



Všeobecné pojistné podmínky pro cestovní zdravotní pojištění cizinců

Zvláštní pojistné podmínky:

- Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců
- Pojištění odpovědnosti za škodu
- Pojištění pro případ úrazu

www.vitalitas.cz

 +420 296 339 629



VITALITAS
POJIŠTOVNA

Všeobecné pojistné podmínky pro cestovní zdravotní pojištění cizinců NZPC01/01.2024

Všeobecné pojistné podmínky pro cestovní zdravotní pojištění cizinců byly schváleny představenstvem Vitalitas pojišťovny, a.s. a nabývají účinnosti dne 1. 1. 2024.

Článek 1 Vymezení pojmů

- Pojištění pro cestovní zdravotní pojištění cizinců sjednávávané Vitalitas pojišťovnou, a.s., se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, dále zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky (dále jen ČR), ve znění pozdějších předpisů a ostatními obecně závaznými právními předpisy ČR, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami pojištění pro cestovní zdravotní pojištění cizinců a pojistnou smlouvou.
- Pro účely sjednávání pojištění mají níže uvedené pojmy následující význam:
 - pojistitelem se rozumí Vitalitas pojišťovna, a.s., IČ 25710966, se sídlem Praha 7, Holešovice, Tusarova 1152/36, PSČ 170 00, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem oddíl B, vložka 5646;
 - pojistník je osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu a je povinna zaplatit pojistné;
 - pojištěným je cizinec (fyzická osoba, která není státním občanem ČR), na jehož zdraví se pojištění vztahuje;
 - oprávněnou osobou je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění, oprávněnou osobou je pojištěný pokud právní předpis nebo pojistná smlouva nestanoví jinak;
 - pojistnou událostí je nahodilá událost, specifikovaná v těchto všeobecných pojistných podmínkách, zvláštních pojistných podmínkách a blíže určena v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění;
 - pojistným zájmem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události;
 - škodnou událostí je skutečnost, ze které vznikla škoda

a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění;

- pojistným je úplata za soukromé pojištění;
 - pojistnou dobou je doba, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno;
 - pojistným obdobím je časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné;
 - běžným pojistným je pojistné stanovené za pojistné období placené pojistníkem v pravidelných platbách;
 - jednorázovým pojistným je pojistné dohodnuté za celou dobu, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno;
 - pojištěním škodovým je pojištění, jehož účelem je náhrada škody (úbytku majetku) vzniklé v důsledku pojistné události;
 - pojištěním obnosovým je pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody;
 - pojistnou smlouvou se rozumí smlouva o finančních službách uzavřená mezi pojistitelem a pojistníkem, jejímž obsahem je zejména závazek pojistitele, v případě vzniku pojistné události, poskytnout ve sjednaném rozsahu pojistné plnění a pojistník se zavazuje zejména platit pojistné;
 - pojistným plněním je částka, kterou je pojistitel povinen plnit na základě pojistné smlouvy, nastane-li pojistná událost specifikovaná v těchto všeobecných pojistných podmínkách, zvláštních pojistných podmínkách a pojistné smlouvě;
 - repatriací se rozumí převoz pojištěného nebo tělesných pozůstatků ze zahraniční nebo ČR zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní;
 - asistenční služba je zabezpečována smluvním partnerem pojistitele, jejím účelem je poskytnout pojištěnému pomoc v souvislosti s pojistnou událostí (řešení jazykových problémů při komunikaci se zdravotnickými zařízeními, zorganizování převozu nebo repatriace pojištěného);
 - smluvní zdravotnické zařízení je zdravotnické zařízení na území ČR, se kterým má smluvní partner pojistitele uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče v souvislosti s tímto pojištěním;
 - 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, přičemž smluvními státy jsou jak země Evropské unie, ale i některé nečlenlé země EU;
 - nutnou a neodkladnou péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému, která se skládá z nezbytné péče zdravotnické pohotovostní a záchranné služby, z lékařem indikované přepravy do nejbližšího zdravotnického zařízení, ze stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření, z nutných a neodkladných zdravotních výkonů včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu, z nezbytné hospitalizace po dobu nezbytně nutnou, a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR;
 - smluvním partnerem pojišťovny je pojistovnou určená osoba, jež jedná jménem pojišťovny a v jejím zastoupení.
- Pojistná smlouva o cestovním zdravotním pojištění cizinců slouží jako doklad při pobytu do 90 dnů dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších předpisů.
 - Všeobecné pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Pojistník musí být s těmito všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami



před uzavřením pojistné smlouvy prokazatelně seznámen, což potvrdí svým podpisem pojistné smlouvy anebo jiným způsobem, prokazujícím seznámení se s pojistnými podmínkami, např. souhlasem s uzavřením pojistné smlouvy při sjednávání cestovního zdravotního pojištění cizinců elektronickou formou. Všeobecné a zvláštní pojistné podmínky platí po celou dobu trvání pojištění sjednaného pojistnou smlouvou a nelze je bez souhlasu pojistníka měnit.

- Ustanovení všeobecných pojistných podmínek se uplatní vždy, pokud není ve zvláštních pojistných podmínkách stanoveno něco jiného. V případě rozporu mezi zvláštními pojistnými podmínkami a všeobecnými pojistnými podmínkami mají přednost ustanovení obsažena ve zvláštních pojistných podmínkách.

Článek 2 Územní platnost pojištění

- Pojištění se vztahuje jen na pojistné události, které vznikly při legálním pobytu pojištěného na území schengenského prostoru, s výjimkou státu, jehož je pojištěný státním občanem, nebo ve kterém je účastníkem veřejného zdravotního pojištění.
- Pro území schengenského prostoru, dle odst. 1 tohoto článku, s výjimkou území ČR, se pojištění vztahuje na turistický pobyt pojištěného v rozsahu nutné a neodkladné péče. Délka jedné zahraniční cesty do zemí schengenského prostoru je max. 30 dní.

Článek 3 Uzavření pojistné smlouvy, počátek a konec pojištění

- Předpokladem vzniku pojištění je uzavření pojistné smlouvy a zaplacení pojistného pojistiteli. Nabídku pojistitele může pojistník přijmout i včasným zaplacením pojistného ve výši uvedené v nabídce.
- Pojištění vzniká a nabývá účinnosti nejdříve den následující po zaplacení pojistného, ovšem nikoli před datem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, není-li v pojistné smlouvě anebo ve všeobecných či zvláštních pojistných podmínkách stanoveno jinak.
- Pojištění se sjednává na pojistnou dobu přesně stanovenou v pojistné smlouvě, která však nesmí být delší než 90 dní.
- Pojištěnou osobou může být pouze cizinec, tj. osoba, která není státním občanem ČR, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.
- Nepojistitelné jsou osoby s těžkými nervovými poruchami, osoby s duševními nemocemi a osoby trpící ochrnutím, drogovou, alkoholovou závislostí a závislostí na léčivech, cirhózou jater, rakovinou, zhoubným nádorem (karcinom), nemocí TBC, dialýzou ledvin, infekcí HIV, nemocí AIDS.
- S nepojistitelnou osobou nelze platně uzavřít pojistnou smlouvu. Pro nepojistitelné osoby si pojistitel vyhrazuje právo odmítnout uzavření pojistné smlouvy. Pakliže pojištěná osoba nebo pojistník věděli o skutečnostech, které zabraňovaly uzavření pojistné smlouvy před jejím počátkem, a k uzavření smlouvy přesto došlo, pojistitel je oprávněn odmítnout plnit za pojistnou událost, ke které došlo z neplatně uzavřené pojistky.
- K zániku pojistné smlouvy a pojištění z ní vyplývající dochází:
 - dnem, který byl v pojistné smlouvě stanoven jako poslední den doby trvání smlouvy, tj. uplynutím pojistné doby;
 - výpovědí ze strany pojistníka anebo pojistitele, a to za podmínek stanovených v občanském zákoníku anebo v těchto pojistných podmínkách;



- odstoupením pojistníka anebo pojistitele od pojistné smlouvy, a to za podmínek stanovených občanským zákoníkem;
 - dohodou, kdy v této dohodě musí být určen okamžik zániku soukromého pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků;
 - dnem odmítnutí repatriace pojištěným nebo jeho zákonným zástupcem;
 - dnem právní moci rozhodnutí o ukončení platnosti povolení pojištěného k pobytu v ČR;
 - dnem zamítnutí žádosti pojištěného o povolení k pobytu v ČR;
 - dnem nabytí právní moci rozhodnutí o vyhoštění nebo o správním vyhoštění;
 - dnem, kdy pojistník nebo pojištěný oznámí a prokáže pojistiteli, že se pojištěný stal účastníkem veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění;
 - dnem, kdy se stane pojištěná osoba nepojistitelnou dle odstavce 5 tohoto článku;
 - zanikne-li pojistný zájem.
- V případě zániku pojištění je pojištěný povinen vrátit pojistiteli všechny doklady osvědčující platnost pojištění.

Článek 4 Pojistné a placení pojistného

- Výše pojistného se určuje podle sazeb stanovených pojistitelem a je obsažena v pojistné smlouvě.
- Pojistné je splatné v české měně.
- Pojistné je pojistník povinen uhradit za celou dobu trvání pojištění najednou, ihned po uzavření pojistné smlouvy, nebylo-li ujednáno jinak.
- Je-li provedena hotovostní platba, je dnem zaplacení den převzetí finanční částky příjemcem.
- Je-li pojistné hrazeno prostřednictvím peněžního ústavu, banky nebo provozovatele poštovních služeb, je pojistné uhrazeno dnem odesání celé částky pojistného z účtu pojistníka na příslušný účet pojistitele, vedený u banky. O odesání pojistného z účtu pojistníka na účet pojistitele, musí být pojistitel informován způsobem prokazujícím tuto skutečnost.

6. V případě, že nedojde ke vzniku pojištění, vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, které činí 20 % z přijatého pojistného.
7. Zanikne-li pojištění z jakéhokoliv důvodu v době trvání pojištění, náleží pojistiteli pojistné za dobu trvání pojištění.

Článek 5

Rozsah a splatnost pojistného plnění

1. Pojistitel plní u škodového pojištění pouze do výše skutečně vynaložených nákladů souvisejících s nemocí, úrazem, poškozením, zničením či škodou na zdraví anebo majetku. Náklady dle věty předchozí musí být pojistiteli řádně prokázány.
2. Pojistitel plní maximálně do výše sjednaných pojistných částek, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, přičemž celková výše pojistného plnění stanovená v pojistné smlouvě se vztahuje na jednu pojistnou událost vzniklou na základě uzavřené pojistné smlouvy, z níž je pojistné plnění poskytováno, nebylo-li ujednáno jinak.
3. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí oprávněné osobě výsledky šetření. Nemůže-li být šetření skončeno do tří měsíců po ohlášení pojistné události pojistiteli, poskytne pojistitel pojištěnému na písemné požádání přiměřenou zálohu, pokud je jeho povinnost plnit nesporná. Nelze-li ukončit šetření nutná k zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo k zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do tří měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit.
4. Pojistné plnění je splatné v ČR a v české měně. Pro přepočítání platí kurz platného kurzovního lístku, který vydala ČNB 1. pracovní den v měsíci, ve kterém je pojistná událost likvidována.
5. V případě plnění více pojistitelů z téže pojistné události, plní pojistitel pouze v poměru částky, které je povinen plnit podle smlouvy, k částkám, které jsou úhrnem povinni plnit všichni pojistitelé.
6. V případě, že bylo u pojistitele sjednáno více pojištění na stejné období a stejné riziko, je pojistitel povinen plnit pouze z jednoho pojištění, a to do výše maximální pojistné částky.
7. Pokud bylo poskytnuto pojistné plnění za škodu, za kterou má pojištěný nárok na náhradu vůči třetí osobě, pak tento nárok přechází na pojistitele, a to až do výše pojistného plnění, které pojištěnému poskytl.

Článek 6

Povinnosti pojištěné osoby, pojistníka a oprávněných osob, důsledky jejich porušení

1. V případě pojištění cizího pojistného nebezpečí je pojistník povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy, která se týká pojištění jeho nebezpečí i s jeho povinnostmi vyplývajícími z této smlouvy, a to nejpozději do vzniku pojištění.
2. Pojištěná osoba, pojistník, popř. oprávněná osoba je povinen zejména:
 - a) pravdivě a neprodleně zodpovědět dotazy pojistitele při sjednání pojistné smlouvy;
 - b) učinit vše k odvrácení pojistné události a snížení rozsahu jejích následků, zejména pak řídit se pokyny pojistitele;
 - c) informovat pravdivě a neprodleně o vzniku, rozsahu následků pojistné události, právech třetích osob, jakémkoliv vícenásobném pojištění a bez zbytečných odkladů před-

ložit veškeré podklady nutné k vyšetření pojistné události a poskytnout pojistiteli veškerou potřebnou součinnost. Bude-li mít nesplnění povinnosti dle věty předchozí za následek ztížení anebo znemožnění provedení řádného šetření pojistné události je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit dle odst. 6 tohoto článku, a současně obsahuje-li oznámení vědomé nepravdivé nebo hrubě zkrleslé podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamtlčí-li se v něm vědomé údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamtlčeny;

- d) v případě pojistné události zbavit ošetřujícího lékaře mlčenlivosti a na žádost pojistitele se podrobit lékařské prohlídce u pojistitelem určeného lékaře. Pojištěná osoba je povinna na žádost pojistitele předložit i úplnou lékařskou dokumentaci;
 - e) úkony vyžádané pojistitelem v souvislosti s pojistné události provést bez zbytečného prodlení;
 - f) pojištěná osoba je povinna při své činnosti dodržovat příslušná bezpečnostní opatření;
 - g) pojištěná osoba je povinna zajistit úřední překlad všech dokladů předkládaných pojistníkovi, které jsou v jiném než českém nebo anglickém jazyce a to na své náklady;
 - h) v případě pojistné události plně spolupracovat s ošetřujícími lékaři, dodržovat jeho doporučení týkající se léčebného režimu a pokračovat v léčení až do jeho skončení;
 - i) pravdivě vyplnit formulář hlášení pojistné události a odpovědět pravdivě na všechny v něm uvedené dotazy;
 - j) zaslat vyplněný formulář hlášení pojistné události zpět pojistiteli;
 - k) zabezpečit vyhotovení zpráv a posudků, které si pojistitel vyžádá.
3. V případě pojistné události je pojištěná osoba, pojistník, popř. oprávněná osoba povinna:
 - a) řídit se pokyny pojistitele nebo jím pověřené asistenční služby;
 - b) vždy kontaktovat asistenční službu, pokud je nezbytná hospitalizace nebo náklady na lékařské ošetření a vyšetření včetně nákladů na léky;
 - c) na území schengenského prostoru vždy kontaktovat asistenční službu, která kromě pomoci s výběrem zdravotního zařízení odsouhlasí všechna vyšetření, včetně těch, která doporučil lékař;



- d) prostřednictvím asistenčních služeb požádat o zorganizování repatriace ze země schengenského prostoru nebo ČR zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní. Pokud by repatriace byla zorganizována pojištěnou osobou či jinými osobami bez předchozího výslovného souhlasu pojistitele, je pojistitel zbaven povinnosti hradit náklady spojené s touto repatriací. Pojistitel je oprávněn uložit pojištěné osobě návrat z cesty na území schengenského prostoru a to za podmínky, že by návratem došlo k snížení rozsahu pojistné události. Pojištěný je povinen řídit se pokynem pojistitele k návratu ze země schengenského prostoru. V případě, že by pojištěná osoba nesplnila povinnost dle věty předchozí, tak je pojistitel oprávněn plnění přiměřeně snížit dle odst. 6 tohoto článku;
4. Pokud dojde k přímému vyrovnání nákladů v schengenském prostoru anebo v nesmluvním zdravotnickém zařízení v souvislosti s pojištěnou osobou, je pojištěná osoba povinna vyžádat si a následně pojistiteli předložit:
- lékařský nález o své diagnóze, provedených výkonech a o předepsaných lécích;
 - originál účtů či faktur za provedené ošetření, které prokazují výši nároků;
 - policejní protokol, pokud pojistná událost nastala v souvislosti s dopravní nehodou či v důsledku trestněprávního jednání anebo jiného zavinění třetí osoby.
5. Pokud pojištěná osoba utrpí úraz, je povinna oznámit jej pojistiteli.
6. Pokud došlo ke škodě na zdraví či majetku a existuje podezření z trestné činnosti je pojištěná osoba povinna neprodleně nahlásit pojistnou událost policii a pojistiteli a předložit všechny požadované podklady.
7. Pokud mělo porušení povinností stanovených ve všeobecných anebo zvláštních podmínkách anebo v pojistné smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění anebo zneemožnilo předložení dokladů o tom, že ke vzniku škody došlo pojistnou událostí ve smyslu těchto pojistných podmínek, může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit. Pokud pojištěný či oprávněná osoba nesplní svou povinnost a nepředloží pojistiteli podklady nutné k posouzení vzniku pojistné události a jejího rozsahu, není pojistitel povinen plnit pojistné

plnění v rozsahu, který se vztahuje na pojistné plnění, které není možné z důvodu nepředložení dokladů objektivně posoudit.

8. Pojistitel žádným způsobem neodpovídá za dostupnost, rozsah a úroveň poskytované zdravotní péče.

Článek 7 Závěrečná ustanovení

- Partnerem pojistitele může být asistenční služba, smluvní zdravotnické zařízení nebo zdravotní pojišťovna působící v ČR.
- Písemnost zasláná nebo předaná pojistiteli se považuje za doručenou dnem jejího převzetí pojistitelem.
- Před uzavřením pojistné smlouvy byly zájemci o pojištění, resp. pojistníkovi sděleny údaje v souladu s ustanoveními § 2760, §2774 a §1843 občanského zákoníku.
- Všechny spory, vyplývající z cestovního zdravotního pojištění cizinců nebo v souvislosti s ním vzniklé, budou, nedojde-li k dohodě, řešeny u příslušného obecného soudu v ČR podle českého práva.
- Případné spotřebitelské spory mezi pojistitelem a spotřebitelem je možné řešit rovněž mimosoudní cestou. V tomto případě může spotřebitel kontaktovat subjekt mimosoudního řešení spotřebitelských sporů, kterým je Česká obchodní inspekce, Ústřední inspektorát – oddělení ADR, Štěpánská 44, 110 00 Praha 1, email: adr@coi.cz; webové stránky: adr.coi.cz.

Zvláštní pojistné podmínky Pojištění pro případ úrazu

Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců se sjednává jako pojištění škodové.

Část I. – Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců

Článek 1 Pojistná událost

- Pojistnou událostí ve smyslu těchto pojistných podmínek je úraz nebo nemoc, ke kterým došlo během pojistného období na území, na které se vztahuje pojistná ochrana, a které vyžadují neprodlené ošetření nebo léčení.
- Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady, oprávněné a prokazatelně vynaložené v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy, a to na:
 - nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému smluvním zdravotnickým zařízením;
 - nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému nesmluvním zdravotnickým zařízením v nezbytném rozsahu, popř. do dosažení stavu umožňující převoz pojištěného do smluvního zdravotnického zařízení nebo repatriaci;
 - repatriaci nemocného pojištěného, která je organizována asistenční službou;
 - repatriaci tělesných ostatků pojištěného, která je organizována asistenční službou.
- Údálosti vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti i jejich následky, mezi kterými existuje příčinná, časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.



Článek 2 Výluky z pojištění

- Pojistitel je zbaven povinnosti poskytnout pojistné plnění za události, které nastaly:
 - před zaplacením pojistného;
 - mimo území ČR v souvislosti s jiným než s turistickým pobytem pojištěného;
 - mimo sjednanou územní platnost pojištění;
 - mimo sjednaný rozsah pojištění.
- Pojistitel je dále zbaven povinnosti poskytnout pojistné plnění, jde-li o:
 - události, jejichž příznaky nastaly již před uzavřením pojistné smlouvy nebo musely být známy pojištěnému nebo pojistníku před uzavřením pojistné smlouvy;
 - události, kdy pojištěný vycestoval do ČR či jiného státu v schengenském prostoru za účelem čerpání zdravotní péče nebo podstoupení lékařského zákroku;
 - náklady spojené s vyšetřením a léčením chronického onemocnění nebo onemocnění, kterým pojištěná osoba v den počátku pojištění trpěla nebo o něm věděla, i když dosud nebylo léčeno;
 - onemocnění, recidivující v průběhu minulých 12 měsíců;
 - vyšetření (včetně laboratorního a ultrazvukového) ke zjištění těhotenství, jakékoliv komplikace v těhotenství, při porodu a péči o novorozence;
 - umělé oplodnění, vyšetření a léčbu neplodnosti, náklady na antikoncepci;
 - vyšetření a léčení pohlavně přenosných nemocí či AIDS včetně vyšetření na HIV pozitivitu;
 - náročné vyšetření indikovaná odborným lékařem (počítačová tomografie, ultrazvuková vyšetření, endoskopie), pokud úhrada nákladů nebyla předem odsouhlasena pojistitelem;
 - preventivní prohlídky, kontrolní vyšetření, očkování, rehabilitační procedury, náklady s pobytem v lázních, sanatoriích, zotavovných a podobných zařízeních za účelem léčebných nebo rehabilitačních procedur, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak;
 - podpurné léky či vitamínové preparáty;
 - úhrady léků nebo zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem;
 - náklady na nadstandardní péči;
 - kosmetické zákroky;
 - náklady na zhotovení a opravy protéz - ortopedické, zubní, ortéz, epitéz, brýlí, kontaktních čoček nebo naslouchacích přístrojů;
 - provedení úkonů mimo zdravotnické zařízení, které neprovádí lékař nebo zdravotní sestra mající k úkonu kvalifikaci;
 - léčení, které není vědecky uznávané či léčení rodinným příslušníkem pojištěné osoby nebo osobou pojištěné osobě blízkou;
 - vyšetření a léčení duševní, psychické, neurologické změny či poruchy;
 - fyzikální péči či pobyt v lázních, sanatoriích, léčebnách, ozdravovnách, léčebných ústavech apod.;
 - ošetření zubů a služeb s ním spojených (např. zhotovení zubních náhrad) s výjimkou ošetření akutní bolesti, max. však do výše uvedené na pojistné smlouvě.
 - nemoci a úrazy, ke kterým došlo v souvislosti s účastí pojištěné osoby v jakémkoli druhu sportu na organizovaných sportovních aktivitách, soutěžích, zápasech, závodech nebo přípravách na ně, stejně tak jako při profesionálně provozovaném sportu;
 - nemoci a úrazy, ke kterým došlo v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji, akty



- násilí včetně teroristických, na nichž se pojištěný aktivně podílí, pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací, účinky chemických nebo biologických zbraní;
- události, vzniklých po odmítnutí vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel nebo jeho partner;
 - události, kdy pojištěný či jeho zástupce podepíše negativní revers.

Článek 3 Pojistné plnění

- Pojištění se sjednává v rozsahu nutné a neodkladné péče, se sjednanými výlukami z pojištění dle článku 2 těchto zvláštních pojistných podmínek a se sjednanými limity pojistného plnění, které jsou uvedeny na pojistné smlouvě.
- Pojištění se vztahuje na:
 - ambulantní lékařské ošetření;
 - pobyt v nemocnici ve standardním lůžkovém pokoji po dobu nezbytně nutnou, který je podložen lékařskou zprávou, tj. léčení, zákroky a operace, které nebylo možné s ohledem na zdravotní stav pojištěného odložit;
 - obvazový materiál na základě lékařského předpisu;
 - léčebné prostředky podmíněné zdravotním ošetřením určené k fixaci končetin;
 - rentgenová diagnostika;
 - náklady na zdravotně indikovaný převoz do nejbližší nemocnice nebo k lékaři;
 - bezodkladné operace;
 - léky předepsané ambulantně lékařem na jméno pojištěného v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v rozsahu sjednaného tarifu pojištění, s výjimkou výluk dle článku 2, do výše limitu sjednaného v pojistné smlouvě;
 - neodkladné stomatologické ošetření za účelem odstranění akutní bolesti do limitu uvedeného v pojistné smlouvě;
 - poskytnutí asistenčních služeb, vč. repatriace nemocného pojištěného či tělesných ostatků pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele po schválení ošetřujícím lékařem pojištěného, nebo odborným lékařem partnera pojistitele, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní či vlastnil, popř. do státu, ve kterém má či měl pojištěný povolený pobyt.

3. Pojistitel garantuje ekvivalent horní hranice pojistného plnění ve výši 60 000 EUR na jednu pojistnou událost, vyplacenou v CZK dle článku 5, odstavce 4 těchto všeobecných pojistných podmínek, bez ohledu na změnu kurzu EUR vůči CZK, pokud není v pojistné smlouvě sjednáno jinak.

Část II. – Pojištění odpovědnosti za škodu

Pojištění odpovědnosti za škodu se sjednává jako pojištění škodové.

Článek 1 Pojistná událost

1. Z pojištění odpovědnosti za škodu má pojištěná osoba právo, aby za ní pojistitel uhradil škodu, která byla způsobena pojištěnou osobou a za kterou pojištěná osoba odpovídá podle právních předpisů státu, na jehož území byla škoda způsobena.
2. Pojištění se vztahuje na odpovědnost za škodu na životě a zdraví nebo na věci, popřípadě z ní vyplývající jinou majetkovou škodu.
3. Pojistnou událostí je vznik škody třetí osobě, která nastala při běžné a obvyklé činnosti pojištěné osoby a za níž je pojištěná osoba právně odpovědná dle právních předpisů státu, na jehož území byla škoda způsobena.

Článek 2 Vyluky z pojištění

Pojištění se nevztahuje na odpovědnost pojištěného za škodu:

- a) uznanou nad rámec stanovený právními předpisy;
- b) způsobenou provozem dopravních prostředků, mezi které patří motorová vozidla, přívesy, motocykly, motokola, malotraktory a obdobná zařízení s vlastním jezdeckým pohonem, letadla, rogalla, lodě, plavidla apod. včetně jejich příslušenství a dalšími činnostmi, u kterých právní předpis ukládá povinnost uzavřít pojištění nebo se na ně vztahuje pojištění ze zákona;
- c) kterou pojištěná osoba způsobila sama sobě, členům společné domácnosti, osobám blízkým pojištěné osobě nebo osobám pojištěným toutéž pojistnou smlouvou;
- d) způsobenou na věcech vypůjčených, najatých, svěřených do úschovy, či předaných pojištěné osobě do užívání, držení, k přepravě či zpracování s výjimkou vybavení ubytovacího zařízení;
- e) způsobenou na věcech, které pojištěná osoba užívá neoprávněně;
- f) způsobenou při výkonu povolání, podnikání nebo jiné výdělečné činnosti;
- g) způsobenou provozováním sportů na jině než rekreační úrovni;
- h) způsobenou v souvislosti s provozováním rizikových druhů sportu (např. lyžování, snowboarding, potápění, horolezectví, rafting a jiné sjíždění divokých řek, apod.), pokud není ve smlouvě ujednáno jinak;
- i) způsobenou v souvislosti s provozováním lovu;
- j) způsobenou na životním prostředí (např. kontaminací vody, půdy, ovzduší, poškozením flóry a fauny apod.);
- k) způsobenou zvířaty, která vlastní nebo chová pojištěná osoba, nebo osoba, za kterou má pojištěná osoba zákonnou zodpovědnost;
- l) způsobenou i z nedbalosti jinému zavlечením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí, zvířat nebo rostlin;

- m) způsobenou zásahem do osobnostních práv a práv duševního vlastnictví včetně práv vyplývajících z ochranné známky, vzoru, názvu, či patentových práv;
- n) způsobenou trestnou činností.

Článek 3 Pojistné plnění

1. Dojde-li k pojistné události, pojistitel poskytne pojistné plnění do výše pojistné částky uvedené v pojistné smlouvě. Celkový sjednaný limit pojistného plnění se vztahuje na všechny pojistné události, které nastaly za trvání pojistného vztahu. Okamžikem, kdy je poskytnuto plnění, jímž bylo dosaženo sjednaného limitu plnění, tak nárok na jakékoliv další plnění z uzavřené pojistné smlouvy nevzniká.
2. Rozsah plnění pojistitele, v jakém je povinen nahradit škodu za pojištěnou osobu, je limitován rozsahem škody, za kterou odpovídá pojištěná osoba poškozenému.
3. Výše škody musí být pojistiteli řádně prokázána.

Článek 4 Povinnosti pojištěné osoby v případě pojistné události

1. Pojištěná osoba je oprávněna uznat nebo uhradit škodu pouze s předběžným písemným souhlasem pojistitele nebo jím pověřené asistenční služby.
2. Pojištěná osoba je povinna oznámit neprodleně příslušným policejním orgánům každou škodní událost, která vznikla za okolností vzbuzujících podezření z trestné činnosti a dodat pojistiteli policejní protokol přeložený do českého jazyka.
3. Pojištěná osoba je povinna v případě pojistné události informovat nejbližší policejní stanici a vyžádat si policejní protokol. Dále je pojištěná osoba povinna zajistit svědecké výpovědi a písemná prohlášení svědků (včetně jména, příjmení, adresy a popisu případu) a tyto skutečnosti nechat zanést do policejního protokolu.
4. Pojištěná osoba je povinna neprodleně nahlásit pojistiteli vznik události, která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění.
5. Pojištěná osoba je povinna projednat s pojistitelem jakékoliv použití právních služeb, řídit se pokyny pojistitele, a pokud tak pojistitel rozhodne, nechat se zastupovat právním zástupcem určeným pojistitelem.



6. Pojištěná osoba je povinná předložit bezodkladně pojistiteli všechny potřebné informace a doklady o vzniku pojistné události (např. policejní protokol, jména a adresy poškozených osob a případných svědků a jejich písemná prohlášení, doklad o výši vzniklé škody), které si pojistitel vyžádá.

Část III. – Pojištění pro případ úrazu

Pojištění pro případ úrazu se sjednává jako pojištění obnosové.

Článek 1

Pojistná událost

- Pojistnou událostí ve smyslu těchto pojistných podmínek je úraz pojištěné osoby, kterým bylo pojištěné osobě poškozeno zdraví anebo způsobena smrt.
- Úraz je porucha zdraví způsobená pojištěné osobě nezávisle na její vůli, náhlým, násilným a krátkodobým působením vnějších vlivů včetně působení vlivů chemických.
- Za úraz se též považuje:
 - utonutí;
 - tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně;
 - vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení částí končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.
- Úrazem nejsou:
 - nemoci včetně infekčních nemocí;
 - srdeční infarkt, mozková mrtvice, amoce sítnice;
 - duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu;
 - nádory zhoubné i nezhoubné;
 - kýly všech lokalizací;
 - zhoršení nemoci následkem úrazu;
 - aseptické záněty tíhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondilitidy, impetigment syndrom);
 - přerušení degenerativně změněných orgánů malým nepřímým násilím (Achillova šlacha, meniskus);
 - náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének;

- krvácení do vnitřních orgánů a do mozku;
- poranění břicha nebo podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěné osoby;
- organicky podmíněné poruchy nervového systému, vyjma organických poruch nervového systému, způsobených organickým poškozením při úrazu.

Článek 2

Výluky z pojištění

- Pojistitel kromě výluk uvedených v části I., článek 2 neposkytne pojistné plnění, jde-li o úrazy:
 - způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, srdečním infarktem, mozkovou příhodou, epileptickým záchvatem, cukrovkou apod.;
 - teré způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vzteklinu a tetanus).
- V případě úrazu způsobeného zjevným přeceněním vlastních tělesných sil, schopností a znalostí, eventuálně nedbalostí, je pojistitel oprávněn snížit své plnění.
- Pokud k následkům úrazu přispěly i nemoci nebo tělesné vady pojištěného, dochází ke krácení plnění v poměru k podílu spolupůsobení nemoci nebo tělesné vady, činí-li tento podíl alespoň 25 %.

Článek 3

Pojistné plnění

- Smrt pojištěného.
Zemře-li pojištěná osoba do 1 roku od pojistné události na následky úrazu, vzniká nárok na pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané pro případ smrti. Od pojistného plnění se odečte již vyplacená částka plnění nebo záloha na plnění za trvalé následky tohoto úrazu.
- Trvalé následky úrazu.
Trvalými následky se rozumí takové následky úrazu, které již nejsou schopny zlepšení, tj. jde o trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Pojistitel má povinnost plnit za trvalé následky vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během jednoho roku ode dne úrazu. Plnění za trvalé následky musí být poskytnuto během jednoho roku ode dne úrazu jen tehdy, pokud je lékařsky jednoznačně stanoven stupeň závažnosti trvalých následků. Pokud je zjištěn nástup trvalých následků během jednoho roku ode dne úrazu, ale stupeň závažnosti trvalých následků ještě není lékařsky jednoznačně stanoven, poskytnutí se plnění teprve po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu.



Základem pro hodnocení trvalých následků úrazu je tabulka č. 1:

jedna horní končetina od ramenního kloubu	70%
jedna horní končetina do výše nad loket	65%
jedna horní končetina do výše pod loket nebo jedna ruka	60%
jeden palec	20%
jeden ukazovák	10%
jeden jiný prst	5%
jedna dolní končetina až do výše nad polovinu stehna	70%
jedna dolní končetina až do výše poloviny stehna	60%
jedna dolní končetina do poloviny lýtky nebo jedno chodidlo	50%
jeden palec u nohy	5%
jeden jiný prst u nohy	2%
zrak obou očí	100%
zrak jednoho oka	35%
zrak jednoho oka v případě, že pojištěný již trpěl před úrazem slepotou na druhé oko	65%
sluch obou uší	60%
sluch jednoho ucha	15%
sluch jednoho ucha v případě, že pojištěný již trpěl před úrazem hluchotou na druhé ucho	45%
smysl čichový	10%
smysl chuťový	5%

Jednotlivé procentní sazby se sčítají, pojistné plnění nesmí v žádném případě přesáhnout 100 % sjednané pojistné částky. Nelze-li vyhodnotit rozsah trvalých následků úrazu podle tabulky č. 1, stanoví se rozsah trvalých následků lékařským posudkem s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu. Pokud se trvalý následek týká části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své plnění za trvalé následky o takto zjištěný rozsah předchozího poškození.



Vitalitas pojišťovna, a.s.
Zelený pruh 95/97,
140 00 Praha 4

telefon: +420 296 339 629
e-mail: expat@vitalitas.cz
web: www.vitalitas.cz



General Insurance Terms and Conditions for Travel Health Insurance for Foreigners

Special Insurance Terms and Conditions:

- Insurance for Necessary and Urgent Healthcare for Foreigners
- Liability Insurance
- Accident Insurance

www.vitalitas.cz

 +420 296 339 629



VITALITAS
POJIŠTOVNA

General Insurance Terms and Conditions for Travel Health Insurance for Foreigners NZPC01/01.2024

The General Insurance Terms and Conditions for Travel Health Insurance for Foreigners were approved by the board of directors of Vitalitas pojišťovna, a.s., and come into effect on 1 January 2024.

Article 1 Definition of Terms

1. Travel health insurance for foreigners agreed with Vitalitas pojišťovna, a.s., is governed by Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code, as amended, Act No. 326/1999 Coll., on the residence of foreigners in the territory of the Czech Republic (hereinafter the “Czech Republic”), as amended, and other generally binding legal regulations of the Czech Republic, these General Insurance Terms and Conditions, the relevant Special Insurance Terms and Conditions for Travel Health Insurance for Foreigners and the insurance contract.
2. For the purposes of the insurance, the following terms have the meanings specified below:
 - a) the insurer means Vitalitas pojišťovna, a.s., business ID number: 25710966, registered office: Prague 7, Holešovičce, Tusarova 1152/36, postcode: 170 00, registered in the Commercial Register maintained by the Municipal Court, section B, entry 5646;
 - b) the policyholder is a person who enters into an insurance contract with the insurer and is liable to pay the premium;
 - c) the insured is a foreigner (natural person who is not a citizen of the Czech Republic) whose health is covered by the insurance;
 - d) the beneficiary is the person who, as a result of an insurance event, becomes entitled to an insurance benefit; the insured is the beneficiary, unless otherwise provided by law or the insurance contract;
 - e) an insurance event is a random event specified in these General Insurance Terms and Conditions and the Special Insurance Terms and Conditions and set out in more detail in the insurance contract, connected to the arising of the insurer’s duty to provide insurance benefits;
 - f) an insurable interest is a legitimate need for protection against the consequences of an insurance event;

- g) a loss event is a fact due to which damage occurs and that could give rise to a right to insurance benefits;
- h) a premium is a payment for private insurance;
- i) the insurance term is the period for which private insurance is taken out;
- j) the insurance period is the period of time agreed in the insurance contract for which the premium is payable;
- k) the current premium means the premium fixed for the insurance period and paid by the policyholder in regular payments;
- l) a single premium means a premium agreed for the entire period for which the private insurance is taken out;
- m) loss insurance is insurance whose purpose is to compensate for damage (loss of property) resulting from an insurance event;
- n) agreed sum insurance is insurance the purpose of which is to obtain an agreed sum, i.e. an agreed amount of money, as a result of an insurance event in an amount that is independent of the occurrence or extent of a loss;
- o) the insurance contract means a contract on financial services concluded between the insurer and the policyholder, the content of which is, in particular, the insurer’s obligation, in the event of an insurance event, to provide insurance benefits to the agreed extent and the policyholder undertakes, in particular, to pay the premium;
- p) the insurance benefit is the amount the insurer is obliged to pay under an insurance contract if an insurance event specified in these General Insurance Terms and Conditions, the Special Insurance Terms and Conditions and the insurance contract occurs;
- q) repatriation means the transport of the insured or his/her remains from a foreign country or the Czech Republic back to the territory of the country whose travel document the insured holds;
- r) an assistance service is provided by the insurer’s contractual partner, its purpose is to provide the insured with assistance in connection with an insurance event (solving language problems in communication with a healthcare facility, organising the transport or repatriation of the insured);
- s) a contractual healthcare facility means a healthcare facility in the territory of the Czech Republic with which the insurer’s contractual partner has concluded a contract for the provision of healthcare in connection with this insurance;
- t) the Schengen Area is the territory of most European countries (Schengen Agreement countries), where persons can cross the borders of the contracting countries at any point without having to go through border controls, and where the contracting countries are both EU countries and some non-EU countries;
- u) necessary and urgent care means healthcare provided to the insured comprising necessary care by emergency healthcare and rescue services, transport indicated by a doctor to the nearest healthcare facility, determination of a diagnosis and treatment procedure, including the necessary examinations, required and urgent medical procedures, including necessary medicines and medical material, necessary hospitalisation for the period of time that is strictly necessary, to a maximum of the extent of required and urgent care covered by public health insurance in the Czech Republic;
- v) a contractual partner of the insurer is a person appointed by the insurer to act on behalf of and as a representative of the insurer.



3. The insurance contract on travel health insurance for foreigners serves as a document for a stay of up to 90 days according to Act No. 326/1999 Coll. on the residency of foreigners in the territory of the Czech Republic, as amended.
4. The General Insurance Terms and Conditions and Special Insurance Terms and Conditions are an integral part of the insurance contract. The policyholder must be demonstrably familiarised with these General and Special Insurance Terms and Conditions prior to the conclusion of the insurance contract, which he/she confirms by signing the insurance contract or in another way proving his/her familiarisation with the insurance terms and conditions, e.g. by agreeing to conclude the insurance contract when arranging travel health insurance for foreigners in electronic form. The General and Special Insurance Terms and Conditions apply for the entire duration of the insurance contract and cannot be amended without the policyholder's consent.
5. The General Insurance Terms and Conditions will always apply, unless otherwise specified in the Special Insurance Terms and Conditions. In the event of a conflict between the Special Insurance Terms and Conditions and the General Insurance Terms and Conditions, the provisions contained in the Special Insurance Terms and Conditions will prevail.



Article 2 Territorial Validity of Insurance

1. The insurance covers only claims arising during the insuree's legal stay in the Schengen Area, except for the state of which the insuree is a citizen or in which he/she is a participant of public health insurance.
2. For the territory of the Schengen Area, in accordance with paragraph 1 of this article, with the exception of the Czech Republic, the insurance covers the insuree's tourist stay to the scope of necessary and urgent care. The length of one foreign trip to Schengen Area countries is max. 30 days

Article 3 Conclusion of Insurance Contract, Beginning and End of Insurance

1. A prerequisite for insurance is the conclusion of an insurance contract and payment of the premium to the insurer. The policyholder may also accept the insurer's offer by timely payment of the premium in the amount specified in the offer.
2. The insurance will commence and take effect on the day following the payment of the premium at the earliest, but not before the date specified in the insurance contract as the commencement of the insurance, unless otherwise specified in the insurance contract or in the General or Special Insurance Terms and Conditions.
3. The insurance is agreed for the insurance term precisely specified in the insurance contract up to 90 days.
4. The insuree can only be a foreigner, i.e. a person who is not a citizen of the Czech Republic, whose life or health is covered by the insurance.
5. Persons with severe nervous disorders, persons with mental illness, and persons suffering from paralysis, drug and/or alcohol addiction or addiction to medication, cirrhosis of the liver, cancer, malignant tumour (carcinoma), TB, kidney dialysis, HIV infection and/or AIDS are uninsurable.
6. An insurance contract cannot be validly concluded with an uninsurable person. For uninsurable persons, the insurer reserves the right to refuse to conclude an insurance contract. If the insuree or the policyholder was aware of facts that

prevented the conclusion of the insurance contract before its commencement, but the contract was nevertheless concluded, the insurer is entitled to refuse to pay benefits following an insurance event arising from an invalidly concluded policy.

7. The insurance contract and the insurance resulting from it terminates:
 - a) on the date specified in the insurance contract as the last day of the contract period, i.e. upon the expiry of the insurance term;
 - b) following notice of termination by the policyholder or insurer, under the terms and conditions set out in the Civil Code or these insurance terms and conditions;
 - c) upon withdrawal by the policyholder or insurer from the insurance contract, under the conditions set out in the Civil Code;
 - d) by agreement, where the agreement must specify the moment of termination of the private insurance, and the manner of mutual settlement of obligations must be set out;
 - e) on the date of refusal of repatriation by the insuree or his/her legal representative;
 - f) on the date of expiry of the visa for stay in the Czech Republic;
 - g) on the date of rejection of the application for a visa to stay in the territory of the Czech Republic;
 - h) on the date of the entry into force of an expulsion or administrative expulsion decision;
 - i) on the date on which the policyholder or the insuree notifies and proves to the insurer that the insuree has become a participant in public health insurance pursuant to Act No 48/1997 Coll., on public health insurance;
 - j) on the date on which the insuree becomes uninsurable under paragraph 5 of this article;
 - k) if the insurable interest ceases to exist.
8. In the event of termination of the insurance, the insuree is obliged to return to the insurer all documents certifying the validity of the insurance.

Article 4 Insurance Premium and Payment of Premium

1. The amount of the premium is determined in accordance with the rates set by the insurer and is contained in the insurance contract.
2. The premium is payable in the Czech currency.
3. The policyholder is obliged to pay the premium for the entire term of insurance at once, immediately after the conclusion of the insurance contract, unless otherwise agreed.
4. If a cash payment is made, the date of payment will be the date of receipt of the amount of money by the recipient.
5. If the premium is paid through a financial institution, bank or postal service provider, the premium is paid on the date the full amount of the premium is debited to the policyholder's account in favour of the relevant insurer's account with a bank. The insurer must be informed of the debiting of the premium to the policyholder's account in favour of the insurer's account in a manner evidencing this fact.
6. In the event that the insurance does not arise, the insurer will refund to the policyholder the premium paid less the costs associated with the conclusion of the insurance contract and its administration, which amounts to 20% of the premium received.
7. If the insurance is terminated for any reason during the term of the insurance, the insurer is entitled to the premium for the term of the insurance.

Article 5 Extent and Due Date of Insurance Benefits

1. The insurer will only pay benefits in the case of loss insurance up to the amount of the costs actually incurred in connection with the illness, accident, damage, destruction or loss of health or property. Costs in accordance with the previous sentence must be duly proven to the insurer.
2. The insurer will pay benefits up to a maximum of the agreed insured amounts specified in the insurance contract, where the total amount of the insurance benefits specified in the insurance contract will apply to a single insurance event arising under the insurance contract concluded from which the insurance benefit is provided, unless otherwise agreed.
3. Insurance benefits are payable within 15 days after the insurer completes the investigation necessary to establish the extent of its duty to pay benefits. An investigation is completed as soon as the insurer informs the beneficiary of the results of the investigation. If an investigation cannot be completed three months after the insured reports an insurance event to the insurer, the insurer will, upon written request, provide the insured with a reasonable advance if its duty to pay benefits is undisputed. If an investigation necessary to establish an insurance event, the extent of insurance benefits or the person entitled to receive the insurance benefits cannot be completed within three months of the date of notification, the insurer will inform the notifier why the investigation cannot be completed.
4. Insurance benefits are payable in the Czech Republic and in the Czech currency. The exchange rate for conversion is the exchange rate stated on the valid exchange rate list issued by the Czech National Bank on the first working day of the month in which the insurance event is settled.
5. In the event of multiple insurers paying benefits under the same insurance event, the insurer will pay only in the proportion of the amount it is obliged to pay under the contract to the amounts that all insurers are obliged to pay on aggregate.

6. In the event that more than one insurance policy was arranged with the insurer for the same period and the same risk, the insurer is obliged to pay under the one insurance policy up to the maximum sum insured.
7. If insurance benefits were provided for a loss for which the insured is entitled to compensation from a third party, such claim passes to the insurer up to the amount of the insurance benefits provided to the insured.

Article 6 Duties of Insured, Policyholder and Beneficiaries, Consequences of Breach

1. In the case of third-party risk insurance, the policyholder is obliged to familiarise the insured with the content of the insurance contract concerning the insurance of the risk and the duties arising from the contract, and to do so before the start of the insurance.
2. The insured, policyholder and/or beneficiary are obliged, in particular, to:
 - a) answer the insurer's questions truthfully and promptly when the insurance contract is taken out;
 - b) do everything possible to avert an insurance event and reduce the extent of its consequences, in particular to follow the insurer's instructions;
 - c) provide information truthfully and promptly about the occurrence, extent of the consequences of the insurance event, rights of third parties, any multiple insurance and submit without undue delay all documents necessary to investigate the insurance event and provide the insurer with all necessary assistance. If the failure to perform the duty under the preceding sentence results in making it difficult or impossible to carry out a proper investigation of an insurance event, the insurer is entitled to reduce the insurance benefits proportionately in accordance with paragraph 6 of this article, and also, if a notification contains knowingly false or grossly misrepresented material information concerning the scope of the notified event or if it knowingly conceals information concerning the event, the insurer is entitled to reimbursement of the costs reasonably incurred for the investigation of the facts about which such information was communicated or concealed;
 - d) in case of an insurance event, release the attending doctor from confidentiality and, at the insurer's request, undergo a medical examination by a doctor designated



- by the insurer. The insured is also obliged to submit complete medical documentation at the insurer's request;
- e) perform the acts requested by the insurer in connection with the investigation of the insurance event without undue delay;
 - f) observe the relevant safety measures in his/her activities;
 - g) provide an official translation of all documents submitted to the policyholder that are in a language other than Czech or English, at his/her own expense;
 - h) in case of an insurance event, cooperate fully with the attending doctor, follow his/her recommendations regarding treatment and continue treatment until its completion;
 - i) truthfully complete the insurance claim report form and truthfully answer all questions on it;
 - j) send the completed claim report form back to the insurer;
 - k) ensure the preparation of reports and assessments requested by the insurer.
3. In the case of an insurance event, the insured, policyholder and beneficiary are obliged to:
 - a) always and without delay, if his/her state of health permits, contact the assistance service or the insurer directly and follow their instructions;
 - b) upon request, undergo a medical examination in a medical facility designated by the assistance service or insurer, and follow the medical staff's instructions and recommendations;
 - c) in the Schengen Area, always contact the assistance service, which, in addition to assisting with the choice of medical facility, will approve all examinations, including those recommended by a doctor;
 - d) through the assistance service, request the organisation of repatriation from Schengen Area countries or the Czech Republic back to the territory of the country whose travel document the insured holds. Should repatriation be arranged by the insured or other persons without the insurer's prior express consent, the insurer is relieved of its duty to cover the costs of such repatriation. The insurer is entitled to order the insured to return from a trip to the Schengen Area, provided that the return would reduce the extent of the insurance event. The insured is obliged to follow the insurer's instructions to return from Schengen Area countries. In the event that the insured fails to
 - comply with a duty under the preceding sentence, the insurer is entitled to reduce the benefits proportionately in accordance with paragraph 6 of this article.
 4. If direct settlement of costs occurs in the Schengen Area or in a non-contractual medical facility in connection with the insured, the insured is obliged to request and subsequently submit to the insurer:
 - a) a medical report on his/her diagnosis, the procedures he/she underwent and the medication he/she was prescribed;
 - b) the original bills or invoices for treatment provided, proving the amount of claims;
 - c) a police report if the insurance event occurred in connection with a traffic accident or as a result of a criminal act or other fault of a third party.
 5. If the insured suffers an accident, he/she is obliged to notify the insurer.
 6. If there is damage to health or property and criminal activity is suspected, the insured is obliged to immediately report the insurance event to the police and the insurer and to submit all required documents.
 7. If a breach of the duties laid down in the General or Special Insurance Terms and Conditions or in the insurance contract had a significant influence on the occurrence of the insurance event, its course, an increase of the extent of its consequences or the establishment or determination of the amount of the insurance benefits, or made it impossible to provide documents showing the damage was caused by an insurance event within the meaning of these insurance terms and conditions, the insurer may reduce the insurance benefits in proportion to the effect of the breach on the extent of its duty to pay benefits. If the insured or the beneficiary fails to fulfil his/her duty and fails to submit to the insurer the documents necessary to assess the occurrence of an insurance event and its extent, the insurer is not obliged to pay the insurance benefits to the extent concerning insurance benefits that cannot be objectively assessed due to the failure to submit documents.
 8. The insurer is in no way responsible for the availability, scope and standard of healthcare provided.

Article 7 Final Provisions

1. An assistance service, contracted healthcare facility or health insurance company operating in the Czech Republic may be a partner for the insurer.
2. A document sent or handed over to the insurer will be deemed to have been delivered on the day of its acceptance by the insurer.
3. Prior to the conclusion of the insurance contract, the prospective insured or the policyholder was provided with information in accordance with Sections 2760, 2774 and 1843 of the Civil Code.
4. All disputes arising out of or in connection with travel health insurance for foreigners will, in the absence of an agreement, be settled by the competent general court in the Czech Republic under Czech law.
5. Any consumer disputes between the insurer and a consumer may also be settled out of court. In this case, the consumer may contact the out-of-court consumer dispute resolution entity, which is the Czech Trade Inspection Authority, Central Inspectorate – ADR Department, Štěpánská 44, 110 00 Prague 1, e-mail address: adr@coi.cz; website: adr.coi.cz.



Special Insurance Terms and Conditions

Part I. – Insurance for Necessary and Urgent Healthcare for Foreigners

Insurance for necessary and urgent healthcare for foreigners is taken out as loss insurance.

Article 1 Insurance Event

1. An insurance event within the meaning of these insurance terms and conditions is an accident or illness occurring during the insurance period in the territory covered by the insurance and requiring immediate treatment.
2. The subject of insurance benefits is necessary and reasonable costs justifiably and provably incurred in accordance with applicable medical and legal regulations for:
 - a) necessary and urgent healthcare provided to the insured by a contracted healthcare facility;
 - b) necessary and urgent healthcare provided to the insured by a healthcare facility not having a contract with the insurer, only to the extent necessary, or until the insured reaches a condition that allows the insured to be transported to a contracted healthcare facility or repatriated;
 - c) repatriation of the sick insured, as organised by the assistance service;
 - d) repatriation of the insured's bodily remains, as organised by the assistance service.
3. Events arising from a single cause and including all facts and their consequences between which there is a causal, temporal, or other direct link are deemed to constitute a single insurance event.

Article 2 Insurance Exclusions

1. The insurer is relieved of the duty to provide insurance benefits for events that occur:
 - a) before payment of the premium;
 - b) outside the territory of the Czech Republic in connection with a stay other than a tourist stay by the insured;
 - c) outside the agreed territorial validity of the insurance;
 - d) in a country whose travel document the insured holds or held;
2. The insurer is furthermore relieved of the duty to provide insurance benefits in the case of:
 - a) events whose symptoms occurred before the conclusion of the insurance contract or must have been known to the insured or the policyholder before the conclusion of the insurance contract;
 - b) events where when the insured travels to the Czech Republic or another Schengen Area country for the purpose of receiving medical care or undergoing a medical procedure;
 - c) costs of examinations and treatment of a chronic disease or illness from which the insured was suffering or was aware at the date of commencement of insurance, even if it had not yet been treated;
 - d) a disease recurrent after less than 12 months;
 - e) examinations (including laboratory and ultrasound) to detect pregnancy, any complications in pregnancy, childbirth and care for newborns;
 - f) performance of acts outside a healthcare facility that are not performed by a worker qualified to perform the act;



- g) examination and treatment of sexually transmitted diseases or AIDS, including testing for HIV positivity;
- h) complex examinations indicated by a specialist doctor (computed tomography, ultrasound examinations, endoscopy), unless the reimbursement of the costs was approved in advance by the insurer;
- i) preventive examinations, check-ups, vaccinations, rehabilitation procedures, costs of staying in spas, sanatoriums, convalescent homes and similar facilities for the purpose of medical or rehabilitation procedures, unless otherwise agreed in the contract;
- j) supportive medicines or vitamin products;
- k) medicines or medical devices not prescribed by a doctor;
- l) costs of luxury care;
- m) cosmetic procedures;
- n) costs of making and repairing prostheses - orthopaedic, dental, facial prostheses, glasses, contact lenses and hearing aids;
- o) performance of acts outside a healthcare facility that are not performed by a worker qualified to perform the act;
- p) treatment that is not scientifically recognised or treatment by a member of the insured's family or a person close to the insured;
- q) examinations and treatment of mental, psychological and neurological changes or disorders;
- r) physical care or a stay at a spa, sanatorium, health resort, convalescent home, treatment institute, etc.;
- s) dental treatment and related services (e.g. making dentures), except for treatment of acute pain, up to the maximum amount specified in the insurance contract;
- t) illnesses and injuries occurring in connection with the insured's participation in any type of sport in organised sporting activities, competitions, matches, races or preparations for them, as well as in professionally practised sport;
- u) events in connection with events of war, civil war, civil unrest, acts of violence, including acts of terrorism, in which the insured actively participated; penetrating radiation, nuclear reaction or radioactive contamination; the effects of chemical or biological weapons;
- v) events arising from a refusal to be examined by a doctor specified by the insurer or its partner.

- w) events subsequent to the moment the insuree or his/her representative signs informed non-consent;

Article 3 Insurance Benefits

1. The insurance is taken out as a part of comprehensive care, with the agreed exclusions from insurance in accordance with Article 2 of the Special Insurance Terms and Conditions and with the agreed limits on insurance benefits, as specified on the insurance policy.
2. The insurance covers:
 - a) outpatient medical treatment;
 - b) hospital stays in a standard room for the period of necessity, supported by a medical report, i.e. treatments, procedures and operations that could not be postponed due to the insuree's health condition;
 - c) dressing material based on a doctor's prescription;
 - d) medical treatment devices conditional on a medical examination intended to fix limbs;
 - e) X-ray diagnostics;
 - f) urgent operations;
 - g) drugs prescribed by a doctor in the name of the insuree on an outpatient basis in connection with the provision of healthcare within the scope of the arranged insurance plan, save the exclusions specified in Article 2 of these special insurance terms and conditions, up to a maximum of the limit agreed in the insurance contract. The maximum amount of insurance benefits for the coverage of the costs of a medicine prescribed by a doctor to the insuree on an outpatient basis is equal to the amount of coverage for that medicine from public health insurance in the Czech Republic, which is specified in the currently-valid regulation of the Ministry of Health of the Czech Republic ("seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění" - List of Medicines Covered and Partially Covered by Health Insurance);
 - h) dispensary care relating to illnesses and injuries the cause of which arises after the commencement of insurance;
 - i) urgent dental treatment for the purpose of eliminating acute pain up to the limit specified in the insurance contract;
 - j) The insurance applies to the provision of assistance services, namely repatriation of the sick insuree or the insuree's bodily remains, as organised by the insurer's partner after approval by the insuree's attending doctor or the insurer's partner's specialist doctor, to a country whose travel document the insuree holds or held, or to a country in which the insuree has or had permission to reside.
3. The insurer guarantees the equivalent of the upper limit of the insurance benefits of EUR 60,000 per one insurance event, paid in CZK in accordance with Article 5(4) of these General Insurance Terms and Conditions, regardless of any change in the CZK/EUR exchange rate, unless otherwise agreed in the insurance contract.

Part II. – Liability Insurance

Liability insurance is agreed as loss insurance.

Article 1 Insurance Event

1. Under liability insurance, the insuree has the right to have the insurer pay on his/her behalf for damage caused by the insuree and for which the insuree is liable under the law of the country in whose territory the damage was caused.

2. The insurance covers liability for damage to life and health or property, or other property damage resulting therefrom.
3. An insurance event is the occurrence of damage to a third party occurring in the ordinary and usual course of the insuree's activities and for which the insuree is legally liable under the laws of the country in whose territory the damage was caused.

Article 2 Insurance Exclusions

The insurance does not cover the insuree's liability for damage:

- a) recognised over and above the framework set by legal regulations;
- b) caused by the operation of means of transport, which include motor vehicles, trailers, motorcycles, motorbikes, small tractors and similar self-propelled devices, aircraft, hang gliders, boats, vessels, etc., including their accessories, and other activities for which a legal regulation imposes an obligation to take out insurance or which are covered by insurance by law;
- c) caused by the insuree to himself/herself, members of a common household, persons close to the insuree or persons insured under the same insurance contract;
- d) caused to items borrowed, hired, entrusted for safekeeping or handed over to the insuree for use, holding, transport or processing, except for fittings and fixtures of an accommodation facility;
- e) caused by damage to property used by the insuree without authorisation;
- f) caused in the course of professional, business or other gainful activity;
- g) caused by the practice of sports at a level other than recreational;
- h) caused in connection with the practice of risky sports (e.g. skiing, snowboarding, diving, climbing, rafting and other white water boating, etc.), unless otherwise agreed in the contract;
- i) caused in connection with hunting;
- j) caused to the environment (e.g. contamination of water, soil, air, damage to flora and fauna, etc.);



- k) caused by animals owned or kept by the insuree or a person for whom the insuree has legal responsibility;
- l) caused even negligently to another by the introduction or spread of a contagious disease of humans, animals or plants;
- m) caused by interference with personality rights and intellectual property rights, including rights arising from trademarks, designs or names, and patent rights;
- n) caused by criminal activity.

Article 3 Insurance Benefits

1. If an insurance event occurs, the insurer will provide insurance benefits up to the amount of the sum insured specified in the insurance contract. The total agreed limit on insurance benefits applies to all insurance events occurring during the term of the insurance relationship. At the moment benefits are provided and the agreed limit on benefits is reached, a right to any further benefits from the insurance contract does not arise.
2. The extent to which the insurer is obliged to indemnify the insuree is limited to the extent of the loss for which the insuree is liable to the injured party.
3. The amount of a loss must be duly proved to the insurer.

Article 4 Duties of Insuree in Case of Insurance Event

1. The insuree is entitled to recognise or pay for a loss only with the prior written consent of the insurer or its authorised assistance service.
2. The insuree is obliged to immediately notify the competent police authorities of any loss event occurring under circumstances giving rise to a suspicion of criminal activity and to provide the insurer with a police report translated into Czech.
3. In case of an insurance event, the insuree is obliged to inform the nearest police station and request a police report. Furthermore, the insuree is obliged to secure witness statements and written declarations of witnesses (including first name, surname, address and description of the case) and have these facts recorded in the police report.
4. The insuree is obliged to immediately report to the insurer the occurrence of an event that could give rise to a right to insurance benefits.
5. The insuree is obliged to discuss with the insurer any use of legal services, to follow the insurer's instructions and, if the insurer so decides, to be represented by a legal representative appointed by the insurer.
6. The insuree is obliged to submit to the insurer without delay all the necessary information and documents on the occurrence of an insurance event (e.g. police report, names and addresses of injured persons and any witnesses and their written statements, proof of the amount of damage), that the insurer requests.

Part III. – Accident Insurance

Accident insurance is taken out as agreed sum insurance.

Article 1 Insurance Event

1. An insurance event within the meaning of these insurance terms and conditions is an accident suffered by the insuree that causes damage to the insuree's health or death.

2. An accident is a health problem caused to the insuree independently of his/her will by sudden, violent and short-term exposure to external influences, including chemical influences.
3. The following are also considered to be accidents:
 - a) drowning;
 - b) bodily injuries caused by burns, lightning, electric current, gases or vapours, ingestion of poisonous or corrosive substances, except where the effects are gradual;
 - c) sprain of the limbs, as well as tearing or avulsion of part of the limbs and muscles of the spine, tendons, ligaments and joint capsules as a result of sudden deviation from normal movement.
4. The following are not accidents:
 - a) diseases, including infectious diseases;
 - b) heart attack, stroke, retinal detachment;
 - c) mental diseases and disorders, even if they are the consequence of an accident;
 - d) malignant and benign tumours;
 - e) hernias in all locations;
 - f) aggravation of an illness as a consequence of an accident;
 - g) aseptic inflammations of the tendon sacs, tendon sheaths and muscle tendons (bursitis, epicondylitis, impingement syndrome);
 - h) problems with degeneratively changed organs through small indirect violence (Achilles tendon, meniscus);
 - i) sudden disc spinal syndromes, inter-vertebral disc damage;
 - j) bleeding into internal organs and the brain;
 - k) injury to the abdomen or lower abdomen if it was caused by a medical predisposition of the insuree;
 - l) organic nervous system disorders, excluding organic nervous system disorders caused by organic injury in an accident.

Article 2 Insurance Exclusions

1. In addition to the exclusions listed in Part I, Article 2, the insurer will not provide insurance benefits in case of accidents:
 - a) caused by a psychological disorder or disorder of consciousness, heart attack, stroke, epileptic seizure, diabetes, etc.;
 - b) that caused minor damage to the skin and mucous membranes but resulted in the introduction of an infectious agent that will sooner or later cause disease (this does not apply to rabies and tetanus).
2. In the event of an accident caused by an obvious overestimation of one's own physical strength, abilities and knowledge, or negligence, the insurer is entitled to reduce its benefits.
3. If the insuree's illnesses or physical defects also contributed to the consequences of an accident, benefits are reduced in proportion to the share of the contributory illnesses or physical defects, if this share is at least 25%.

Article 3 Insurance Benefits

1. Death of the insuree.
If the insuree dies within 1 year of an insurance event as a result of an accident, a claim arises for insurance benefits in the amount of the sum insured in the event of death. The amount of benefits already paid or an advance on benefits for permanent consequences of an accident will be deducted from the insurance benefits.

2. Permanent consequences of accident.

Permanent consequences are consequences of an accident that are no longer capable of improvement, i.e. permanent effects on physical and mental functions. The insurer is obliged to pay benefits for permanent consequences resulting from an accident that objectively occurred within one year of the date of the accident. Benefits for permanent consequences must be provided within one year of the date of an accident only if the degree of severity of the permanent consequences is clearly established medically. If the onset of permanent consequences is ascertained within one year of the date of an accident, but the degree of severity of the permanent consequences has not yet been clearly established medically, benefits will be provided only one year after the date of the accident.

Table 1 is the basis for the assessment of the permanent consequences of an accident:

one upper limb from the shoulder joint	70 %
one upper limb above the elbow	65 %
one upper limb below the elbow or one hand	60 %
one thumb	20 %
one index finger	10 %
one other finger	5 %
one lower limb up to above mid-thigh	70 %
one lower limb up to mid-thigh	60 %
one lower limb to mid-calf or one foot	50 %
one big toe	5 %
one other toe	2 %
vision in both eyes	100 %
vision in one eye	35 %
vision in one eye if the insuree already suffered from blindness in the other eye before the accident	65 %
hearing in both ears	60 %
hearing in one ear	15 %
hearing in one ear if the insuree already suffered from deafness in the other ear before the accident	45 %
sense of smell	10 %
sense of taste	5 %

The individual percentage rates are added together and the insurance benefits may in no case exceed 100% of the agreed sum insured.

If it is not possible to assess the extent of the permanent consequences of an accident in accordance with Table 1, the extent of the permanent consequences is determined by a medical opinion taking into account the degree of functionality of the injured organ.

If the permanent consequences relate to a part of the body or an organ that was already damaged before the accident, the insurer will reduce its benefits for permanent consequences by the extent of the previous damage ascertained.



Vitalitas pojišťovna, a.s.
Zelený pruh 95/97,
140 00 Praha 4

telefon: +420 296 339 629
e-mail: expat@vitalitas.cz
web: www.vitalitas.cz



Загальні умови страхування туристичного медичного страхування іноземців

Особливі умови страхування:

- Страхування необхідної та невідкладної медичної допомоги для іноземців
- Страхування відповідальності за шкоди
- Страхування від нещасних випадків

www.vitalitas.cz

 +420 296 339 629



VITALITAS
POJIŠTOVNA

Страхування необхідної та невідкладної медичної допомоги для іноземців NZPC01/01.2024

Страхування необхідної та невідкладної медичної допомоги для іноземців вважається страхуванням шкоди.

Стаття 1 Визначення термінів

1. Страхування туристичного медичного страхування для іноземців, організоване Vitalitas pojištovna, a.s., регулюється Законом № 89/2012 Зб. зак. Цивільного кодексу з поправками та Законом № 326/1999 Зб. зак. про проживання іноземців на території Чеської Республіки (надалі лише ЧР), зі змінами та іншими загальнообов'язковими правовими нормами ЧР, цими загальними умовами страхування, відповідними спеціальними умовами страхування туристичного медичного страхування для іноземців та договором страхування.
2. Для цілей договірного страхування наведені нижче терміни мають таке значення:
 - a) страховиком є компанія Vitalitas pojištovna, as, ідентифікаційний номер 25710966, з юридичною адресою: Praha 7, Holešovice, Tusarova 1152/36, PSČ 170 00, зареєстрована в торговому реєстрі, який веде Міський суд, розділ В, справа № 5646;
 - b) страховальник — особа, яка уклала зі страховиком договір страхування та зобов'язана сплатити страховий внесок;
 - c) застрахований — іноземець (фізична особа, яка не є громадянином ЧР), здоров'я якої застраховано;
 - d) уповноваженою особою є особа, яка внаслідок страхового випадку має право на страхове відшкодування, застрахована особа є уповноваженою особою, якщо правовими нормами або договором страхування не встановлено інше;
 - e) страховий випадок — випадкова подія, зазначена в цих загальних умовах страхування, спеціальних умовах страхування та більш конкретно визначена в договорі страхування, яка пов'язана з виникненням у страховика обов'язку здійснити страхову виплату;
 - f) страховий інтерес — законна потреба захисту від наслідків страхового випадку;

- g) шкідливий випадок — факт, внаслідок якого виникла шкода і який міг бути підставою для виникнення права на страхове відшкодування;
- h) внесок — плата за приватне страхування;
- i) період страхування — період, який було оформлено приватне страхування;
- j) період страхування — узгоджений у договорі страхування період часу, протягом якого сплачується страховий внесок;
- k) регулярний внесок — визначений у період страхування внесок, сплачуваний страховальником регулярними платежами;
- l) одноразовий внесок — це внесок, узгоджений за період, на який було укладено угоду про приватне страхування;
- m) страхування збитків — страхування, метою якого є відшкодування шкоди (втрати майна), заподіяної внаслідок страхового випадку;
- n) одноразове страхування — це страхування, метою якого є отримання одноразової суми, тобто узгодженої фінансової суми в результаті страхового випадку в розмірі, який не залежить від настання або розміру шкоди;
- o) договір страхування — договір про надання фінансових послуг, укладений між страховиком і страховальником, змістом якого є, зокрема, зобов'язання страховика у разі настання страхового випадку надати страхові виплати в узгодженому обсязі, а страховальник зобов'язується, зокрема, на сплату внесків;
- p) страхова виплата — сума, яку страховик зобов'язаний сплатити на підставі договору страхування у разі настання страхового випадку, визначеного цими загальними умовами страхування, спеціальними умовами страхування та договором страхування;
- q) репатріація означає перевезення застрахованої особи або її останків з-за кордону чи ЧР назад на територію держави, проїзним документом якої володіє застрахована особа;
- r) послуга асистенції надається договірним партнером страховика, її метою є надання допомоги застрахованому у зв'язку зі страховим випадком (вирішення мовних проблем під час спілкування з медичною установою, організація транспортування або репатріації застрахованого);
- s) договірна медична установа — медична установа, що знаходиться на території ЧР, з якою договірний партнер страховика укладає договір на надання медичних послуг у зв'язку з цим страхуванням;
- t) шенгенська зона — це територія більшості європейських держав (країн Шенгенської угоди), на якій особи можуть перетинати кордони держав-учасниць у будь-якій точці без проходження прикордонного контролю, при цьому договірними державами є як країни Європейського Союзу, так і деякі не-країни ЄС;
- u) комплексна медична допомога — медична допомога, включаючи профілактичну та диспансерну допомогу, яка надається застрахованій особі в закладі охорони здоров'я страховика, за яким укладено договір, без прямої оплати вартості лікування застрахованої особи, з метою збереження її здоров'я з часу до укладення договору страхування; необхідна та невідкладна допомога — це медична допомога, яка надається застрахованій особі, яка полягає в необхідній екстреній та рятувальній медичній допомозі, транспортуванні за призначенням лікаря до найближчого медичного закладу, діагностиці та лікуванню, включаючи необхідні обстеження, необхідні та невідкладні медичні процедури, у тому числі необхідні лікарські препарати та медичне обладнання, від необхідної госпіталізації на абсолютно необхідний період до необхідної та невідкладної допомоги, яка покривається державним медичним страхуванням у ЧР;



- в) договірний партнер страхової компанії — особа, призначена страховою компанією, яка діє від імені та за дорученням страхової компанії.
3. Договір страхування туристичного медичного страхування для іноземців, або комплексне медичне страхування для іноземців є документом для перебування понад 90 днів відповідно до § 180j Закону № 326/1999 Зб. зак. про перебування іноземців на території ЧР з поправками.
 4. Загальні умови страхування та спеціальні умови страхування є невід'ємною частиною договору страхування. До укладення договору страхування страховальник повинен бути наочно ознайомлений із цими загальними та спеціальними умовами страхування, що він підтвердить, підписавши договір страхування або іншим чином довівши ознайомлення з умовами страхування, наприклад, погодившись на укладання договору страхування під час укладання медичного страхування для іноземців в електронній формі. Загальні та спеціальні умови страхування діють протягом усього терміну страхування, укладеного договором страхування, і не можуть бути змінені без згоди страховальника.
 5. Завжди застосовуються положення загальних умов страхування, якщо інше не передбачено спеціальними умовами страхування. У разі суперечності між спеціальними умовами страхування та загальними умовами страхування перевагу мають положення, що містяться в спеціальних умовах страхування.



Стаття 2 Територія дії страхування

1. Страхування поширюється лише на страхові випадки, що сталися під час законного перебування застрахованої особи на території Шенгенської зони, за винятком держави, громадянином якої є застрахований або в якій він є учасником державного медичного страхування.
2. Для території Шенгенської зони, згідно з пунктом 1 цієї статті, за винятком території ЧР, страхування покриває туристичне перебування застрахованого в обсязі необхідної та невідкладної допомоги. Тривалість однієї закордонної поїздки до країн Шенгенської зони становить максимум 30 днів.

Стаття 3 Укладання договору страхування, початок і закінчення страхування

1. Укладання договору страхування та сплата страхових внесків страховику є необхідними умовами страхування. Страхувальник також може прийняти пропозицію страховика, свосчасно сплативши внесок у розмірі, зазначеному у реченні.
2. Страхування створюється та набирає чинності не раніше дня, наступного за днем сплати страхового внеску, але не раніше дати, зазначеної в договорі страхування як початок дії страхування, якщо інше не передбачено договором страхування або загальними чи спеціальними умовами страхування.
3. Страхування укладається на період страхування, точно зазначений у договорі страхування, який, однак, не повинен перевищувати 90 днів.
4. Застрахованою особою може бути тільки іноземець, тобто особа, яка не є громадянином ЧР, чие життя або здоров'я застраховано.
5. Не підлягають страхуванню особи з важкими нервовими розладами, особи з психічними захворюваннями та особи, які страждають на параліч, наркоманію та алкоголізм, цироз

печінки, рак, злоякісну пухлину (карцинома), туберкульоз, нирковий діаліз, HIV-інфекція, захворювання AIDS.

6. Договір страхування не може бути дійсно укладений з особою, з якою неможливо укласти договір страхування. Особам, з якими неможливо укласти договір страхування, страховик залишає за собою право відмовити у укладанні договору страхування. Якщо застрахованій особі або страхувальнику було відомо про обставини, що перешкоджають укладенню договору страхування, до його початку, але укладення договору все ж таки відбулося, страховик має право відмовити у виплаті за страховим випадком, що настав з недейсним укладеного поліса.
7. Договір страхування та дія страхування, що випливає з нього, припиняються:
 - a) в день, який був зазначений у договорі страхування як останній день дії договору, тобто закінчення строку страхування;
 - b) розірванням страхувальником або страховиком на умовах, викладених у Цивільному кодексі або в цих умовах страхування;
 - c) за відмовою страхувальника або страховика від договору страхування на умовах, встановлених Цивільним кодексом;
 - d) за угодою, у якій має бути визначено момент припинення приватного страхування та узгоджено спосіб взаємного розрахунку зобов'язань;
 - e) у день відмови застрахованого або його законного представника від репарації;
 - f) у день закінчення терміну дії візи для проживання в ЧР;
 - g) у день відмови у видачі візи для перебування на території ЧР;
 - h) у день набрання законної сили рішення як висилку або адміністративне виселення;
 - i) у день, коли страхувальник або застрахований повідомляє та доводить страховику, що застрахований став учасником державного медичного страхування відповідно до Закону № 48/1997 Зб. зак. про державне медичне страхування;
 - j) у день, коли застрахована особа стає непридатною до страхування згідно з частиною 5 цієї статті;
 - k) якщо страховий інтерес зникне.
8. У разі зникнення страхування страхувальник зобов'язаний повернути страховику всі документи, що засвідчують дійсність страхування.

Стаття 4

Страхові внески та сплата страхових внесків

1. Розмір страхового внеску визначається згідно з тарифами, встановленими страховиком, та включається до договору страхування.
2. Страховий внесок сплачується в чеській валюті.
3. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий внесок за весь час страхування відразу, негайно після укладення договору страхування, якщо інше не встановлено домовленістю.
4. При розрахунку готівковою датою платежу є дата отримання грошової суми одержувачем.
5. Якщо внесок сплачується через фінансову установу, банк чи оператора поштового зв'язку, він вважається сплаченим у день списання усієї суми внеску з рахунку страхувальника на відповідний банківський рахунок страховика. Про списання внеску з рахунку страхувальника на рахунок страховика страховик повинен бути поінформований у спосіб, що підтверджує цей факт.
6. У разі, якщо страхування не відбудеться, страховик поверне страхувальнику сплачений внесок за вирахуванням витрат, пов'язаних із укладанням договору страхування та його адмініструванням, які становлять 20% від отриманого внеску.
7. Якщо страхування за якихось причин припиняється протягом терміну дії страхування, страховий внесок за період дії страхування підлягає поверненню страховику.

Стаття 5

Обсяг і строки страхових виплат

1. У разі страхування, крім страхування життя, страховик оплачує лише суму фактично понесених витрат, пов'язаних із хворобою, травмою, пошкодженням, знищенням або пошкодженням здоров'я чи майна. Витрати згідно з попереднім реченням повинні бути належним чином доведені страховику.
2. Страховик виплачує максимум узгоджених страхових сум, зазначених у договорі страхування, при цьому загальна сума страхової виплати, зазначена в договорі страхування, поширюється на один страховий випадок, що виник на підставі укладеного договору страхування, з якого надаються страхові виплати, якщо не зазначено інше.
3. Страховий платіж повинен бути сплачений протягом 15 днів, як тільки страховик завершить розслідування, необхідне для визначення обсягу зобов'язання для виконання. Розслідування закінчується, як тільки страховик повідомляє результати розслідування уповноваженій особі. Якщо розслідування не може бути завершено протягом трьох місяців після повідомлення страховику про страховий випадок, страховик надасть страхувальнику розумного авансу на письмову вимогу, якщо його обов'язок по виконанню не оспорується. Якщо розслідування, необхідні для визначення страхового випадку, обсягу страхової виплати або для визначення особи, яка має право на отримання страхової виплати, не можуть бути завершені протягом трьох місяців з дати повідомлення, страховик повідомить заявнику, чому розслідування не може бути завершено.
4. Страхові виплати виплачуються в ЧР та в чеській валюті. Для конвертації застосовується дійсний обмінний курс, випущений ЧНБ на 1-й робочий день, у якому ліквідується страховий випадок.
5. У разі виплати декількома страховиками з одного страхового випадку страховик виплачує лише у співвідношенні сум, які він зобов'язаний сплатити за договором, до сум, які зобов'язані сплатити всі страховики разом.

6. У випадку, якщо зі страховиком було укладено більше одного страхування на той самий період і той самий ризик, страховик зобов'язаний виплатити лише з одного страхування до максимальної страхової суми.
7. Якщо було надано страхове відшкодування за шкоду, за яку страхувальник має право на відшкодування від третьої особи, то ця вимога переходить до страховика в межах суми страхової виплати, наданої страхувальнику.

Стаття 6

Обов'язки застрахованої особи, страхувальника та уповноважених осіб, наслідки їх порушення

1. У разі страхування ризиків третіх осіб страхувальник зобов'язаний повідомити страхувальника про зміст договору страхування, який стосується страхування його ризику, і про свої зобов'язання, що випливають із цього договору, не пізніше ніж до початку дії страхування.
2. Застрахована особа, страхувальник або уповноважена особа зобов'язана, зокрема:
 - a) правдиво та оперативно відповідати на запитання страховика при укладенні договору страхування;
 - b) робити все для запобігання страховому випадку та зменшення розміру його наслідків, особливо дотримуючись вказівок страховика;
 - c) правдиво та без зволікання повідомити про настання, ступінь наслідків страхового випадку, права третіх осіб, будь-яке багаторазове страхування та без зайвих зволікань подати всі документи, необхідні для розгляду страхового випадку, та надати страховику всю необхідну співпрацю. Якщо невиконання обов'язку згідно з попередньою пропозицією спричинить труднощі або неможливість проведення належного розслідування страхового випадку, страховик має право зменшити страхову виплату відповідно до пункту 6 цієї статті, і при цьому, якщо повідомлення містить свідомо неправдиві або суттєво спотворені відомості про масштаби повідомленої події або у ньому прихована інформація щодо цієї події, страховик має право на відшкодування витрат, цілеспрямовано витрачених на розслідування подій, про які дана інформація була надана або прихована;
 - d) у разі настання страхового випадку звільнити лікуючого лікаря від конфіденційності та на вимогу страховика пройти



медичний огляд у лікаря, призначеного страховиком. На вимогу страховика застрахована особа також зобов'язана надати повну медичну документацію;

- e) виконувати дії, які вимагає страховик у зв'язку з розслідуванням страхового випадку, без зайвої затримки;
 - f) дотримуватися відповідних заходів безпеки під час своєї діяльності;
 - g) забезпечити за свій рахунок офіційний переклад усіх поданих страховальнику документів мовою, відмінною від чеської чи англійської;
 - h) у разі настання страхового випадку повністю співпрацювати з лікуючим лікарем, виконувати його рекомендації щодо схеми лікування та продовжувати лікування до його завершення;
 - i) правдиво заповнити форму заяви про страховий випадок і правдиво відповісти на всі питання, що містяться в ній;
 - j) надіслати заповнену форму заяви про страховий випадок назад страховику;
 - k) забезпечити підготовку звітів та оцінок на вимогу страховика.
3. уповноважена особа зобов'язана:
- a) завжди і без зволікань, якщо стан його здоров'я дозволяє, звертатися безпосередньо до служби допомоги або до страховика і виконувати їх вказівки;
 - b) на вимогу пройти медичне обстеження у медичній установі, призначеній службою допомоги або страховиком, дослухатися до вказівок та рекомендацій медичного персоналу;
 - c) на території Шенгенської зони завжди звертатися до служби допомоги, яка, крім допомоги з вибором медичного закладу, погоджує всі обстеження, в тому числі рекомендовані лікарем;
 - d) через службу допомоги запросити організацію репатріації із країн Шенгенської зони або ЧР назад на територію країни, проїзним документом якої володіє застрахована особа. Якщо репатріація була організована застрахованою особою або іншими особами без попередньої прямої згоди страховика, страховик звільняється від обов'язку покривати витрати, пов'язані з цією репатріацією. Страховик має право вимагати від застрахованої особи повернення з поїздки на територію Шенгенської зони за умови, що поверненням буде зменшено обсяг страхового випадку. Страховальник зобов'язаний виконувати вказівки страховика щодо повернення з країн Шенгенської зони. У випадку, якщо застрахована особа не виконує зобов'язання згідно з попереднім реченням, страховик має право відповідно зменшити виконання згідно з пунктом 6 цієї статті.
4. При прямому врегулюванні витрат у Шенгенській зоні або в недоговорній медичній установі щодо застрахованої особи застрахована особа зобов'язана запитати і надати страховику:
- a) медичний висновок про Ваш діагноз, проведені процедури та призначені ліки;
 - b) оригінали рахунків або рахунків-фактур за виконане лікування, які підтверджують суму претензій;
 - c) протокол поліції, якщо страховий випадок стався у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою або наслідок злочинного діяння чи іншої вини третьої особи.
5. Якщо застрахована особа отримує травму, вона зобов'язана повідомити про це страховика
6. У разі заповняння шкоди здоров'ю чи майну та підозри щодо злочинної діяльності застрахована особа зобов'язана негайно повідомити про страховий випадок поліцію та страховика та подати всі необхідні документи.
7. Якщо порушення зобов'язань, передбачених загальними чи спеціальними умовами страхування чи договором

страхування, справило значний вплив на настання страхового випадку, його перебіг або на збільшення розміру його наслідків або на з'ясування або визначення суми страхової виплати або внеможливило надання документів про те, що шкода настала як страховий випадок у сенсі справних умов страхування, страховик може зменшити страхову виплату пропорційно до того, який вплив справило це порушення на обсяг його зобов'язань щодо його виконання. Якщо застрахована або уповноважена особа не виконає свій обов'язок і не представить страховику документи, необхідні для оцінки настання страхового випадку та його масштабів, страховик не зобов'язаний виплатити страхове відшкодування в тій мірі, як воно поширюється на страхову виплату, яку неможливо оцінити об'єктивно через неподання документів.

8. Страховик жодним чином не несе відповідальності за доступність, обсяг і рівень наданої медичної допомоги.

Стаття 7 Прикінцеві положення

1. Партнером страховика може бути служба допомоги, договірною медичною установою або медичною страховою компанією, що діє на території ЧР.
2. Документ, надісланий або переданий страховику, вважається врученим у день його отримання страховиком.
3. До укладення договору страхування особи, зацікавлені у страхуванні, або інформація, була повідомлена страховальнику відповідно до положень § 2760, § 2774 та § 1843 Цивільного кодексу.
4. Усі спори, що виникають у зв'язку з туристичним медичним страхуванням для іноземців або виникають у зв'язку з ним, якщо згоди не буде досягнуто, вирішуватимуться у відповідному загальному суді ЧР відповідно до чеського законодавства.
5. Можливі споживчі спори між страховиком і споживачем також можуть вирішуватися в позасудовому порядку. У цьому випадку споживач може звернутися до суб'єкта позасудового вирішення споживчих спорів, яким є Торгова інспекція Чехії, Центральна інспекція — відділ ADR, Štěpánská 44, 110 00 Praha 1, email: adr@coi.cz; веб-сайт: adr.coi.cz.

Особливі умови страхування

Частина I. — Страхування необхідної та невідкладної медичної допомоги для іноземців

Страхування необхідної та невідкладної медичної допомоги для іноземців вважається страхуванням шкоди.

Стаття 1 Страховий випадок

1. Страховий випадок у розумінні цих умов страхування — це нещасний випадок або хвороба, які сталися протягом періоду страхування на території, на яку поширюється дія страхування, і потребують негайного надання першої допомоги або лікування.
2. Предметом страхової виплати є необхідні та відповідні витрати, понесені правомірно та підтверджено відповідно до чинних медичних та правових норм, а саме на:
 - a) необхідну та невідкладну медичну допомогу, надану застрахованій медичній установі, за якою укладено договір;
 - b) необхідну та невідкладну медичну допомогу, надану застрахованій медичній установі, яка не укладає договору, у необхідному обсязі, або до досягнення стану, що дозволяє транспортувати застрахованого до договірної медичної заклади або репатріювати;

- c) репатріацію хворих застрахованих, яка організовується службою допомоги;
 - d) репатріацію останків застрахованого, яка організовується асистентською службою.
3. Випадки, що виникли з однієї причини і які включають усі факти та їх наслідки, між якими існує причинний, часовий або інший прямий взаємозв'язок, вважаються одним страховим випадком.

Стаття 2 Виключення зі страхування

1. Страховик звільняється від обов'язку надавати страхові виплати за подіями, що настали:
 - a) до сплати страхового платежу;
 - b) за межами території ЧР у зв'язку з нетуристичним перебуванням застрахованої особи;
 - c) поза узгодженою територією дії страхування;
 - d) в країні, проїзним документом якої володіє або володіє застрахований;
 - e) за межами узгодженого обсягу страхування.
2. Страховик також звільняється від обов'язку надавати страхові виплати, якщо:
 - a) випадків, ознаки яких виникли ще до укладення договору страхування або мали бути відомі страхувальнику або застрахованій особі до укладення договору страхування;
 - b) медичне обслуговування, яке не покривається стандартним державним медичним страхуванням у ЧР;
 - c) витрати, пов'язані з обстеженням та лікуванням хронічного захворювання або захворювання, від якого застрахована особа страждала або про яку знала на дату початку страхування, навіть якщо воно ще не лікувалося;
 - d) захворювання, що повторюється протягом останніх 12 місяців;
 - e) обстеження (в тому числі лабораторне та ультразвукове) для виявлення вагітності, будь-яких ускладнень під час вагітності, під час пологів та догляду за новонародженим;
 - f) виконання дій за межами лікувального закладу, які не виконуються кваліфікованим працівником;
 - g) обстеження та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, або AIDS, в тому числі обстеження на HIV;
 - h) вимігліві обстеження за призначенням лікаря-спеціаліста (комп'ютерна томографія, ультразвукове дослідження, ендоскопія), якщо відшкодування витрат не було попередньо погоджено зі страховиком;
 - i) профілактичні огляди, контрольні огляди, щеплення, реабілітаційні процедури, витрати на перебування в курортах, санаторіях, оздоровчих центрах та подібних закладах з метою лікування або реабілітаційних процедур, якщо інше не обумовлено договором;
 - j) допоміжні ліки або вітамінні препарати;
 - k) оплати ліків або медичних виробів, не призначених лікарем;
 - l) витрати на розширений догляд;
 - m) косметичні операції;
 - n) витрати на виготовлення та ремонт протезів — ортопедичних, стоматологічних, ортезів, епітезів, окулярів, контактних лінз чи слухових апаратів;
 - o) виробництво та ремонт електричних інвалідних візків та міоелектричних протезів;
 - p) лікування, яке не є науково визнаним, або лікування члена сім'ї застрахованої особи або особи, близької до застрахованої особи;
 - q) обстеження та лікування психічних, психологічних, неврологічних змін або розладів;



- r) фізичного догляду або перебування на курортах, в санаторіях, лікувальних закладах, оздоровчих закладах, лікувальних установ тощо;
- s) лікування зубів і супутні послуги (наприклад, виготовлення зубних протезів), за винятком лікування гострого болю, але до максимуму, зазначеного в договорі страхування.
- t) захворювання та травми, які сталися у зв'язку із заняттями застрахованою особою будь-яким видом спорту в організованих спортивних заходах, змаганнях, матчах, перегонах чи підготовці до них, а також у професійно практикованих видах спорту;
- u) події під час підготовки та проведення екстремальних, небезпечних або адреналінових видів спорту, або з участю застрахованої особи у будь-якому виді спорту у змаганнях, матчах, боротьбі або підготовці до них, а також у професійно практикованих видах спорту;
- v) випадків, які виникли після відмови від обстеження лікарем, призначеним страховиком або його партнером;
- w) події внаслідок або у зв'язку з масовими заворушеннями або злочинною діяльністю, спричиноюю або вчиненою застрахованим, або внаслідок вживання алкоголю, або у зв'язку з наслідками вживання алкоголю, або внаслідок вживання або застосування наркотичних, психотропних речовин, що викликають звикання, або препарат, що містить така речовина, якщо не йдеться про травму;

Стаття 3 Страхові виплати

1. Страхування організовується в рамках комплексного догляду, з узгодженими виключеннями зі страхування відповідно до статті 2 цих спеціальних умов страхування та з узгодженими межами страхових результатів, які зазначені в договорі страхування.
2. Страхування поширюється на:
 - a) амбулаторне лікування;
 - b) перебування в стаціонарі на стандартному ліжку необхідний термін, що підтверджується медичним висновком, тобто лікування, процедури та операції, які не можна було відкласти за станом здоров'я застрахованого;
 - c) перев'язувальний матеріал за рецептом;
 - d) лікарські засоби, обумовлені медичною допомогою, призначені для фіксації кінцівок;
 - e) рентгенодіагностика;



2. Страхування поширюється на відповідальність за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю або майну, або іншу майнову шкоду.
3. Страховий випадок — це заподіяння шкоди третій стороні, яке сталося під час нормальної та звичайної діяльності застрахованої особи і за яке застрахована особа несе юридичну відповідальність згідно з правовими нормами держави, на території якої було завдано шкоди.

Стаття 2 Виключення зі страхування

Страхування не покриває відповідальність страхувальника за шкоду:

- a) визнану поза межами встановлених правових норм;
 - b) викликану експлуатацією транспортних засобів, до яких належать автомобілі, причепи, мотоцикли, мопеди, малі трактори та аналогічні пристрої з власним тягловим приводом, літальні апарати, рогали, кораблі, судна тощо, в тому числі їх приладдя та інша діяльність яка згідно із законодавством накладає обов'язок застрахуватися або охоплені державним страхуванням;
 - c) заподіяну застрахованою особою собі, членам спільного домогосподарства, близьким застрахованої особи або особам, застрахованим тим самим договором страхування;
 - d) заподіяну на речах, взятих у борг, найманих, довірених на зберігання або переданих застрахованій особі для користування, володіння, перевезення чи переробки, за винятком житлового обладнання;
 - e) спричинену речами, якими застрахована особа користується самовільно;
 - f) спричинену виконанням професії, підприємницької чи іншої прибуткової діяльністю;
 - g) викликану заняттями спортом на іншому чим рекреаційний рівень;
 - h) спричинену заняттями ризикованими видами спорту (наприклад, катання на лижах, сноубордах, дайвінг, альпінізм, рафтинг та інші сплави по диких річках тощо), якщо інше не обумовлено в договорі;
 - i) заподіяну полюванням;
 - j) спричинену навколишнім середовищем (наприклад, забруднення води, ґрунту, повітря, пошкодження флори та фауни тощо);
 - k) спричинену тваринами, якими володіє або утримує застрахована особа, або особою, за яку застрахована особа несе юридичну відповідальність;
 - l) заподіяну навіть з необережності по відношенню до іншого, шляхом занесення або поширення заразної хвороби людей, тварин або рослин;
 - m) викликану втручанням у особистісні права та права інтелектуальної власності, включаючи права, що випливають із торгової марки, дизайну, назви чи патентних прав;
 - n) викликану злочинною діяльністю.
- a) невідкладні операції;
 - g) ліки, призначені амбулаторно лікарем на ім'я застрахованого у зв'язку з наданням медичної допомоги в межах узгодженого страхового тарифу, за винятком винятків, зазначених у статті 2 цих спеціальних умов страхування, до ліміту, узгодженого у договорі страхування. Максимальна сума страхової виплати за відшкодування витрат на лікарський препарат, призначений застрахованому лікарем в амбулаторних умовах, дорівнює сумі відшкодування цього лікарського препарату за рахунок коштів державного медичного страхування в ЧР, який зазначений у чинній постанові Міністерства охорони здоров'я ЧР, зокрема, у списку лікарських засобів, які повністю чи частково поширюється медичне страхування;
 - h) диспансерне лікування, що стосується захворювань і травм, причина яких виникла після початку страхування;
 - i) невідкладне лікування зубів для усунення гострого болю до межі, зазначеної в договорі страхування;
 - j) якщо на момент настання страхового випадку діє додаткове страхування у зв'язку з вагітністю, покривається вся медична допомога, яку застрахована отримує у зв'язку з вагітністю та пологами у договірній установі страховика чи іншій установі, заздалегідь погодженій із страховиком;
3. Страхування покриває надання допоміжних послуг, зокрема, репатріацію хворого застрахованого або останків застрахованого, яку організує партнер страховика після схвалення лікаря застрахованої особи або лікаря-фахівця партнера страховика, в країну, проїзним документом якої застрахована особа володіє або володіла, або в державу, в якій застрахована особа має або мала. Репатріація неможлива в райони, які Міністерство закордонних справ ЧР визначило зоною військових дій на своєму веб-сайті або куди воно не рекомендує або забороняє подорожувати.

Частина II. — Страхування відповідальності за шкоду

Страхування відповідальності оформляється як страхування шкоди.

Стаття 1 Страховий випадок

1. Згідно зі страхуванням відповідальності застрахована особа має право вимагати від страховика відшкодування шкоди, заподіяної застрахованою особою і за яку застрахована особа несе відповідальність згідно з правовими нормами держави, на території якої завдано шкоди.

Стаття 3 Страхові виплати

1. У разі настання страхового випадку страховик надає страхову виплату в розмірі страхової суми, зазначеної в договорі страхування. Загальний погоджений ліміт страхових виплат поширюється на всі страхові випадки, що сталися протягом дії страхових відносин. У момент надання виконання, до якого досягнуто узгодженої межі виконання, право на якусь подальше виконання укладеного договору страхування не виникає.

- Обсяг виконання страховиком зобов'язань відшкодувати шкоду застрахованій особі обмежується розміром шкоди, за який застрахована особа несе відповідальність перед потерпілою стороною.
- Розмір шкоди має бути належним чином доведений страховику

Стаття 4

Обов'язки застрахованої особи при настанні страхового випадку

- Застрахована особа має право визнати або відшкодувати шкоду лише за попередньою письмовою згодою страховика або уповноваженою нею служби допомоги.
- Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити відповідні органи поліції про будь-який випадок шкоди, що виникла за обставин, що викликають підозру у злочинній діяльності, та надати страховику поліцейський звіт, перекладений чеською мовою.
- У разі настання страхового випадку застрахована особа зобов'язана повідомити про це найближче відділення поліції та вимагати складання поліцейського протоколу. Крім того, застрахована особа зобов'язана отримати показання свідків і письмові заяви свідків (включаючи ім'я, прізвище, адресу та опис справи) і внести ці факти до поліцейського протоколу.
- Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити страховика про настання події, яка може бути підставою для виникнення права на страхові виплати.
- Застрахована особа зобов'язана обговорити зі страховиком будь-яке використання юридичних послуг, виконувати вказівки страховика та, якщо страховик вирішить, бути представленою законним представником, призначеним страховиком.
- Застрахована особа зобов'язана негайно надати страховику всю необхідну інформацію та документи про настання страхового випадку (наприклад, поліцейський протокол, імена та адреси постраждалих осіб та можливих свідків та їхні письмові заяви, докази розміру завданої шкоди), які вимагає страховик.

Частина III. — Страхування від нещасних випадків

Страхування від нещасних випадків оформляється як одноразове страхування.

Стаття 1

Страховий випадок

- Страховим випадком у сенсі справжніх умов страхування є нещасний випадок із застрахованою особою, що спричинила шкоду його здоров'ю або смерть.
- Нещасний випадок — розлад здоров'я, спричинений застрахованій особі незалежно від її волі внаслідок раптової, сильної та короткотривалої дії зовнішнього впливу, у тому числі дії хімічного впливу.
- Травмою також вважається:
 - утоплення;
 - фізичні uszkodження, заподіяні опіками, блискавкою, електричним струмом, газами або парами, вживанням отруйних або їдких речовин, крім випадків, коли наслідки виникли поступово;
 - розтягнення кінцівок, а також надриви або розриви частини кінцівок і м'язів на хребті, сухожилля, зв'язок і суглобових капсул внаслідок раптового відхилення від нормального руху.

4. Травмою не є:

- хвороби, в тому числі інфекційні;
- інфаркт, інсульт, відшарування сітківки;
- психічні захворювання та розлади, навіть якщо вони виникли внаслідок нещасного випадку;
- злаякісні та доброякісні пухлини;
- грижі всіх локалізацій;
- загострення захворювання в результаті травми;
- асептичне запалення слизових сумок, сухожилльних піхв та м'язових прикріплень (бурсит, тендовагініт, епіконділіт, синдром імпетіго);
- переривання дегенеративно змінених органів невеликим непрямим насильством (ахіллезове сухожилля, меніск);
- раптові спино мозкові дискові синдроми, пошкодження міжхребцевих дисків;
- крововилив у внутрішні органи і в мозок;
- травма живота або низу живота, якщо вона сталася внаслідок медичної схильності застрахованої особи;
- органічно зумовлені розлади нервової системи, за винятком органічних розладів нервової системи, викликаних органічними uszkodженнями під час нещасного випадку.

Стаття 2

Виключення зі страхування

- Крім винятків, перелічених у частині I статті 2, Страховик не надаватиме страхових виплат у разі наступних нещасних випадків:
 - викликаних психічним розладом або порушенням свідомості, інфарктом, інсультом, епілептичним припадком, цукровим діабетом тощо;
 - які спричинили незначне пошкодження шкіри та слизових оболонок, але спричинили занесення збудника інфекції, який рано чи пізно викличе захворювання (це не стосується сказу та правця).
- У разі нещасного випадку, спричиненого явною переоцінкою власних фізичних сил, здібностей і знань або, можливо, недбалістю, страховик має право зменшити свою виплату.
- Якщо хвороби або фізичні вади застрахованого також сприяли наслідкам нещасного випадку, виплата зменшується пропорційно до частки спільної хвороби або фізичної вади, якщо ця частка становить не менше 25%.

Стаття 3

Страхові виплати

1. Смерть застрахованого.

Якщо застрахована особа померла протягом 1 року після страхового випадку внаслідок нещасного випадку, виникає вимога про страхові виплати в розмірі страхової суми, узгодженої на випадок смерті. Зі страхової виплати буде утримана вже виплачена сума компенсації або аванс за стійкі наслідки цього нещасного випадку.

2. Тривалі наслідки нещасного випадку.

Тривалі наслідки — це ті наслідки нещасного випадку, які більше не підлягають виправленню, тобто це постійний вплив на фізичні та психічні функції. Страховик зобов'язаний відшкодувати стійкі наслідки нещасного випадку, який об'єктивно стався протягом одного року з дати нещасного випадку. Виплата за тривалі наслідки має бути здійснена протягом одного року з дня нещасного випадку лише за умови, що ступінь тяжкості стійких наслідків чітко встановлений медичним шляхом. Якщо настання незворотних наслідків виявлено протягом одного року з дня нещасного випадку, але ступінь тяжкості незворотних наслідків

ще не визначений чітко з медичної точки зору, посібник буде надано лише через один рік з дня нещасного випадку.

Таблиця №1 є основою для оцінки незворотних наслідків нещасного випадку:

одна верхня кінцівка від плечового суглоба	70 %
одна верхня кінцівка вище ліктя	65 %
одна верхня кінцівка до рівня нижче ліктя або одна рука	60 %
один палець	20 %
один вказівний палець	10 %
один інший палець	5 %
одна нижня кінцівка до висоти вище половини стегна	70 %
одна нижня кінцівка до середини стегна	60 %
одна нижня кінцівка до середини литки або одна стопа	50 %
один палець на нозі	5 %
один інший палець на нозі	2 %
зір обома очима	100 %
зір одним оком	35 %
зір на одне око, якщо застрахований вже страждав від сліпоти на інше око до нещасного випадку	65 %
слух на обидва вуха	60 %
слух на одне вухо	15 %
слух на одне вухо, якщо застрахований вже страждав від глухоти на інше вухо до нещасного випадку	45 %
нюх	10 %
відчуття смаку	5 %

Індивідуальні процентні ставки складаються, страховий платіж ні в якому разі не може перевищувати 100% узгодженої страхової суми.

Якщо за таблицею № 1 оцінити ступінь тривалих наслідків ушкодження неможливо, ступінь тривалих наслідків визначається медичним висновком з урахуванням ступеня функціональності ушкодженого органу.

Якщо тривалі наслідки стосуються частини тіла або органу, які вже були пошкоджені до нещасного випадку, страховик зменшить свою компенсацію за тривалі наслідки на розмір попередньої шкоди, визначеної таким чином.



Vitalitas pojišťovna, a.s.
Zelený pruh 95/97,
140 00 Praha 4

telefon: +420 296 339 629
e-mail: expat@vitalitas.cz
web: www.vitalitas.cz



Общие условия страхования – базовое медицинское страхование иностранных граждан

Специальные условия страхования:

- Страхование на случай экстренной и неотложной медицинской помощи для иностранцев
- Страхование ответственности за ущерб
- Страхование от несчастного случая

www.vitalitas.cz

 +420 296 339 629



VITALITAS
POJIŠŤOVNA

Общие условия страхования – базовое медицинское страхование иностранных граждан NZPC01/01.2024

Страхование на случай экстренной и неотложной медицинской помощи для иностранцев

Страхование на случай экстренной и неотложной медицинской помощи для иностранных граждан является страхованием медицинских расходов.

Статья 1 Определение понятий

1. Договор туристического медицинского страхования иностранных граждан, заключаемый со страховой компанией Vitalitas rojišťovna, a.s., регулируется законом № 89/2012 Сб. законов ЧР «Гражданский кодекс ЧР», в действующей редакции, а также законом № 326/1999 Сб. законов ЧР «О пребывании иностранных граждан на территории Чешской Республики (в дальнейшем – ЧР), с поправками, а также другими общеобязательными нормативными актами Чешской Республики, настоящими Общими условиями страхования, соответствующими Специальными условиями туристического медицинского страхования иностранных граждан и Договором страхования.
2. В рамках заключаемого договора страхования нижеприведенные термины имеют следующее значение:
 - a) страховщиком является страховая компания Vitalitas rojišťovna, a.s., ИН: 25710966, место нахождения: Прага 7, Голешовице, ул. Тусарова 1152/36, почт. индекс: 170 00, зарегистрированная в Торговом реестре в ведении Городского суда, в разделе «В», вкладке 5646;
 - b) страхователь – это лицо, заключившее со страховщиком договор страхования и обязующееся уплатить страховую премию;
 - c) застрахованное лицо – иностранный гражданин (физическое лицо, не являющееся гражданином Чешской Республики), с целью охраны здоровья которого заключается договор страхования;
 - d) выгодоприобретатель – это лицо, которое в результате страхового случая получает право на страховое возмещение; застрахованное лицо является выгодоприобретателем, если нормативные акты или договор страхования не предусматривают иное;

- e) страховым случаем является случайное событие, описанное в настоящих Общих условиях страхования, Специальных условиях страхования и точнее определенное в Договоре страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика выплатить страховое возмещение;
- f) Страховой интерес – это обоснованная потребность в защите от последствий страхового случая;
- g) Событие, вызывающее ущерб – это событие, в результате которого возник ущерб, и которое может привести к возникновению права на страховое возмещение;
- h) страховая премия – это сумма, уплачиваемая за предоставление личного страхования;
- i) срок действия договора страхования – это период действия личного страхования согласно договору страхования;
- j) период страхования – период времени, предусмотренный договором страхования, за который вносится страховая премия;
- k) текущие страховые взносы – страховая премия, установленная на период страхования и уплачиваемая страхователем в виде регулярных взносов;
- l) единовременная страховая премия – страховая премия за период действия личного страхования;
- m) страхованием расходов является страхование, предназначенное для компенсации убытка (потери имущества) в результате страхового случая;
- n) страхование с единовременной страховой выплатой – это страхование, целью которого является получение в результате наступления страхового случая единовременной выплаты, т.е. оговоренной суммы, в размере, не зависящем от возникновения или размера ущерба;
- o) договор страхования – договор о финансовых услугах, заключенный между страховщиком и страхователем, предусматривающий, прежде всего, обязательство страховщика при наступлении страхового случая предоставить страховое возмещение в согласованном объеме, и обязательство страхователя уплатить страховую премию;
- p) страховое возмещение – это сумма, которую страховщик обязан выплатить по договору страхования при наступлении страхового случая, указанного в настоящих Общих условиях страхования, Специальных условиях страхования и Договоре страхования;
- q) репатриация – перевозка застрахованного лица или его останков из-за рубежа или из Чешской Республики на территорию государства, заграничный паспорт которого имеется у застрахованного лица;
- r) сервисные услуги (ассистанс) оказывает договорной партнер страховщика, их целью является оказание помощи застрахованному лицу в связи со страховым случаем (устранение языкового барьера при общении с медицинским учреждением, организация перевозки или репатриации застрахованного лица);
- s) договорное медицинское учреждение – медицинское учреждение в Чешской Республике, с которым договорной партнер страховщика заключил договор на оказание медицинской помощи в связи с данным страхованием;
- t) Шенгенская зона – это территория большинства европейских стран (стран Шенгенского соглашения), в пределах которой лица могут пересекать границы государств в любом месте, не проходя пограничный контроль, причем в Шенгенскую зону входят как страны ЕС, так и некоторые страны, не входящие в ЕС;



ц) комплексное медицинское обслуживание – медицинское обслуживание, в том числе профилактическое и диспансерное, предоставляемое застрахованному лицу в договорном медицинском учреждении страховщика без прямой оплаты стоимости лечения застрахованным лицом с целью поддержания такого же состояния здоровья, что и до заключения договора страхования;

в) экстренная и неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, предоставляемая застрахованному лицу и включающая: экстренную дежурную помощь и неотложную помощь, назначенную врачом перевозку в ближайшее медицинское учреждение, диагностирование и лечение, включая необходимые обследования, неотложные и экстренные медицинские процедуры, необходимые лекарственные и медицинские средства, необходимую госпитализацию на строго необходимый период времени, не превышающую максимальный объем экстренной и неотложной помощи, покрываемой государственным медицинским страхованием в Чешской Республике;

г) договорной партнер страховой компании – это лицо, назначенное страховой компанией для действий от ее лица в ее интересах.

3. Договор туристического медицинского страхования иностранных граждан или комплексного медицинского страхования иностранных граждан служит документом, достаточным для пребывания на территории ЧР свыше 90 дней в соответствии со ст. 180J закона № 326/1999 Сб. законов ЧР «О пребывании иностранных граждан на территории Чешской Республики», с поправками.

4. Общие условия страхования и Специальные условия страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования. Страхователь обязуется ознакомиться с настоящими Общими и Специальными условиями страхования до заключения Договора страхования, что он подтверждает подписанием Договора страхования или иным способом, который послужит доказательством его ознакомления с условиями страхования, например, выражением согласия с заключением договора туристического медицинского страхования для иностранных граждан в электронной форме. Общие и Специальные условия страхования действуют на протяжении всего срока действия Договора страхования и не могут быть изменены без согласия страхователя.

5. Всегда действуют положения Общих условий страхования, если в Специальных условиях страхования не указано иное. В случае разногласий между Специальными условиями страхования и Общими условиями страхования преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в Специальных условиях страхования.

Статья 2

Территориальное действие страхования

1. Страхование распространяется только на страховые случаи, возникающие во время законного пребывания застрахованного лица в Шенгенской зоне, за исключением государства, гражданином которого является застрахованное лицо или в котором оно является участником системы государственного медицинского страхования.

2. Согласно пункту 1 настоящей статьи, страхование покрывает экстренную и неотложную медицинскую помощь во время туристической поездки застрахованного лица в страны Шенгенской зоны за исключением Чешской Республики. Продолжительность одной поездки в страну Шенгенской зоны не должна превышать 30 дней.



Статья 3

Заключение Договора страхования, начало и конец страхования

1. Необходимым условием для возникновения страхования является заключение договора страхования и уплата страховой премии страховщику. Страхователь также может принять предложение страховщика, одновременно уплатив страховую премию в размере, указанном в предложении.

2. Страхование начинается и вступает в силу не ранее следующего дня после уплаты премии, однако не ранее даты начала страхования, указанной в Договоре страхования, если Договором страхования или Общими или Специальными условиями страхования не предусмотрено иное.

3. Страхование заключается на период страхования, точно указанный в договоре страхования, однако не превышающий 90 дней.

4. Застрахованным лицом может быть только иностранец, т.е. лицо, не являющееся гражданином Чешской Республики, жизнь или здоровье которого покрывается страхованием.

5. Страхование не подлежит лицам с тяжелыми нервными расстройствами, с психическими заболеваниями, страдающие параличом, наркотической, алкогольной и токсической зависимостью, циррозом печени, раком, злокачественной опухолью (карциномой), туберкулезом, диализом почек, ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом.

6. С лицами, не подлежащими страхованию, Договор страхования не может быть заключен. Страховщик оставляет за собой право отказать в заключении Договора страхования лицам, не подлежащим страхованию. Если застрахованное лицо или страхователь знали о фактах, препятствующих заключению Договора страхования, до его начала, но договор все же был заключен, страховщик имеет право отказать в возмещении по страховому случаю, наступившему вследствие недействительного заключения Договора страхования.

7. Договор страхования, а вместе с ним и вытекающее из него страхование прекращает действие:

а) в день, указанный в Договоре страхования в качестве даты окончания договора, т.е. по истечении срока его действия;

б) в случае расторжения Договора по инициативе страхователя или страховщика на условиях, предусмотренных Гражданским кодексом ЧР или настоящими условиями страхования;

- c) в случае одностороннего отказа страхователя или страховщика от договора страхования на условиях, предусмотренных Гражданским кодексом ЧР;
 - d) на основании соглашения, при этом в соглашении должен быть указан момент прекращения личного страхования и оговорен способ взаимного урегулирования обязательств;
 - e) в день отказа застрахованного лица или его законного представителя от репатриации;
 - f) в день прекращения действия разрешения на пребывание в ЧР;
 - g) в день отказа в предоставлении разрешения на пребывание в ЧР;
 - h) в день вступления в правовую силу решения о депортации или административном выдворении лица;
 - i) в день, когда страхователь или застрахованное лицо сообщит страховщику и предоставит ему доказательство того, что застрахованное лицо получило полис государственного медицинского страхования в соответствии с Законом № 48/1997 Сб. законов ЧР «О государственном медицинском страховании»;
 - j) в день, когда застрахованное лицо становится не подлежащим страхованию в соответствии с пунктом 5 настоящей статьи;
 - k) в случае утраты страхового интереса.
8. В случае прекращения страхования застрахованное лицо обязано вернуть страховщику все документы, подтверждающие действительность страхования.

Статья 4

Страховая премия и ее оплата

1. Размер страховой премии определяется в соответствии с тарифами, установленными страховщиком, и указывается в Договоре страхования.
2. Страховая премия выплачивается в чешских кронах.
3. Страхователь обязан уплатить премию за весь период действия страхования сразу, непосредственно после заключения Договора страхования, при отсутствии иной договоренности.
4. Если выплата производится наличными, то датой выплаты считается дата получения денежной суммы получателем.
5. Если премия уплачивается через финансовую организацию, банк или поставщика почтовых услуг, она считается уплаченной в день списания полной суммы страховой премии со счета страхователя и ее зачисления на соответствующий

банковский счет страховщика. Страховщик должен быть уведомлен о списании страховой премии со счета страхователя и ее перечислении на счет страховщика способом, доказывающим этот факт.

6. В случае, если страхование не возникнет, страховщик возвратит страхователю уплаченную премию за вычетом расходов, связанных с заключением договора страхования и его администрированием, которые составляют 20% от полученной премии.
7. Если страхование прекращается по какой-либо причине в течение срока действия страхования, страховщику причитается премия за срок действия страхования.

Статья 5

Размер и срок выплаты страхового возмещения

1. В случае страхования расходов страховщик оплачивает только сумму фактически понесенных расходов в связи с болезнью, травмой, дефектом, потерей или ущербом для здоровья или имущества. Расходы, указанные в предыдущем предложении, должны быть надлежащим образом доказаны страховщику.
2. Страховое возмещение выплачивается в пределах максимальных сумм, указанных в Договоре страхования, причем, если не предусмотрено иное, общая сумма страхового возмещения, указанная в договоре страхования, распространяется на один страховой случай, наступивший по заключенному договору страхования, в связи с которым выплачивается страховое возмещение.
3. Страховое возмещение подлежит оплате в течение 15 дней со дня завершения страховщиком расследования, необходимого для установления объема его обязательств по возмещению. Расследование считается завершенным, как только страховщик сообщит выгодоприобретателю результаты расследования. Если расследование не может быть завершено в течение трех месяцев после того, как страховщиком было сообщено о страховом случае, страховщик по письменному запросу предоставит страхователю разумный аванс, если нет сомнений в его обязательстве выплатить страховое возмещение. Если расследование, необходимое для установления страхового случая, размера страхового возмещения или лица, имеющего право на получение страхового возмещения, не может быть завершено в течение трех месяцев со дня уведомления, страховщик должен сообщить уведомляющему лицу, почему расследование не может быть завершено.
4. Страховое возмещение выплачивается в Чешской Республике в чешских кронах. Обменным курсом для конвертации является действующий обменный курс Чешского национального банка по состоянию на первый рабочий день месяца, в котором происходит урегулирование страхового случая.
5. Если по одному и тому же страховому случаю страховое возмещение выплачивается несколькими страховщиками, то страховщик выплатит только пропорциональную долю от совокупных выплат всех страховщиков.
6. Если со страховщиком заключено несколько договоров страхования на один и тот же период времени с покрытием одного и того же риска, страховщик выплатит возмещение только по одному из договоров страхования в пределах максимальной страховой суммы.
7. Если страховое возмещение было предоставлено в связи с ущербом, возмещения которого застрахованное лицо вправе потребовать от третьего лица, такое требование переходит к страховщику в пределах суммы страхового возмещения, выплаченного застрахованному лицу.



Статья 6

Обязанности застрахованного лица, страхователя и выгодоприобретателей и последствия их нарушения

1. При страховании чужого страхового риска страхователь обязан не позднее, чем до даты наступления страхового случая, ознакомить застрахованное лицо с содержанием договора страхования, касающегося страхования его риска, а также с его обязанностями, вытекающими из этого договора.
2. Застрахованное лицо, страхователь или выгодоприобретатель обязуются:
 - a) правдиво и без необоснованной задержки отвечать на вопросы страховщика при заключении договора страхования;
 - b) делать все возможное для предотвращения страхового случая и уменьшения его последствий, в особенности, следовать указаниям страховщика;
 - c) правдиво и быстро сообщить о наступлении, размере последствий страхового случая, правах третьих лиц, наличии нескольких страховых полисов и без необоснованной задержки предоставить все документы, необходимые для расследования страхового случая, а также оказать страховщику все необходимое содействие. Если несоблюдение обязанности, предусмотренной предыдущим положением, затрудняет или делает невозможным проведение надлежащего расследования страхового случая, страховщик вправе пропорционально уменьшить страховое возмещение в соответствии с пунктом 6 настоящей статьи, а если уведомление содержит заведомо ложную или грубо искаженную существенную информацию о масштабах заявленного случая, или обстоятельства случая умышленно скрыты, страховщик имеет право на компенсацию целесообразных затрат на расследование фактов, которых касалась такая искаженная или скрытая информация;
 - d) при наступлении страхового случая освободить лечащего врача от обязательства о неразглашении конфиденциальной информации и по требованию страховщика пройти медицинское обследование у назначенного им врача. Застрахованное лицо также обязано по требованию страховщика предоставить полную медицинскую документацию;
 - e) без неоправданной задержки выполнять действия, запрошенные страховщиком в связи с расследованием страхового случая;
 - f) при выполнении своей деятельности соблюдать соответствующие меры безопасности;
 - g) за собственный счет обеспечить официальный перевод всех представленных страхователем документов, составленных не на чешском или английском языке;
 - h) при наступлении страхового случая активно взаимодействовать с лечащим врачом, следовать его рекомендациям относительно режима лечения и продолжать лечение до его завершения;
 - i) заявляя о страховом случае, указывать достоверные данные и правдиво отвечать на все вопросы заявления;
 - j) отправить страховщику заполненный страховой акт;
 - k) обеспечить составление отчетов и заключений, запрошенных страховщиком.
3. При наступлении страхового случая застрахованное лицо, страхователь или выгодоприобретатель обязаны:
 - a) всегда и без промедления, если состояние здоровья позволяет, обращаться прямо в компанию-ассистанс или непосредственно к страховщику и следовать их указаниям;



- b) по требованию пройти медицинское обследование в медицинском учреждении, указанном компанией-ассистанс или страховщиком и следовать указаниям и рекомендациям медицинских работников;
 - c) находясь в Шенгенской зоне, всегда обращаться в компанию-ассистанс, которая не только поможет выбрать медицинское учреждение, но и даст разрешение на проведение обследований, в том числе назначенных врачом;
 - d) обратиться в компанию-ассистанс для организации репатриации из стран Шенгенской зоны или Чешской Республики обратно на территорию государства, заграничный паспорт которого имеется у застрахованного лица. Если репатриация будет организована застрахованным лицом или другими лицами без предварительного прямого согласия страховщика, страховщик освобождается от обязанности покрывать расходы на такую репатриацию. Страховщик имеет право обязать застрахованное лицо вернуться из поездки в Шенгенскую зону, если возвращение сократит объем обязательств по страховому случаю. Застрахованное лицо обязано выполнить требование страховщика по возвращению из Шенгенской зоны. В случае, если застрахованное лицо не выполнит обязательство, предусмотренное предыдущим предложением, страховщик имеет право пропорционально уменьшить размер страхового возмещения в соответствии с пунктом 6 настоящей статьи.
4. Если прямое урегулирование расходов, связанных с застрахованным лицом, происходит в Шенгенской зоне или в медицинском учреждении, с которым не заключен договор, застрахованное лицо обязано запросить и впоследствии представить страховщику:
 - a) медицинское заключение о диагнозе, пройденных процедурах и назначенных лекарствах;
 - b) оригиналы квитанций или счетов за оказанную медицинскую помощь для подтверждения суммы требования;
 - c) составленный полицией протокол, если страховой случай возник вследствие дорожно-транспортного происшествия, преступного деяния или по вине третьего лица.
 5. Если с застрахованным лицом произошел несчастный случай, оно обязано сообщить об этом страховщику

6. Если причинен ущерб здоровью или имуществу, и существует подозрение на преступное деяние, застрахованное лицо обязано немедленно сообщить о страховом случае в полицию и страховщику, а затем предоставить все необходимые документы.
7. Если нарушение обязательств, предусмотренных Общими или Специальными условиями страхования или Договором страхования, значительно поспособствовало возникновению страхового случая, существенно повлияло на его течение, привело к увеличению масштабов его последствий, оказало воздействие на установление или определение размера страхового возмещения или сделало невозможным предоставление доказательств того, что ущерб был вызван страховым случаем в смысле настоящих условий страхования, страховщик может уменьшить страховое возмещение пропорционально влиянию нарушения на объем его обязательств по исполнению. Если застрахованное лицо или выгодоприобретатель не выполнит свою обязанность и не предоставит страховщику документы, необходимые для оценки наступления страхового случая и его объема, страховщик вправе воздержаться от выплаты страхового возмещения, в той части, которую невозможно объективно оценить из-за отсутствия документов.
8. Страховщик не несет никакой ответственности за доступность, объем и уровень предоставляемого медицинского обслуживания.

Статья 7

Заключительные положения

1. Партнером страховщика может быть компания-ассистанс, договорное медицинское учреждение или медицинская страховая компания, действующая на территории Чешской Республики.
2. Письменный документ, отправленный или доставленный страховщику, считается врученным в день его получения страховщиком.
3. Перед заключением Договора страхования потенциальному застрахованному лицу или страхователю была предоставлена информация в соответствии с положениями разделов статей 2760, 2774 и 1843 Гражданского кодекса Чешской Республики.
4. Все споры, возникающие в связи с туристическим медицинским страхованием для иностранных граждан или в связи с ним, при отсутствии договоренности разрешаются компетентным судом общей юрисдикции Чешской Республики в соответствии с чешским законодательством.
5. Любые потребительские споры между страховщиком и потребителем также могут быть урегулированы во внесудебном порядке. В этом случае потребитель может обратиться во внесудебный орган по разрешению потребительских споров, которым является Чешская торговая инспекция, Центральный инспекционный орган – отдел альтернативного разрешения споров, Štěpánská 44, 110 00 Прага 1, E-mail: adr@coi.cz; веб-сайт: adr.coi.cz.

Специальные условия страхования

Часть I. Страхование на случай экстренной и неотложной медицинской помощи для иностранцев

Страхование на случай экстренной и неотложной медицинской помощи для иностранных граждан является страхованием медицинских расходов.

Статья 1

Страховой случай

1. В контексте настоящих условий страховым случаем является травма или болезнь, произошедшие в период страхования на территории действия страхования, и требующие немедленной медицинской помощи или лечения.
2. Под предметом страхового возмещения понимаются необходимые и соразмерные затраты, обоснованные и документально подтвержденные в соответствии с действующими медицинскими и правовыми нормами, в частности, на:
 - a) экстренную и неотложную медицинскую помощь, оказываемую застрахованному лицу договорным медицинским учреждением;
 - b) экстренную и неотложную медицинскую помощь, предоставленную застрахованному лицу недоговорным медицинским учреждением, причем исключительно в необходимом объеме или до состояния, позволяющего перевезти застрахованное лицо в договорное медицинское учреждение, или осуществить репатриацию;
 - c) репатриацию больного застрахованного лица, которую организует компания-ассистанс;
 - d) репатриацию тела умершего застрахованного лица, которую организует компания-ассистанс.
3. Случаи, возникшие по одной и той же причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая связь, считаются одним страховым случаем

Статья 2

Исключения из страхования

1. Страховщик освобождается от обязанности предоставить страховое возмещение по случаям, которые произошли:
 - a) до уплаты страховой премии;
 - b) за пределами Чешской Республики в связи с пребыванием там застрахованного лица с целью, отличной от туризма;
 - c) за пределами территориального действия страхования;
 - d) в государстве, заграничный паспорт которого принадлежал или принадлежит застрахованному лицу;
 - e) свыше предусмотренного договором страхового покрытия.
2. Страховщик также освобождается от обязанности предоставить страховое возмещение:



- a) по случаям, признаки которых возникли до заключения договора страхования или должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю до заключения договора страхования;
- b) за медицинские услуги, которые обычно не покрываются за счет государственного медицинского страхования в Чешской Республике;
- c) расходы на обследование и лечение хронического заболевания или заболевания, которым застрахованное лицо страдало или знало о нем до даты начала страхования, даже если не проходило лечение;
- d) заболевание, рецидивирующее в течение последних 12 месяцев;
- e) обследования (в том числе лабораторные и ультразвуковые) для установления беременности, всевозможные осложнения в ходе беременности, во время родов, а также забота о новорожденном;
- f) за услуги, оказанные вне медицинского учреждения и выполняемые работником, не имеющим соответствующей квалификации;
- g) обследование и лечение венерических заболеваний и СПИД, в том числе обследование на наличие ВИЧ-инфекции;
- h) углубленные обследования, назначаемые врачом-специалистом (компьютерная томография, ультразвуковые исследования, эндоскопия), если возмещение расходов не было заранее согласовано со страховщиком;
- i) профилактические осмотры, контрольные обследования, вакцинации, реабилитационные процедуры, расходы на пребывание на курортах, в санаториях, пансионатах, домах престарелых и аналогичных учреждениях с целью проведения медицинских или реабилитационных процедур, если иное не предусмотрено договором;
- j) укрепляющие и витаминные препараты;
- k) возмещение расходов на лекарства или медицинские изделия, не назначенные врачом;
- l) стоимость медицинских услуг, превышающих стандартный объем;
- m) косметические вмешательства;
- n) стоимость изготовления и ремонта протезов: ортопедических, зубных протезов, ортезов, протезов молочной железы, очков, контактных линз или слуховых аппаратов;
- o) за изготовление и ремонт электрических инвалидных колясок и миоэлектрических протезов;
- p) лечение с научно недоказанной эффективностью или лечение, проводимое членом семьи застрахованного лица или близким ему человеком;
- q) обследование и лечение психических, психологических и неврологических изменений или расстройств;
- r) кинезитерапия или пребывание на курортах, в санаториях, пансионатах, санаториях, лечебно-оздоровительных учреждениях и проч.;
- s) стоматологическое лечение и сопутствующие услуги (например, изготовление зубных протезов), кроме лечения острой зубной боли в пределах лимита, предусмотренного договором страхования.
- t) болезни и травмы, возникшие в связи с занятиями любым видом спорта и с участием застрахованного лица в массовых спортивных мероприятиях, соревнованиях, матчах, гонках или при подготовке к ним, а также в связи с занятиями профессиональным спортом;
- u) по случаям при подготовке и занятиях экстремальными, опасными или адреналиновыми видами спорта, а также при участии застрахованного лица в любых спортивных соревнованиях, матчах, гонках или подготовке к ним и при занятиях профессиональным спортом;
- v) события, возникшие после отказа от осмотра врачом, назначенным страховщиком или его партнером;
- w) по событиям, произошедшим после момента подписания застрахованным лицом или его представителем информированного отказа от помощи.

Статья 3 Страховое возмещение

1. Страховое покрытие подразумевает комплексное медицинское обслуживание за исключением услуг, перечисленных в статье 2 настоящих Специальных условий страхования, с установленными лимитами страховых выплат, указанными в Договоре страхования.
2. Страхование покрывает:
 - a) амбулаторную медицинскую помощь;
 - b) пребывание в больнице в стандартной палате в течение строго необходимого периода времени, подтвержденного медицинским заключением, т.е. лечение, вмешательство и операции, которые не могли быть отложены из-за состояния здоровья застрахованного лица;
 - c) перевязочные материалы по рецепту врача;
 - d) медицинские приспособления, предназначенные для фиксации конечностей, на основании медицинского осмотра;
 - e) рентгеновская диагностика;
 - f) неотложные операции;
 - g) лекарства, амбулаторно предписанные врачом застрахованному лицу в связи с предоставлением медицинских услуг, в объеме согласованного тарифа страхования, кроме исключений, приведенных в статье 2 настоящих Специальных условий страхования, причем в рамках лимита страхового возмещения, указанного в Договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения затрат на лекарственный препарат, выписанным врачом застрахованному лицу при амбулаторном лечении, равен размеру покрытия этого лекарственного препарата за счет государственного медицинского страхования в ЧР в соответствии с действующим руководством Министерства здравоохранения ЧР, а именно с перечнем лекарственных препаратов, полностью и частично оплачиваемых за счет медицинского страхования;



- h) диспансерное обслуживание в связи с заболеваниями и несчастными случаями, причина которых возникла после начала страхования;
- и) экстренное стоматологическое лечение для снятия острой боли в пределах лимита, указанного в договоре страхования;
- j) если во время возникновения страхового случая был заключен договор дополнительного страхования беременных, то будут оплачены все медицинские услуги, предоставленные застрахованному лицу в связи с беременностью и родами в договорном медицинском учреждении или в другом, заранее одобренном страховщиком медицинском учреждении;
- к) послеродовую медицинскую помощь новорожденному в случае тарифа для беременных, дополнительное страхование действует в течение первых 14-го дней жизни новорожденного;
- л) оказание стоматологической медицинской помощи с целью устранения боли, простые зубные пломбы и стоматологическую помощь вследствие несчастного случая;

3. Страхование покрывает сервисные услуги (ассистанс), включая репатриацию больного застрахованного лица или останков застрахованного лица, предоставляемые партнером страховщика по заключению лечащего врача застрахованного лица или врача-специалиста партнера страховщика, в то государство, заграничный паспорт которого имеет или имело застрахованное лицо, или в то государство, в котором застрахованное лицо имеет или имело разрешение на пребывание. Репатриация невозможна в районы, которые Министерство иностранных дел ЧР обозначило на своем сайте как зону военных действий или в которые оно не рекомендует или запрещает выезжать.

4. Страхование покрывает возмещение расходов на профилактическое лечение в следующем объеме, если иное не сказано в договоре:

- a) один раз в год профилактический осмотр взрослого пациента у врача-терапевта;
- b) десять раз в год профилактический осмотр у врача-педиатра;
- c) один раз в год профилактический осмотр у гинеколога для женщин в возрасте 15 лет и старше;
- d) один раз в год профилактический осмотр у стоматолога;
- e) обязательные прививки в пределах лимита, указанного в страховом договоре.

5. Предметом страхования также являются расходы на экстренную и неотложную медицинскую помощь, предоставляемую застрахованному лицу в Шенгенской зоне, а именно:

- a) экстренную и неотложную медицинскую помощь, оказываемую застрахованному лицу договорным медицинским учреждением;
- b) экстренную и неотложную медицинскую помощь, предоставленную застрахованному лицу недоговорным медицинским учреждением, причем исключительно в необходимом объеме или до состояния, позволяющего перевезти застрахованное лицо в договорное медицинское учреждение, или осуществить репатриацию;
- c) репатриацию больного застрахованного лица, которую организует компания-ассистанс;
- d) репатриацию тела умершего застрахованного лица, которую организует компания-ассистанс.

6. Страховщик гарантирует максимальный размер страхового возмещения, эквивалентный сумме 400 000 евро на один страховой случай, которое выплачивается в чешских кронах в соответствии с пунктом 4 статьи 5 настоящих Общих



условий страхования, независимо от изменения курса евро по отношению к чешским кронам, если иное не оговорено в договоре страхования.

Часть II. Страхование ответственности за ущерб

Страхование ответственности за ущерб является страхованием расходов.

Статья 1 Страховой случай

1. При страховании ответственности за ущерб застрахованное лицо имеет право на то, чтобы страховщик оплатил от его имени ущерб, причиненный застрахованным лицом, за который застрахованное лицо несет ответственность в соответствии с законами государства, на территории которого был причинен ущерб.
2. Страхование покрывает ответственность за причинение вреда жизни и здоровью или имуществу, а также прочий имущественный ущерб, возникший в результате этого.
3. Страховым случаем является причинение ущерба третьему лицу, которое произошло в ходе обычной и привычной деятельности застрахованного лица и за которое застрахованное лицо несет юридическую ответственность в соответствии с законодательством государства, на территории которого был причинен ущерб.

Статья 2 Исключения из страхования

Страхование не покрывает ответственность застрахованного лица за ущерб:

- a) сочтенный выходящим за рамки, установленные законодательством;
- b) причиненный в результате эксплуатации транспортных средств, к которым относятся автомобили, прицепы, мотоциклы, мотовелосипеды, мини-тракторы и аналогичные самоходные устройства, самолеты, дельтапланы, лодки, суда и т.д., включая их принадлежности, а также другие виды деятельности, в отношении которых правовыми нормами установлена обязанность страхования или которые подлежат страхованию в соответствии с законом;
- c) причиненный застрахованным лицом самому себе, членом общего домашнего хозяйства, близким застрахованного лица или лицам, застрахованным по тому же договору страхования;

- d) причиненный предметам, взятым в аренду, на прокат, переданным застрахованному лицу на хранение, в пользование или владение, для транспортировки или обработки, за исключением бытового оборудования;
- e) причиненный предметам, которые застрахованное лицо использует незаконно;
- f) вызванный осуществлением профессиональной деятельности, бизнеса или другой доходной деятельности;
- g) вызванный занятиями спортом на уровне, отличном от рекреационного;
- h) причиненный в связи с занятиями опасными видами спорта (например, лыжным спортом, сноубордингом, дайвингом, скалолазанием, рафтингом и другим сплавом по диким рекам и т.д.), если иное не оговорено в договоре;
- i) причиненный в связи с занятиями охотой;
- j) наносимый вред окружающей среде (например, загрязнение воды, почвы, воздуха, ущерб флоре и фауне и т.д.);
- k) причиненный животными, принадлежащими застрахованному лицу или содержащимися им или лицом, за которое застрахованное лицо несет юридическую ответственность;
- l) причиненный даже по неосторожности другому лицу в результате занесения или распространения инфекционного заболевания людей, животных или растений;
- m) вызванный вмешательством в личные права и права интеллектуальной собственности, включая права, связанные с товарным знаком, промышленным образцом, наименованием или патентом;
- n) причиненный в результате преступного деяния.

Статья 3 Страховое возмещение

1. При наступлении страхового случая страховщик предоставляет страховое возмещение в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования. Общий согласованный лимит возмещения распространяется на все страховые случаи, произошедшие в течение срока действия страховых отношений. В момент предоставления возмещения, соответствующего предусмотренному договором лимиту, право на дальнейшее возмещение по заключенному договору страхования не возникает.
2. Объем, в котором страховщик обязан возместить ущерб застрахованному лицу, ограничивается размером ущерба, за который застрахованное лицо несет ответственность перед потерпевшей стороной.
3. Размер ущерба должен быть надлежащим образом доказан страховщику.

Статья 4 Обязанности застрахованного лица при наступлении страхового случая

1. Застрахованное лицо имеет право признать или опровергнуть ущерб только с предварительного письменного согласия страховщика или уполномоченной им компании-ассистанс.
2. Застрахованное лицо обязано немедленно уведомить компетентные органы полиции о любом случае ущерба, произошедшем при обстоятельствах, дающих основания подозревать преступное деяние, и предоставить страховщику составленный полицией протокол с переводом на чешский язык.
3. При наступлении страхового случая застрахованное лицо обязано сообщить об этом в ближайший полицейский участок и потребовать составления протокола. Кроме того, застрахованное лицо обязано обеспечить свидетельские показания и письменные заявления свидетелей (с указанием

имени, фамилии, адреса и описания случая) и потребовать внесения этих фактов в протокол.

4. Застрахованное лицо обязано немедленно сообщить страховщику о наступлении события, которое может привести к возникновению права на страховое возмещение.
5. Застрахованное лицо обязано обсудить со страховщиком использование всевозможных юридических услуг, следовать указаниям страховщика и по решению страховщика воспользоваться услугами назначенного страховщиком юриста.
6. Застрахованное лицо обязано немедленно предоставить страховщику всю необходимую информацию и документы о наступлении страхового случая (например, составленный в полиции протокол, имена и адреса пострадавших лиц и свидетелей, если они есть, их письменные показания, документ о размере ущерба), которые запрашивает страховщик.

Часть III. Страхование от несчастного случая

Страхование от несчастного случая представляет собой страхование с единовременной страховой выплатой.

Статья 1 Страховой случай

1. В рамках данного страхования страховым случаем является несчастный случай, произошедший с застрахованным лицом и повлекший за собой ущерб здоровью застрахованного лица или его смерть.
2. Несчастный случай – это ущерб здоровью застрахованного лица, возникший независимо от его воли в результате внезапного, насильственного и кратковременного воздействия внешних факторов, включая химические воздействия.
3. Несчастным случаем считается:
 - a) утолщение;
 - b) телесные повреждения, вызванные ожогом, ударом молнии, электрическим током, газами или парами, проглатыванием ядовитых или едких веществ, за исключением случаев, когда последствия наступают постепенно с течением времени;
 - c) вывихи конечностей, а также разрыв или надрыв части конечностей и мышц позвоночника, сухожилий, связок и суставных капсул вследствие резкого и неловкого движения.
4. Несчастным случаем не являются:
 - a) заболевания, в том числе инфекционные;
 - b) инфаркт миокарда, инсульт, амнезия сетчатки;
 - c) психические заболевания и расстройства, даже если они возникли в результате несчастного случая;
 - d) злокачественные и доброкачественные опухоли;
 - e) грыжи любой локализации;
 - f) обострение заболевания в результате несчастного случая;
 - g) асептические воспаления синовиальных сумок, сухожильных сумок и сухожильной креплений (бурсит, эпикондилит, импиджмент-синдром);
 - h) разрывы дегенеративно измененных органов вследствие незначительного непрямого воздействия (Ахиллово сухожилие, мениск);
 - i) внезапные заболевания позвоночника, повреждение межпозвоночных дисков;
 - j) кровоизлияние во внутренние органы и в мозг;
 - k) травмы живота или нижней части живота, если они обусловлены медицинской предрасположенностью застрахованного лица;

- l) обусловленные органическими факторами поражения нервной системы, кроме органических поражений нервной системы, вызванные повреждением органов при несчастном случае.

Статья 2

Исключения из страхования

- Кроме исключений, перечисленных в статье 2 части I, страховщик не предоставляет страховое возмещение при несчастных случаях:
 - вызванных психическим расстройством или нарушением сознания, инфарктом миокарда, инсультом, эпилептическим припадком, диабетом и т.д;
 - которые вызвали незначительные повреждения кожи и слизистых оболочек, однако привели к проникновению инфекционного агента, который рано или поздно вызовет заболевание (это не относится к бешенству и столбняку).
- При несчастном случае, вызванном явной переоценкой собственных физических сил, способностей и знаний или халатностью, страховщик имеет право уменьшить размер страхового возмещения.
- Если болезнь или физический недостаток застрахованного лица также способствовали возникновению последствий несчастного случая, размер страховой выплаты уменьшается пропорционально доле влияния болезни или физического недостатка, если эта доля составляет не менее 25%.

Статья 3

Страховая выплата

- Смерть застрахованного лица.

Если застрахованное лицо скончается вследствие страхового случая в течение 1 года после наступления страхового случая, возникает право на страховую выплату по страхованию на случай смерти. Из страховой выплаты вычитается сумма уже выплаченного возмещения или аванс в счет страховой выплаты за необратимые последствия такого несчастного случая.

- Необратимые последствия несчастного случая.

Необратимые последствия – это такие последствия несчастного случая, которые уже невозможно исправить, т.е. необратимые изменения физических и психических функций. Страховщик обязан предоставить страховую выплату за необратимые последствия несчастного случая, которые объективно возникли в течение одного года с даты несчастного случая. Страховая выплата в связи с необратимыми последствиями осуществляется в течение одного года с даты несчастного случая только в том случае, если степень тяжести необратимых последствий четко установлена врачом. Если наступление необратимых последствий установлено в течение одного года с даты несчастного случая, но степень тяжести необратимых последствий еще не установлена с медицинской точки зрения, возмещение будет выплачено только по истечении одного года с даты несчастного случая.

Основанием для оценки необратимых последствий несчастного случая является таблица 1:

Отдельные процентные выражения суммируются; страховая выплата никак не может превышать 100% оговоренной страховой суммы.

Если невозможно оценить степень необратимых последствий несчастного случая в соответствии с таблицей 1, то степень необратимых последствий определяется медицинским заключением с учетом степени функциональности травмированного органа.

Если необратимое последствие относится к части тела

или органу, который уже был поврежден до несчастного случая, страховщик уменьшит размер страховой выплаты за необратимые последствия в соответствии с выявленным ранее существовавшим ущербом.

одна верхняя конечность от плечевого сустава	70 %
одна верхняя конечность выше локтя	65 %
одна верхняя конечность ниже локтя или одна кисть руки	60 %
один большой палец	20 %
один указательный палец	10 %
один другой палец	5 %
одна нижняя конечность до уровня выше середины бедра	70 %
одна нижняя конечность до уровня ниже середины бедра	60 %
одна нижняя конечность до середины икры или одна ступня	50 %
один большой палец ноги	5 %
один другой палец ноги	2 %
зрение обоих глаз	100 %
зрение одного глаза	35 %
зрение одним глазом, если до несчастного случая застрахованный уже страдал от слепоты на другой глаз	65 %
слух на оба уха	60 %
слух на одно ухо	15 %
слух на одно ухо, если до несчастного случая застрахованный уже страдал глухотой на второе ухо	45 %
обоняние	10 %
вкус	5 %



Vitalitas pojišťovna, a.s.
Zelený pruh 95/97,
140 00 Praha 4

telefon: +420 296 339 629
e-mail: expat@vitalitas.cz
web: www.vitalitas.cz