестве Страховщика выступает компания INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., член AXA Group, зарегистрированный офис которой находится по адресу: авеню Луиз 166, 1050 Брюссель, Бельгия (Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgie), зарегистрированная в Коммерческом реестре Грегфского коммерческого суда Брюсселя (Grefe de Tribunal de commerce de Bruxelles) под номером 0415591055, которая осуществляет страховую деятельность посредством своего филиала INTER PARTNER ASSISTANCE, зарегистрированного по адресу ул. Гвездова 1689/2а, 140 62 Прага 4 (Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4), регистрационный номер (IČ): 28225619, зарегистрированного в Городском суде Праги в документе под номером А 59647 (далее «Страховщик»).
3. Это страхование оформляется как страхование от несчастного случая, а не страхование жизни.

Статья 2. Определения

Острое заболевание – это внезапное ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица, которое произошло в течение периода страхования и которое по своему характеру непосредственно угрожает жизни или здоровью застрахованного лица независимо от его воли и требует немедленного лечения. Острым заболеванием не является такое ухудшение здоровья, при котором лечение было начато до момента страхования, либо нарушение здоровья, проявившееся до начала страхования, даже если указанное лицо не подвергалось медицинскому обследованию или лечению. Кроме того, острым заболеванием не является такое нарушение состояния здоровья застрахованного лица, когда медицинское обслуживание целесообразно и необходимо, но может быть отложено и предоставлено по возвращении на территорию той страны, паспортом которой владеет застрахованное лицо, или другого государства, где застрахованному лицу разрешено пребывание.

Ассистентская компания это юридическое лицо, действующее от имени и по поручению Страховщика и предоставляющее застрахованному лицу или его уполномоченному представителю страховое возмещение и соответствующие ассистентские услуги. Ассистентская компания представляет Страховщика при наступлении страховых событий, их расследовании и урегулировании. Ассистентская компания или другое лицо, уполномоченное Страховщиком, имеют право действовать от имени Страховщика во всех страховых случаях, предусмотренных настоящими PP NZPC. Адрес Ассистентской компании: AXA Assistance CZ, s.r.o., ул. Гвездова 1689/2а, 140 62, ПРАГА 4 – Панкрац, Чешская Республика (Hvězdova 1689/2a, 140 62, PRAHA 4 – Pankrác, Česká republika).

Иностранец – это физическое лицо, не являющееся гражданином страны, которую он посещает и в отношении которой оформляет данный вид страхования.

Непредвиденное событие – это событие, наступление которого в течение страхового периода можно обоснованно предположить, но в момент оформления страхования не ясно, наступит ли оно, и когда именно.

Опасные и рисковые виды спорта и деятельности – это виды деятельности, связанные с гораздо большим риском, нежели обычные занятия спортом: банджи-джампинг, прыжки на лыжах, прыжки с парашютом, безмоторные и моторные полеты всех видов, все виды скалолазания, катание на водных лыжах, сплав по рекам всех видов и все виды дайвинга, ски-альпинизм, сноубординг и катание на лыжах за пределами размеченных трасс или вне предусмотренного времени движения на размеченных трассах, лыжная акробатика, бобслей и лыж-боб, снежный рафтинг, автоспорт всех видов, автоспорт на снегу, льду и воде, каньонинг и спелеология, каскадерство, боевые искусства, внедорожные спуски на горных велосипедах, верховая езда, скейтбординг, скелетон, катание на роликовых коньках и мероприятия, направленные на побитие спортивных рекордов, а также другие экстремальные и адреналиновые виды спорта. Решение о признании опасными конкретных видов спорта или физической активности принимается страховщиком.

Выгодоприобретатель – это лицо, которое в результате страхового события, имеет право на получение страхового возмещения.

Близкое лицо (лицо, близкое застрахованному лицу) в соответствии с § 22 Гражданского кодекса – это прямой родственник, брат/сестра, супруг/а; что касается других членов семейных или аналогичных отношений, близкими считаются лица, если ущерб, понесенный одним из них, другое лицо воспринимает как свой личный ущерб. Имеется в виду, что близкими лицами являются прямые родственники супругов или лица, проживавшие совместно длительное время.

Застрахованное лицо (застрахованный) – это физическое лицо, которое номинально или другим однозначным способом недвусмысленно указано в договоре страхования, и здоровье которого покрывает страховка, или лицо, чьи права и законные интересы являются предметом страхования.

Страхование – это правоотношения, вытекающее из Договора страхования, согласно которому Страховщик соглашается предоставить Страхователю или третьей стороне страховое возмещение, если наступает страховой случай, который покрывается страховкой (страховое событие), а Страхователь обязуется заплатить Страховщику страховой взнос.

Период страхования – это период, на который заключается страхование.

Страховое событие – это случайное событие, подробно обозначенное в Договоре страхования или в Условиях страхования, которое наступает в течение периода страхования и на основании которого вступает в силу обязанность Страховщика предоставить Страхователю или третьей стороне страховое возмещение в соответствии с положениями настоящих страховых условий.

Страховое возмещение – это возмещение ущерба, которое Страховщик обязан предоставить, если наступило страховое событие; Страховщик предоставляет его в соответствии с положениями Условий страхования и/или договорных соглашений по страхованию.

Страховщик – это юридическое лицо, которое вправе осуществлять страховую деятельность в соответствии с законом № 277/2009 Sb., «О страховании» в действующей формулировке.

Страхователь – это лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Профессиональный спорт – это достижение спортивных результатов за плату или иное вознаграждение.

Шенгенская зона – это территория большинства европейских стран (страны Шенгенского соглашения), в пределах которой лицам разрешается пересекать границы государств Шенгенского соглашения в любом месте, без необходимости прохождения пограничного контроля. Государства Шенгенского соглашения – это, в основном, страны Европейского Союза, а также отдельные страны, не входящие в ЕС. Шенгенская зона охватывает также некоторые из заморских территорий стран-членов. Для целей настоящего страхования под Шенгенской зоной подразумеваются только те части территорий государств Шенгенского соглашения, которые расположены на географической территории Европы.

Случай ущерба – это факт нанесения ущерба, который мог бы служить основанием для возникновения права на страховое возмещение.

Террористический акт – это использование силы или насилия либо угрозы применения силы или насилия со стороны любого лица или группы лиц самостоятельно либо в чью-то пользу или в сотрудничестве с любой организацией или правительством, совершаемое по политическим, религиозным, идеологическим или этническим мотивам либо с целью причинения ущерба здоровью человека, материальному или нематериальному имуществу или инфраструктуре, в том числе с целью оказания влияния на какое-либо правительство или запугивания населения либо части населения.

Травма – это внезапное и неожиданное воздействие внешних сил или своей собственной физической силы независимо от воли застрахованного лица, которое произошло в течение периода страхования и которое причинило ущерб здоровью застрахованного лица или его смерть.

Публично организованные спортивные соревнования (далее – «соревнования») – это состязания, организованные физкультурной или любой другой организацией, спортивным или иным клубом, а также любая подготовка к такой деятельности или предварительно организованное мероприятие для достижения конкретных спортивных результатов.

Тяжелое заболевание – это заболевание, которое может поставить под угрозу общественное здоровье, заболевание, подлежащее уведомлению в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (ММСП), недавно выявленные крайне опасные инфекционные заболевания, туберкулез дыхательных путей в активной стадии, микроскопический, культурально-позитивный, или с в стадии развития, сифилис или прочие инфекционные заболевания, ввиду выявления которых соответствующий административный орган защиты против распространения данных заболеваний примет защитные меры в соответствии с законом № 258/2000 Свода законов, Об охране здоровья населения, в действующей редакции, или заболевание и инвалидность, которые могут серьезно угрожать общественному порядку, а именно душевные расстройства и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, или острые психотические расстройства, бредовые или импульсивные состояния и прочие заболевания, вызывающие поведение угрожающего характера, которое проявляется в форме насильственных или деструктивных действий, или в форме угроз, вытекающих из таких действий.

Статья 3. Возникновение, срок действия и прекращение страхования, период страхования, страховой взнос

1. Договор страхования, предметом которого является страхование, заключается после уплаты страхового взноса в размере, указанном в проекте договора страхования.
2. Для заключения Договора страхования необходимо, чтобы проект договора страхования был принят путем уплаты страхового взноса в течение 30 дней со дня получения Страхователем проекта договора страхования. Если Страхователь не уплачивает взнос в течение срока, указанного в предыдущем пункте, Договор страхования становится недействительным.
3. Страховщик устанавливает размер страхового взноса в зависимости от объема страхования, оценки риска, предела возмещения или других существенных факторов, влияющих на его размер. Страховой взнос выплачивается один раз, его размер указан в Договоре страхования и должен быть оплачен в валюте, которую Страхователь выберет при заключении Страхового договора.
4. Уплатой страхового взноса считается:
 - a) момент зачисления суммы взноса на счет поставщика платежных услуг Страховщика в случае уплаты Страхователем взноса Страховщику;
 - b) время зачисления взноса на счет поставщика платежных услуг представителя Страховщика в случае уплаты Страхователем взноса представителю Страховщика;
 - c) передача наличных денежных средств Страховщику в случае уплаты страхового взноса наличными непосредственно Страховщику или его уполномоченному сотруднику;
 - d) передача наличных денежных средств представителю Страховщика, если Страхователь оплачивает страховой взнос наличными представителю Страховщика.
5. Страховщик вправе получить страховой взнос за весь период страхования, если в настоящих РР ZPSK не указано иное.
6. Если Договор страхования заключается в соответствии с положениями пунктов 1 и 2 настоящей статьи, страхование возникает (т.е. является действующим) в 00:00 дня, указанного в Договоре страхования в качестве даты начала страхования.
7. Страхование заключается на период страхования, указанный в Договоре страхования и заканчивается в 24:00 дня, указанного в Договоре страхования в качестве окончания страхования.
8. Страхование прекращается в случае:
 - a) истечения срока страхования;
 - b) письменного соглашения сторон;
 - c) уведомления Страховщика или Страхователя о расторжении;
 - d) в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом.
9. Страхование может быть прекращено письменно оформленным соглашением только при условии, что письменно оформленное соглашение заключено не позднее даты, указанной в Договоре страхования в качестве даты начала страхования; в этом случае, Страховщик возмещает страховой взнос за вычетом расходов, связанных с заключением Договора страхования и его оформлением, что составляет 20% от страхового взноса. Страхователь и застрахованное лицо должны вернуть Страховщику все документы, подтверждающие оформление страхования.
10. Если поступление страховых взносов прекратится до истечения срока страхования по какой-либо причине, кроме указанных в предыдущем пункте, страховые взносы будут принадлежать Страховщику до окончания периода страхования, если Гражданским кодексом или в Договором страхования не предусмотрено иное.
11. Страхование не может быть прервано в течение периода страхования.
12. Тот факт, что застрахованное лицо стало участником государственного медицинского страхования не может являться причиной аннулирования настоящего страхования.

Статья 4. Территориальная сфера применения, виды страхования

1. Страхование распространяется только на страховые события, которые происходят в Шенгенской зоне, за исключением государства, гражданином которого является застрахованное лицо или в котором застрахованное лицо проживает либо является участником государственного медицинского страхования.
2. Страхование распространяется на туризм, учебу и работу.

Статья 5. Страховое событие

1. Страховым событием является внезапное острое заболевание или травма застрахованного лица, которые произошли в течение периода страхования и потребовали необходимого и неотложного лечения, с которым согласно настоящим PP NZPC связано наступление выполнения обязательств Страховщика. Обязательство о страховом возмещении ограничено исключениями и лимитами страхового возмещения.
2. События, возникающее в результате одной причины и включающие все обстоятельства и их последствия, объединенные причинной, временной или иной прямой связью, считаются одним страховым событием.
3. Страховой опасностью является изменение состояния здоровья Застрахованного лица вследствие внезапного острого заболевания или травмы.
4. Страховщик выплачивает страховое возмещение в связи со страховым событием соразмерно обоснованным затратам на:
 - a) необходимое и неотложное медицинское обследование для постановки диагноза и назначения лечения
 - b) необходимое и неотложное амбулаторное медицинское обследование
 - c) необходимое и неотложное пребывание в лечебном учреждении (госпитализацию) в стандартной палате со стандартным оборудованием и стандартным медицинским обслуживанием в течение строго необходимого периода: диагностические исследования, лечение, включая хирургическое вмешательство, анестезию, лекарственные средства, медицинские принадлежности и больничное питание
 - d) лекарственные средства, назначенные врачом в связи со страховым событием, и соответствующие необходимому и неотложному лечению
 - e) необходимое и неотложное обследование зубным врачом в случае острого болезненного состояния зубов, хирургическое лечение или простое пломбирование (включая рентген), а также обследование в целях немедленного снятия боли вследствие воспаления слизистых оболочек ротовой полости в пределах страхового возмещения, предусмотренного PP NZPC; при лечении зубов вследствие травмы такой предел не предусмотрен.
 - f) транспортировку от места получения травмы или заболевания до ближайшего соответствующего медицинского учреждения, если застрахованное лицо по состоянию здоровья не может быть транспортировано общественным транспортом
 - g) транспортировку от врача в лечебное учреждение либо из одного лечебного учреждения в другое специализированное лечебное учреждение, если это необходимо по состоянию здоровья застрахованного лица или по предписанию лечащего врача
 - h) транспортировку застрахованного лица из лечебного учреждения к месту пребывания в Шенгенской зоне, если по медицинским показаниям для перевозки не может быть использован общественный транспорт
 - i) репатриацию застрахованного лица на территорию страны, паспортом которой владеет застрахованное лицо, или другого государства, в котором застрахованному лицу разрешено пребывание, если ему необходимо продолжение лечения, и его состояние здоровья позволяет осуществить репатриацию; Страховщик или Ассистентская компания оставляют за собой право принятия решения о необходимости репатриации застрахованного лица, о сроках репатриации и способе транспортировки, причем не только на основании информации, полученной от лечащего врача
 - j) транспортировку останков застрахованного лица на территорию страны, паспортом которой владеет застрахованное лицо, или другого государства, в котором застрахованному лицу было разрешено пребывание; транспортировка останков должна производиться только организацией, утвержденной Страховщиком или Ассистентской компанией Страховщика.

Статья 6. **Страховое возмещение**

Медицинское страхование иностранцев в случае необходимой и неотложной помощи	Лимит страхового возмещения
Общий лимит	1 600 000 CZK однако не менее 60 000 EUR
Репатриация и транспортировка	Фактические расходы в пределах общего лимита
Стоматологическое лечение	5 000 CZK

1. Верхний лимит страхового возмещения определяется лимитом страхового возмещения, сумма которого указана в Договоре страхования и статье 6 настоящих PP NZPC. Приведенные лимиты страхового возмещения распространяются на одно страховое событие. Независимо от изменения курса евро по отношению к чешской кроне (CZK), Страховщик гарантирует лимит страхового возмещения в размере 60 000 евро, установленного по курсу Чешского Национального банка, действующего на день наступления страхового события.
2. Решение о страховом возмещении и его размере принимает Страховщик в соответствии с настоящими PP NZPC, Договором страхования и на основании предоставленных документов.

3. Расследование страхового события

- 3.1 При наступлении события, с которым человек, который считается уполномоченным лицом, связывает требование о страховом возмещении, необходимо без неоправданной задержки сообщить о нем Страховщику, представить последнему достоверное объяснение возникновения и степени тяжести последствий такого события, сообщить о правах третьих лиц и каком-либо дополнительном страховании; одновременно представить Страховщику необходимые документы и действовать в порядке, предусмотренном Договором страхования и Условиями страхования. Если человек, который считается уполномоченным лицом, не является Застрахованным лицом или Страхователем, то обязательства, приведенные в настоящем пункте, выполняются Страхователем и Застрахованным лицом.
- 3.2 После уведомления в соответствии с пунктом 3.1 настоящей статьи Страховщик должен без неоправданных задержек инициировать расследование для определения наличия и степени своей ответственности. После завершения расследования его результаты сообщаются лицу, применившему право на страховое возмещение; по просьбе такого лица Страховщик в письменной форме изложит основания для страхового возмещения или причины отказа в последнем.
- 3.3 Если уведомление, предусмотренное предыдущими пунктами, содержит заведомо ложные данные или грубо искаженные существенные факты, касающиеся содержания страхового события, либо в нем умышленно утаиваются данные, связанные с этим событием, Страховщик имеет право на возмещение расходов, понесенных с целью расследования факта, информация о котором была ему сообщена или утаена. Если действия Страхователя или иного лица, пользующегося правом на страховое возмещение, вызовут расходы в связи с расследованием или такие расходы будут увеличены в связи с нарушениями обязательств, Страховщик вправе получить от них соответствующую компенсацию.
- 3.4 В связи с расследованием страхового события Страховщик может потребовать данные о состоянии здоровья или причине смерти застрахованного лица, если на это Страховщику было дано согласие Страхователя или Выгодоприобретателя в случае смерти застрахованного лица. Если Страхователь или Выгодоприобретатель не дадут Страховщику такого согласия или отзовут его в ходе расследования страхового события и, в том случае, если это событие имеет существенное влияние на определение или повышение размера страхового возмещения, Страховщик имеет право уменьшить страховое возмещение пропорционально тому, какое влияние имело это обстоятельство на обязательства Страховщика в части возмещения.
- 3.5 Определение размера страхового возмещения, предусмотренное предыдущим пунктом проводится на основании освидетельствования врачом, назначенным Страховщиком. Страховщик в этом случае несет:
- расходы, связанные с таким медицинским освидетельствованием или обследованием;
 - командировочные расходы в размере стоимости проезда на общественном автотранспорте или в железнодорожном пассажирском вагоне второго класса;
 - расходы на оплату медицинского заключения в случае необходимости.
- 3.6 Если Страховщик не требует медицинского обследования, исследования или медицинского заключения, расходы, связанные с ними, не возмещаются.
4. Страховое возмещение выплачивается в течение 15 дней с момента завершения расследования в соответствии с положениями предыдущих пунктов. Если невозможно закончить расследование, необходимое для установления страхового события, размера страхового возмещения или установления лица, уполномоченного принимать страховое возмещение, в течение 3 месяцев со дня уведомления, Страховщик сообщает уведомителю о причинах невозможности закончить расследование; по просьбе уведомителя Страховщик сообщает о причинах невозможности закончить расследование в письменном виде. По запросу лица, имеющего право на страховое возмещение, Страховщик предоставляет последнему соразмерную авансовую выплату; это не применяется при наличии разумных оснований для отказа в предоставлении аванса.
5. Страховое возмещение выплачивается в валюте, применимой на территории возникновения страхового события, если не оговорено иное.
6. Если нарушение обязательств Страхователя, Страховщика или иного лица, имеющего право на страховое возмещение, оказало существенное влияние на продолжительность страхового события, увеличение степени тяжести его последствий, а также на определение размера страхового возмещения, Страховщик имеет право уменьшить размер страхового возмещения пропорционально воздействию нарушения на объем обязательств Страховщика по выплате страхового возмещения.
7. Если лицо, имеющее право на страховое возмещение, умышленно создало страховое событие, или по его инициативе это сделало третье лицо, право на получение страхового возмещения по такому страхованию не возникает.
8. Обязательство по выплате страхового возмещения ограничивается исключениями и лимитами страхового возмещения.

Статья 7. Исключения при страховании

1. Страховщик не обязан предоставлять страховое возмещение, если:
 - a) застрахованное лицо или лицо, пользующееся правом на получение страхового возмещения, не следует указаниям Страховщика или Ассистентской компании и не сотрудничает с ними, либо не предоставляет Страховщику или Ассистентской компании документы, требуемые для предоставления услуг
 - b) застрахованное лицо отказывается от предлагаемой Страховщиком репатриации
 - c) застрахованное лицо отказывается от лечения или необходимого медицинского обследования у врача, назначенного Страховщиком или Ассистентской компанией
 - d) Страховщик не смог расследовать случай ущерба по той причине, что застрахованное лицо или лицо, имеющее право на страховое возмещение, не освободили от обязанности сохранять конфиденциальность лечащего врача либо другое учреждение по отношению к Страховщику или Ассистентской компании
 - e) застрахованное лицо или лицо, имеющее право на страховое возмещение, не предоставили Страховщику или Ассистентской компании возможность связаться с лечащим врачом или с другими учреждениями, в которые Страховщик или Ассистентской компания решит обратиться
 - f) застрахованное лицо либо лицо, имеющее право на получение страхового возмещения, умышленно дали Страховщику или Ассистентской компании ложную или неполную информацию о случае ущерба
 - g) случай ущерба наступил вследствие нарушения застрахованным лицом либо лицом, имеющим право на страховое возмещение, законодательства, действующего на территории Шенгенской зоны
 - h) случай ущерба наступил в связи с беспорядками, вызванными застрахованным лицом либо лицом, имеющим право на страховое возмещение, или в связи с преступлением, либо попыткой совершения последнего; данное исключение не действует в случае травмы на территории ЧР
 - i) случай ущерба наступил в связи с активным или пассивным участием застрахованного лица или лица, пользующегося правом на страховое возмещение, в военных конфликтах, миротворческих миссиях, боевых или военных событиях, участием застрахованного лица в восстаниях, демонстрациях, массовых беспорядках или бунтах, общественном насилии, забастовках или вмешательстве в решения органов государственной власти
 - j) случай ущерба был вызван Выгодоприобретателем или иным лицом по инициативе Страхователя или Выгодоприобретателя
 - k) случай ущерба возник при определенных действиях в местах, не предназначенных для таких действий (например, катание на лыжах за пределами обозначенных трасс, прыжки с моста и т.п.)
 - l) случай ущерба наступил в связи с активным участием застрахованного лица или лица, имеющего право на страховое возмещение, в террористическом акте либо подготовке к нему
 - m) случай ущерба наступил в стране, паспортом которой владеет застрахованное лицо, или в стране, где застрахованное лицо является участником государственного медицинского страхования
 - n) случай ущерба наступил вследствие самоубийства, попытки совершения самоубийства или преднамеренного самоповреждения застрахованного лица, данное исключение не действует в случае травмы на территории ЧР;
 - o) случай ущерба наступил в связи с употреблением алкоголя или других наркотических, психотропных или токсических веществ; данное исключение не действует в случае травмы на территории ЧР;
 - p) случай ущерба наступил в связи с занятиями опасными или рисковыми видами спорта либо физической активности или в связи с занятиями профессиональным спортом либо участием в соревнованиях и подготовке к ним
 - q) случай ущерба вызван воздействием ядерной энергии или ядерных рисков или химического или биологического загрязнения
 - r) случай ущерба наступил вследствие умышленных действий, по вине или при участии застрахованного лица либо лица, имеющего право на страховое возмещение; данное исключение не действует в случае травмы на территории Чешской Республики
 - s) было установлено, что застрахованное лицо страдает серьезным заболеванием.
2. Страховщик не обязан предоставлять страховое возмещение в случае страховых событий, которые наступили до уплаты страховых взносов.
3. Страховщик не обязан предоставлять страховое возмещение в случае:
 - a) когда медицинское обслуживание было связано с лечением заболевания или травмы, существовавших до заключения Договора страхования;
 - b) когда при лечении болезни или травмы возникают осложнения, на которые данная страхование не распространяется;
 - c) когда медицинское обслуживание будучи целесообразным и эффективным, может быть отложено до возвращения на территорию государства, паспортом которой владеет застрахованное лицо, или другого государства, в котором застрахованному лицу разрешено пребывание;

- d) профилактических осмотров; если контрольное обследование или лечебное обследование и лечение не связаны напрямую с внезапным заболеванием или травмой; осмотры, обследования и лечения согласно пункту d) настоящего абзаца возможны только с разрешения Ассистентской компании;
- e) если целью пребывания на территории Шенгенской зоны является лечение и продолжение лечения, которое началось за пределами Шенгенской зоны
- f) если медицинское обследование (в том числе лабораторное и УЗИ) производилось для установления беременности, ее прерывания, любых осложнений беременности после 18 недель беременности, родов, в том числе преждевременных и в послеродовом периоде, обследования и лечения бесплодия, искусственного оплодотворения, а также в случае расхождений, связанных с контрацепцией и гормональной терапией; при любых осложнениях беременности, если страхование имело место в период беременности застрахованной;
- g) обследования состояния зубов, помимо острых случаев, и предоставления связанных с ним услуг, установки зубных протезов, коронок или модификаций челюсти, установки брекетов, мостов, удаления зубного камня или налета;
- h) осуществления лечения лицом, близким Страхователю, или лицом, не имеющим соответствующей квалификации, в случае лечебных процедур вне лечебных учреждений, зарегистрированных на территории Шенгенской зоны, лечения методами, научно не признанными на территории Шенгенской зоны, приобретения лекарств и медицинских принадлежностей без рецепта врача;
- i) вакцинации, за исключением вакцинации против столбняка и бешенства в связи с травмой
- j) реабилитации, физиотерапии и водолечения в специализированных медицинских учреждениях, акупунктуры и гомеопатического лечения, хиропрактических процедур, лечебной физкультуры или тренировки навыков самостоятельности;
- k) трансплантации органов, лечения гемофилии, инсулинотерапии, кроме применения ее при оказании первой помощи, хронического гемодиализа, лечения медицинскими препаратами, начатого до момента страхования;
- l) обследования и лечения инфекционных венерических заболеваний, включая ВИЧ / СПИД;
- m) обследования и лечения гепатита;
- n) обследования и лечения психических и психиатрических заболеваний и расстройств, лечения с применением психотерапии и психоанализа;
- o) обследования и лечения врожденных пороков;
- p) когда медицинская помощь была оказана сверх рамок стандарта необходимой и неотложной медицинской помощи, предоставляемой за счет государственного медицинского страхования государств Шенгенского договора, на территории, которая является частью Шенгенской зоны, и на которой Застрахованному лицу была оказана необходимая и неотложная помощь;
- q) лечения проявлений, связанных с пристрастием к алкоголю или другим веществам, указанным в пункте o) абзаца 1 настоящей статьи, в том числе любых осложнений и связанных с ними заболеваний;
- r) изготовления и ремонта протезов (ортопедических, стоматологических), очков, контактных линз или слуховых аппаратов, приобретения ортезов в исполнении, отличающемся от базовой версии;
- s) компенсации за дополнительную медицинскую помощь и услуги
- t) компенсации за поддерживающие препараты, витаминные препараты и пищевые добавки;
- u) компенсации за косметические и эстетические операции;
- v) возмещения расходов на регулирующие сборы и доплаты;
- w) осложнений, вызванных нарушением режима лечения, установленного лечащим врачом.

Статья 8. Переход прав Застрахованного лица к Страховщику

1. Если в связи с угрозой наступления или наступлением страхового события для лица, имеющего право на страховое возмещение, Застрахованного лица или лица, понесшего расходы по спасению, помимо иного права возникло право на возмещение ущерба или иное подобное право, это право требования, включая сопутствующие элементы, обеспечение и другие права, с ним связанные, в момент выплаты страхового возмещения, переходит к Страховщику, причём в размере страхового возмещения, которое Страховщик выплатил Выгодоприобретателю. Это не касается тех случаев, когда такое право возникает у лица по отношению к лицу, которое разделяет с ним совместное жилье или материально зависим от него, разве только если страховое событие не создано умышленно.
2. Лицо, чье право перешло к Страховщику, передает Страховщику необходимые документы и уведомляет его обо всем, что необходимо для получения страхового возмещения, а именно: сообщает Страховщику достоверную и полную информацию о страховом событии, о третьем лице, по отношению к которому имеет право на возмещение ущерба или иное аналогичное право, о его Страховщике или законном представителе или о других

законных представителях, выступающих от имени третьего лица или, где это применимо, о другой компенсации ущерба, полученной от третьего лица или другого Страховщика.

3. Если лицо, чьи права перешли к Страховщику, требует возмещения ущерба от третьей стороны, ответственной за возникновение страхового события, или от страховщика третьей стороны, это лицо должно сообщить третьему лицу или страховщику третьего лица о существовании права Страховщика на возмещение ущерба в соответствии с настоящей статьей. Лицо, чьи права перешли к Страховщику, должно также оказать необходимое содействие, чтобы право Страховщика по отношению к третьему лицу или страховщику третьего лица могло быть реализовано. Лицо, чьи права перешли к Страховщику, также обязано предпринять все меры по предотвращению упушения времени или прекращения прав Страховщика на возмещение ущерба на основании настоящей статьи.
4. Если лицо, чье право перешло к Страховщику, сорвет передачу права Страховщику, Страховщик вправе уменьшить сумму страхового возмещения, которое это лицо могло бы получить в противном случае. Если Страховщик уже предоставил возмещение, он имеет право на компенсацию вплоть до полной суммы возмещения.

Статья 9. Обработка персональных данных застрахованных лиц

1. Страховщик, выступающий в роли администратора – это юридическое лицо, уполномоченное к обработке персональных данных страхователя и застрахованных лиц (далее обобщенно «субъекты данных») в объеме, необходимом к надлежащему выполнению обязанностей страховщика, указанных в Договоре страхования и общеобязательных правовых нормах. Страховщик имеет право обрабатывать персональные данные субъекта данных в течение периода времени, необходимого для обеспечения прав и обязательств, вытекающих из Договора страхования, и затем в течение периода, предусмотренного общеобязательными правовыми нормами (например законом об архивировании, законом о предотвращении отмывания преступных доходов, нормами бухгалтерского учета или положениями налогового законодательства и т.д.).
2. Страховщик обязан:
 - принять необходимые меры для предотвращения несанкционированного или случайного доступа к персональным данным, изменений, удаления или потери данных, несанкционированного перемещения данных, и других несанкционированных обработок и злоупотреблений (данное обязательство остается действительным и после окончания обработки персональных данных);
 - обрабатывать исключительно достоверные и корректные персональные данные;
 - собирать персональные данные исключительно в объеме, соответствующем своему предназначению;
 - не объединять персональные данные, полученные для различных целей обработки;
 - при обработке персональных данных обеспечить защиту прав на неприкосновенность частной жизни субъекта данных;
 - по запросу субъекта данных предоставить информацию об обработке персональных данных;
3. Администратор имеет право предоставлять персональные данные другим субъектам (далее «оператор») в соответствии с предназначением и сроками использования данных, указанными в пункте 1 настоящей статьи
4. Администратор обязуется обеспечить соблюдение всеми лицами, вступающими в контакт с персональными данными (особенно сотрудниками Администратора, Операторами, сотрудниками Оператора) обязанностей, установленных законом, Договором страхования и Условиями страхования, в том числе и после прекращения договорных или трудовых отношений.

Статья 10. Форма правовых отношений, вручение документов

1. Юридические акты, предусмотренные для изменения или прекращения Договора страхования должны быть оформлены письменно.
2. Уведомление о страховом событии может быть сделано по телефону или по электронной почте; тем не менее, по просьбе Страховщика, лицо, имеющее право на страховое возмещение, оформляет уведомление о страховом событии письменно на фирменном бланке Страховщика.
3. Корреспонденция, касающаяся расследования страхового случая, также может направляться электронной почтой на адрес электронной почты Страховщика и/или лица, имеющего право на страховое возмещение, или факсом на номер факса Страховщика и/или лица, имеющего право на страховое возмещение.
4. По письменному запросу лица, имеющего право на страховое возмещение, Страховщик сообщает такому лицу о результатах расследования страхового события в письменной форме или же письменно сообщает ему о причинах невозможности завершения расследования в предусмотренные сроки.

5. Юридический акт, оформленный письменно, должен быть вручен другой стороне в соответствии с положениями настоящей статьи.
6. Юридический акт, оформленный письменно (именуемый в дальнейшем «документ»), доставляется адресату:
 - a) почтой, владеющей почтовой лицензией согласно законодательству, по последнему адресу адресата, которому документ предназначен, или
 - b) в электронном виде, подписанный в соответствии с действующими правовыми предписаниями, или
 - c) курьером или лицом, уполномоченным Страховщиком.
7. Если документ предназначен Страховщику, адресом доставки является адрес уполномоченного представителя Страховщика, компании AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Česká republika. Доставка уполномоченному представителю Страховщика считается доставкой Страховщику.
8. Если адресата не окажется на месте, документ хранится в почтовом отделении. Если адресат не получит документ в течение 15 календарных дней с даты его отправки, последний день такого срока считается днем доставки, даже если адресат не узнал о хранении.
9. Если адресат отказался принять документ, документ считается врученным в день отказа от его получения.
10. Если адресат не оказался в месте доставки, не сообщив об этом страховщику, документ считается врученным в день возвращения почтового отправления как неполученного.
11. Любые правовые акты и уведомления, касающиеся страхования, должны быть оформлены на чешском языке.

Статья 11. Права и обязанности

I. Обязанности Страхователя

1. Если Страхователь ведет переговоры в пользу страхуемого лица, считается, что Страхователь имеет страховой интерес к жизни и здоровью застрахованного лица. Страхователь обязан предоставить страхуемому лицу условия страхования и информировать его о содержании Договора страхования и Условий страхования.
2. В случае прекращения страхования до истечения согласованного срока, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис и Договор страхования в течение 5 рабочих дней с даты прекращения страхования.
3. В случае расторжения Договора страхования на основании Гражданского кодекса Страхователь должен вернуть Страховщику документ о страховании не позднее, чем через 7 рабочих дней со дня отправки Страхователем Страховщику письменного заявления о намерении расторгнуть Договор страхования. В случае неисполнения Страхователем обязательств, упомянутых в предыдущем предложении, Страховщик вправе требовать неустойку в размере суммы страхования по Договору страхования, который Страхователь пожелал расторгнуть.
4. Если Страхователь также является Застрахованным лицом, на него распространяются все обязательства Застрахованного лица.

II. Обязанности Застрахованного лица

1. Кроме обязательств, установленных Гражданским кодексом и Договором страхования, Застрахованное лицо также обязано заботиться о том, чтобы страховое событие не наступило, а именно: не нарушать предусмотренные законодательством обязательства, направленные на избежание и снижение рисков. Обязательства Застрахованного лица, изложенные в положениях настоящей статьи, применяются также к лицу, пользующемуся правом на страховое возмещение.
2. Застрахованное лицо обязано в случае возникновения страхового случая, в первую очередь, связаться с Ассистентской компанией с просьбой о предоставлении услуг, являющихся частью страхования, проинформировать ее о случившемся, прежде всего, о дате и месте происшествия, сообщить адрес Застрахованного лица, попросить Ассистентскую компанию Страховщика дать необходимые инструкции и действовать в соответствии с ними. Если объективные условия страхового события не позволяют Застрахованному лицу связаться с Ассистентской компанией до предоставления услуг, он обязан сделать это сразу, как только упомянутые условия это позволяют.
3. При возникновении болезни или несчастного случая Застрахованное лицо должно без неоправданной задержки обратиться за медицинской помощью, предъявить документ, удостоверяющий его личность, и документ, подтверждающий страхование, выполнять указания врача, и если этого потребует впоследствии Страховщик, пройти за счет Страховщика медицинское обследование у врача, назначенного Страховщиком.
4. Застрахованное лицо также обязано согласиться с репатриацией по предложению Страховщика или Ассистентской компании, если состояние его здоровья это позволяет. Если Застрахованное лицо не выполняет это обязательство, то Страховщик имеет право прекратить предоставление страхового возмещения.
5. Застрахованное лицо обязано предварительно согласовать с Ассистентской компанией услуги транспортировки, предусмотренной положениями статьи 5 пункта 4 литер g), h), i), j), и затем следовать указаниям Компании.
6. В случае наступления страхового события, Застрахованное лицо обязано:

- a) сделать все возможное, чтобы уменьшить степень ущерба и его последствия
 - b) если требуется страховое возмещение расходов, понесенных в связи со случаем ущерба, необходимо сообщить Страховщику без неоправданной задержки в письменной форме на соответствующем формуляре «Уведомление о случае ущерба» о возникновении страхового события и привести его правдивое описание; если в случае нарушения обязательства, указанного в разделе II настоящей статьи увеличатся расходы Страховщика, связанные со страховым событием, Страховщик имеет право потребовать возмещения расходов тем лицом, которое нарушило обязательство
 - c) следовать указаниям страховщика и/или Ассистентской компании и результативно сотрудничать с ними, выполнять другие обязательства, предусмотренные Страховщиком и/или Ассистентской компанией, настоящими PP NZPC или законодательством
 - d) незамедлительно заявить в полицию о случае ущерба по месту возникновения такого случая, если случай возник при обстоятельствах, свидетельствующих о правонарушении или преступлении, и предоставить составленный полицией протокол Страховщику
 - e) после возникновения ущерба представить достаточные доказательства масштаба события ущерба, полученные в результате следственных действий полиции или других следственных органов
 - f)) правдиво и полно ответить на все вопросы Страховщика или Ассистентской компании в отношении страхования и страхового события, и тяжести последствий случая ущерба / страхового события
 - g) дать возможность Страховщику и/или Ассистентской компании произвести все необходимые исследования случая ущерба, принять решение по оценке страхового возмещения, определению его суммы и обеспечить при этом необходимое содействие
 - h) без неоправданной задержки сообщить Страховщику, что в связи со страховым случаем было возбуждено уголовное дело в отношении Застрахованного лица и правдиво информировать Страховщика о ходе и результатах рассмотрения дела
 - i) для целей уточнения данных о состоянии здоровья Застрахованного лица или о причине смерти Застрахованного лица освободить врача от обязанности хранить конфиденциальность по отношению к Страховщику или Ассистентской компании
 - j) предоставить в случае реализации репатриации содействие для обеспечения последующей госпитализации в медицинском учреждении в стране, паспортом которой владеет застрахованное лицо, или в другом государстве, в котором застрахованному лицу разрешено пребывание
 - k) в случаях, когда медицинские учреждения требуют немедленной оплаты расходов, связанных со страховым событием, предоставить оригиналы всех документов
 - l) предоставить Страховщику следующие документы: полную медицинскую документацию, оригиналы счетов и квитанций об оплате медицинского обследования, доказательства оплаты лечения, отпускаемых по рецепту лекарств (в том числе копии рецептов врача, выданные на имя застрахованного лица) и транспортировки, полицейский протокол (в случае, если событие было расследовано полицией), а также другие документы, которые потребует Страховщик и/или Ассистентская компания Страховщика.
7. По требованию Страховщика или Ассистентской компании Застрахованное лицо должно обеспечить за свой счет перевод официальных документов, необходимых для расследования страхового события на чешский язык.
 8. Если Застрахованное лицо имеет страховой полис такого же или аналогичного характера, оформленный другой страховой компанией, оно должно поставить Страховщика в известность об этом.
 9. Любое лицо, обращающееся с просьбой о предоставлении страхового возмещения, должно предоставить Страховщику или Ассистентской компании требуемые документы, если они влияют на определение Страховщиком обязанности по выплате страхового возмещения и размера страхового возмещения.
 10. В случае нарушения обязательств, предусмотренных настоящей статьей, Страховщик имеет право на пропорциональное сокращение размера страхового возмещения или отказ от него.

III. Права и обязанности Страховщика

1. Кроме обязательств, установленных Гражданским кодексом и Договором страхования, Страховщик имеет следующие обязательства:
 - a) обсуждать с Застрахованным лицом или лицом, имеющим право на страховое возмещение, результаты расследования, необходимого для определения объема и суммы страхового возмещения, или сообщать ему о них без неоправданной задержки
 - b) вернуть Застрахованному лицу или лицу, имеющему право на страховое возмещение, документы, которые могут быть запрошены, за исключением оригиналов документов об оплате, на основании которых было предоставлено страховое возмещение
2. Страховщик не обязан расследовать вероятную избыточность страхования, особенно если возмещение расходов на медицинское обслуживание Застрахованного лица было обеспечено другим способом.
3. Страховщик имеет право, в частности:

- a) проверить возникновение, развитие и размеры страхового события (включая свидетельские показания участвующих в событии сторон, экспертные заключения и другие документы);
 - b) потребовать и проверить врачебные заключения;
 - c) снизить сумму страхового возмещения в случаях, предусмотренных Гражданским кодексом
 - d) уменьшить размер страховых выплат, если страховое возмещение было выплачено не в сниженном размере, а впоследствии возникло право на уменьшение страхового возмещения. Страховщик имеет право заявить претензию в отношении разницы между выплаченным и сниженным страховым возмещением лицу, в пользу которого оно было выплачено.
4. Если Застрахованное лицо нарушит обязательства, изложенные в настоящих PP NZPC, Страховщик имеет право пропорционально сократить страховое возмещение или отказать в его выплате.
 5. Если Застрахованное лицо нарушит обязательства, изложенные в настоящих PP NZPC, и в результате этого нарушения возникнут или увеличатся расходы на расследование страховых событий, понесенные Страховщиком, Страховщик вправе потребовать от Страхователя оплаты этих расходов.

Статья 12. Заключительные положения

1. Настоящие PP NZPC являются неотъемлемой частью Договора страхования.
2. Настоящие PP NZPC составлены на чешском, английском и русском языках. В случае разночтений преимущественной считается версия на чешском языке.
3. Языками общения являются чешский, словацкий или английский.
4. Если в настоящих PP NZPC Страховщик ссылается на общеобязательные правовые нормы, то под такими правовыми нормами будет пониматься законодательство, действующее в Чешской Республике.
5. Все споры, возникающие из страхования или в связи с ним, решает при отсутствии согласия сторон компетентный суд Чешской Республики в соответствии с общеобязательными правовыми нормами.
6. Если какое-либо из положений настоящих PP NZPC станет недействительными или сомнительным в связи с изменением общеобязательных правовых норм, будет использована такая общеобязательная правовая норма, которая будет максимально отвечать их характеру и целям.
7. Если в какой-либо момент в течение периода страхования Застрахованное лицо отзовет свое согласие на обследование или дополнительное обследование состояния своего здоровья и, если это будет иметь влияние на расследование для определения размера страхового возмещения, Страховщик оставляет за собой право сокращения или удержания страхового возмещения.
8. Условием действия и продолжительности страхования в месте страхования является законное пребывание Застрахованного лица на территории Шенгенской зоны при исполнении требований, предусмотренных соответствующими законами и правилами.
9. Расходы Страховщика, связанные с оформлением и ведением страхового полиса, составляют 20% от неиспользованного страхового взноса.
10. Настоящие PP NZPC вступают в силу с 1 декабря 2018 года.