

## Pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné péče PP NZPC ze dne 1. září 2014

### Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné péče platí zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, v platném znění (dále jen občanský zákoník) a ustanovení pojistné smlouvy, jejíž nedílnou součástí jsou tyto Pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců pro případ nutné a neodkladné péče ze dne 1. ledna 2014 (dále jen PP NZPC). Pojištění se řídí právním řádem České republiky.
2. Pojistitelem se rozumí INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, se sídlem Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 0415591055, jednající prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, IČ: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl A, vložka 59647 (dále jen pojistitel).
3. Pojištění se sjednává jako neživotní škodové pojištění.

### Článek 2. Výklad pojmů

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

**Asistenční služba** je právnická osoba, která jménem a v zastoupení pojistitele poskytuje pojištěnému nebo oprávněné osobě pojistné plnění a související asistenční služby. Asistenční služba zastupuje pojistitele při uplatňování, šetření a likvidaci pojistných událostí. Asistenční služba nebo jiný pojistitelem pověřený zástupce mají právo jednat jménem pojistitele při všech pojistných událostech vymezených těmito PP NZPC. Adresa asistenční služby: AXA Assistance CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62, PRAHA 4 – Pankrác, Česká republika.

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

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

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

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

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

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

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

**Pojistná doba** je doba, na kterou je sjednáno pojištění.

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

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

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

**Pojistník** je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.

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

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

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

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

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

**Závažná nemoc** je nemoc, která by mohla ohrozit veřejné zdraví nebo nemoc a postižení, které by mohlo závažným způsobem ohrozit veřejný pořádek ve smyslu vyhlášky 274/2004 Sb.

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

1. Pojistná smlouva, jejímž předmětem je pojištění, je uzavřena zaplacením pojistného ve výši uvedené v návrhu pojistné smlouvy.
2. K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby byl návrh pojistné smlouvy přijat zaplacením pojistného nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy zájemce o pojištění obdržel návrh pojistné smlouvy. V případě, že pojistník neuhradí pojistné ve lhůtě uvedené v předchozí větě, platnost návrhu pojistné smlouvy zaniká.
3. Pojistitel stanoví pojistné podle rozsahu pojištění, ohodnocení rizika, limitu pojistného plnění, případně dalších skutečností rozhodujících o jeho výši. Pojistné je jednorázové, jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě a je splatné v měně, kterou si pojistník zvolil při sjednání pojistné smlouvy.
4. Zaplacením pojistného se rozumí:
  - a) okamžik, kdy bylo pojistné připsáno na účet poskytovatele platebních služeb pojistitele, platí-li pojistník pojistné pojistiteli,
  - b) okamžik, kdy bylo pojistné připsáno na účet poskytovatele platebních služeb zástupce pojistitele, platí-li pojistník pojistné zástupci pojistitele,
  - c) předání hotovosti pojistiteli, platí-li pojistník pojistné v hotovosti přímo pojistiteli nebo jím pověřenému zaměstnanci,
  - d) předání hotovosti zástupci pojistitele, platí-li pojistník pojistné v hotovosti zástupci pojistitele.
5. Pojistitel má právo na pojistné za celou pojistnou dobu, není-li v pojistné smlouvě nebo těchto PP ZPCK uvedeno jinak.
6. Je-li uzavřena pojistná smlouva dle ustanovení odstavce 1 a 2 tohoto článku, pojištění vzniká (tj. je účinné) od 00:00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění.
7. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu uvedenou v pojistné smlouvě a končí ve 24:00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako den konce pojištění.
8. Pojištění zaniká:
  - a) uplynutím pojistné doby pojištění;
  - b) písemnou dohodou smluvních stran;
  - c) výpovědí pojistitele nebo pojistníka;
  - d) dalšími způsoby uvedenými v občanském zákoníku.
9. Písemnou dohodou je možné ukončit pojištění pouze za předpokladu, že písemná dohoda bude uzavřena nejpozději v den uvedený v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění; v takovém případě vrátí pojistitel pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a její správou, jež činí 20% předepsaného pojistného. Pojistník a pojištěný jsou povinni vrátit pojistiteli všechny dokumenty strvující sjednání pojištění.
10. Zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby z jiného důvodu než uvedeného v předchozím odstavci, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistné doby, není-li v občanském zákoníku nebo v pojistné smlouvě uvedeno jinak.

- Pojištění nemůže být během pojistné doby přerušeno.
- Skutečnost, že se pojištěný stane účastníkem veřejného zdravotního pojištění, není důvodem zániku tohoto pojištění.

#### Článek 4. Územní rozsah, typy pojištění

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

#### Článek 5. Pojistná událost

- Pojistnou událostí je náhlé akutní onemocnění nebo úraz pojištěného, ke kterému došlo v době účinnosti pojištění a které vyžaduje nutně a neodkladně léčbu, se kterým je podle těchto PP NZPC spojen vznik povinnosti pojistitele plnit. Povinnost plnit je omezena výlukami a limity pojistného plnění.
- Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.
- Pojistným nebezpečím je změna zdravotního stavu pojištěného v důsledku náhlého akutního onemocnění nebo úrazu.
- Pojistitel hradí v souvislosti s pojistnou událostí přiměřené a účelně vynaložené náklady na:
  - nutné a neodkladné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu
  - nutné a neodkladné ambulantní lékařské ošetření
  - nutný a neodkladný pobyt ve zdravotnickém zařízení (hospitalizace) ve standardním pokoji se standardním vybavením a standardní lékařskou péčí na dobu nezbytně nutnou; diagnostická vyšetření, léčení včetně operace, anestézie, léky, zdravotnický materiál a nemocniční stravu
  - léky předepsané lékařem v souvislosti s pojistnou událostí a odpovídající nutně a neodkladně péči
  - nutné a neodkladné ošetření zubním lékařem při akutních bolestivých stavech zubů, léčených extrakcí nebo jednoduchou výplní (včetně RTG), a ošetření za účelem bezprostřední úlevy od bolesti vztahující se ke sliznicím dutiny ústní, a to do limitu pojistného plnění uvedeného v PP NZPC; ošetření zubů v důsledku úrazu není tímto limitem omezeno
  - převahu z místa úrazu nebo onemocnění do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení, pokud pojištěný není ze zdravotních důvodů schopen přepravy veřejným dopravním prostředkem
  - převahu od lékaře do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do jiného specializovaného zdravotnického zařízení, pokud to stav pojištěného vyžaduje a ošetřující lékař jí předepíše
  - převahu ze zdravotnického zařízení zpět do místa pobytu na území Schengenského prostoru, pokud není ze zdravotních důvodů možné k přepravě použít veřejný dopravní prostředek
  - repatriaci pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt, a to v případě, že je nadále nutné pokračovat v léčení a zároveň zdravotní stav pojištěného repatriaci umožňuje; pojistitel nebo asistenční služba si vyhraduje právo předem rozhodnout o nutnosti repatriace pojištěného, o termínu repatriace a o způsobu dopravy, nejen na základě podkladů od ošetřujícího lékaře
  - převahu tělesných ostatků pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt; přeprava ostatků musí být provedena specializovanou organizací schválenou pojistitelem nebo asistenční službou pojistitele.

#### Článek 6. Pojistné plnění

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

- Horní hranice pojistného plnění je určena limitem pojistného plnění, jehož výše je uvedena v pojistné smlouvě a článku 6 těchto PP NZPC. Uvedené limity pojistného plnění se vztahují na jednu pojistnou událost. Bez ohledu na změnu kurzu EUR vůči CZK garantuje pojistitel limit pojistného plnění ve výši 60 000 EUR přepočtený podle kurzu České národní banky platného v den vzniku pojistné události.
- O pojistném plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s těmito PP NZPC a pojistnou smlouvou na základě předložených dokladů.
- Šetření pojistné události
  - Nastane-li událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojistné plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu, podá mu pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků takové události, o právech třetích osob a o jakémkoli vícenásobném pojištění; současně předloží pojistiteli potřebné doklady a postupuje způsobem uvedeným v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách. Není-li osoba, která se pokládá za oprávněnou osobu, současně pojistníkem nebo pojištěným, mají povinnosti uvedené v ustanovení tohoto odstavce i pojistník a pojištěný.
  - Bez zbytečného odkladu po oznámení dle odstavce 3.1 tohoto článku zahájí pojistitel šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; na žádost této osoby jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojistného plnění, popřípadě důvod jeho zamítnutí.
  - Obsahuje-li oznámení dle předchozích odstavců vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamítlí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamítnuty. Vyvolá-li pojistník nebo

jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.

- Jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, může pojistitel požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného nebo oprávněné osoby v případě smrti pojištěného. Neposkytne-li pojištěný nebo oprávněná osoba pojistiteli souhlas nebo odvolá-li souhlas v průběhu šetření pojistné události a má-li tato skutečnost podstatný vliv na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv měla tato skutečnost na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
- Zjišťování dle předchozího odstavce se provádí na základě vyšetření lékařem určeným pojistitelem. Pojistitel v tomto případě hradí:
  - náklady spojené s touto lékařskou prohlídkou nebo vyšetřením;
  - cestovní náklady ve výši jízdenky veřejné autobusové nebo železniční osobní dopravy druhé třídy;
  - náklady na vystavení lékařské zprávy, pokud ji vyžaduje.
- Pokud pojistitel lékařskou prohlídku, vyšetření nebo lékařskou zprávu nevyžaduje, náklady s nimi spojené nehradí.
- Pojistné plnění je splatné do 15 dnů od ukončení šetření dle předchozích odstavců. Nelze-li ukončit šetření nutná k zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo k zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do 3 měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost na pojistné plnění přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
- Pojistné plnění je vždy splatné v méně platné na území vzniku pojistné události, pokud není dohodnuto jinak.
- Mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
- Způsobila-li úmyslně pojistnou událost buď osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, anebo z jejího podnětu osoba třetí, nevzniká žádná osobě právo na pojistné plnění z tohoto pojištění.
- Povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění je omezena výlukami a limity pojistného plnění.

#### Článek 7. Výluky z pojištění

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

- q) škodná událost byla způsobena jadernou energií nebo jadernými riziky nebo chemickou nebo biologickou kontaminací
  - r) škodná událost nastala v důsledku úmyslného jednání, zavinění či spoluzavinění pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu na území ČR
  - s) bylo zjištěno, že pojištěný trpí závažnou nemocí.
2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z událostí, které nastaly před zaplacením pojistného.
  3. Pojistitel dále není povinen poskytnout pojistné plnění v případech:
    - a) kdy léčebná péče souvisí s ošetřením onemocnění či úrazů, které existovaly před uzavřením pojistné smlouvy
    - b) komplikací, které se vyskytnou při léčbě onemocnění nebo úrazů, na které se toto pojištění nevztahuje
    - c) kdy je lékařská péče vhodná a účelná, avšak odkladná a lze ji poskytnout až po návratu na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt
    - d) preventivních prohlídek; kontrolních vyšetření nebo lékařských vyšetření a ošetření nesouvisejících přímo s náhlým onemocněním nebo úrazem; prohlídky, vyšetření a ošetření dle písm. d) tohoto odstavce jsou možná jen po schválení asistenční službou
    - e) kdy je účelem pobytu na území Schengenského prostoru léčení nebo pokračování léčení započatého mimo Schengenský prostor
    - f) vyšetření (včetně laboratorního a ultrazvukového) ke zjištění těhotenství, interrupce, jakýchkoliv komplikací rizikového těhotenství, jakýchkoliv komplikací po 18. týdnu těhotenství, porodu včetně předčasného a šestinedělí, vyšetření a léčby neplodnosti a umělého oplodnění a nákladů spojených s antikoncepcí a hormonální léčbou; jakýchkoliv komplikací těhotenství, pokud byla pojištěná při sjednání pojištění gravidní
    - g) neakutního ošetření zubů a služeb s tím spojených, nákladů na zubní náhrady, korunky nebo úpravy čelistí, zubní rovnátka, můstky, odstranění zubního kamene nebo povlaku
    - h) léčení osobou blízkou nebo osobou bez odpovídající kvalifikace, léčebných úkonů mimo zdravotnické zařízení registrovaného na území Schengenského prostoru, léčení metodami vědecky neuznávanými na území Schengenského prostoru, zakoupení léků a zdravotnických pomůcek bez lékařského předpisu
    - i) očkování, s výjimkou očkování proti tetanu a vzteklině v souvislosti s úrazem
    - j) rehabilitace, fyzikální a koupelové léčby, péče v odborných léčebných ústavech, akupunktury a homeopatie, chiropraktických výkonů, výcvikové terapie nebo nácviků soběstačnosti
    - k) orgánové transplantace, léčení hemofilie, inzulinoterapie kromě poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy, a podávání léků, které bylo zahájeno před vznikem pojištění
    - l) vyšetření a léčení nakažlivých pohlavních chorob včetně infekce HIV/AIDS
    - m) vyšetření a léčení hepatitid
    - n) vyšetření a léčení duševních a psychických chorob a poruch, léčby psychoterapií a psychoanalýzou
    - o) vyšetření a léčení vrozených vývojových vad
    - p) kdy lékařská péče je poskytnuta nad rámec rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění státu Schengenské dohody, na jehož území, které je součástí Schengenského prostoru, byla nutná a neodkladná péče pojištěnému poskytnuta
    - q) léčby příznaků souvisejících se závislostí na alkoholu nebo jiných látkách uvedených v odstavci 1. bodu o) tohoto článku, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz
    - r) zhotovení a opravy protéz (ortopedických, zubních), brýlí, kontaktních čoček nebo naslouchacích přístrojů, nákupu ortéz v jiném než základním provedení náhrad za nadstandardní lékařskou péči a služby
    - s) náhrad za podpurné léky, vitamínové preparáty a doplňkovou stravu
    - u) náhrad za kosmetické a estetické zákroky
    - v) náhrad nákladů na regulační poplatky a doplatky
    - w) komplikací způsobených porušením léčebného režimu stanoveného ošetřujícím lékařem.

#### Článek 8. Přechod práva pojištěného na pojistitele

1. Vzniklo-li v souvislosti s hrozcí nebo nastalou pojistnou událostí osobě, která má právo na pojistné plnění, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází tato pohledávka včetně příslušenství, zajištění a dalších práv s ní spojených okamžikem výplaty plnění z pojištění na pojistitele, a to až do výše plnění, které pojistitel oprávněně osobě vyplatil. To neplatí, vzniklo-li této osobě takové právo vůči tomu, kdo s ní žije ve společné domácnosti anebo je na ni odkázán výživou, ledaže způsobil pojistnou událost úmyslně.
2. Osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, vydá pojistiteli potřebné doklady a sdělí mu vše, co je k uplatnění pohledávky zapotřebí, zejména sdělí pojistiteli pravdivé a úplné informace o pojistné události, o třetí osobě, vůči které má právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, o jejím pojistiteli, případně právním zástupci, případně o dalších osobách jednajících jménem třetí osoby a dále případně o náhradě škody přijaté od třetí osoby nebo jiného pojistitele.
3. Pokud osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, uplatňuje nárok na náhradu škody vůči třetí osobě odpovědné za vznik pojistné události nebo vůči pojistiteli třetí osoby, je tato osoba povinna informovat třetí osobu nebo pojistitele třetí osoby o existenci práva pojistitele na náhradu škody podle tohoto článku. Osoba, jejíž právo přešlo na pojistitele, je dále povinna vyvinout potřebnou součinnost, aby právo pojistitele vůči třetí osobě nebo vůči pojistiteli třetí osoby mohlo být uplatněno. Osoba, jejíž právo přešlo na pojistitele, je dále povinna vykonat všechna opatření, aby nedošlo k promlčení nebo zániku práva pojistitele na náhradu škody podle tohoto článku.
4. Zmařil-li osoba, jejíž právo na pojistitele přešlo, přechod práva na pojistitele, má pojistitel právo snížit plnění z pojištění o částku, kterou by jinak mohl získat. Poskytl-li již pojistitel plnění, má právo na náhradu až do výše této částky.

#### Článek 9. Zpracování osobních údajů pojištěných

1. Pojistník uzavřením pojistné smlouvy dává souhlas ke zpracování svých osobních údajů ve smyslu ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dále jen „zákon č. 101/2000 Sb.“). Je-li pojištěný odlišnou osobou od pojistníka, dává pojištěný pojistiteli souhlas ke zpracování svých osobních údajů v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. uplatněním práva na poskytnutí pojistného plnění. Pro účely ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. má pojistitel postavení správce osobních údajů.
2. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje osob uvedených v odstavci 1 tohoto článku (dále společně také jen „subjekt údajů“) v rozsahu nezbytném k řádnému plnění povinností pojistitele stanovených v pojistné smlouvě a obecně závazných právních předpisech. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje subjektu údajů po dobu nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů (např. zákona o archivnictví, zákona proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, účetních či daňových předpisů apod.).
3. Subjekt údajů poskytuje souhlas s tím, aby jeho osobní údaje byly předávány subjektům v rámci mezinárodní skupiny AXA ASSISTANCE, jejíž je pojistitel součástí, a to i do jiných členských států a pro účely a po dobu stanovenou v ustanovení odstavce 2 tohoto článku.
4. Správce je povinen:
  - přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahlodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití s tím, že tato povinnost platí i po skončení zpracování osobních údajů;
  - zpracovávat pouze pravdivé a přesné osobní údaje;
  - shromažďovat osobní údaje pouze v nezbytném rozsahu ke stanovenému účelu;
  - nesdružovat osobní údaje, které byly získány k rozdílným účelům;
  - při zpracování osobních údajů dbát na ochranu soukromého života subjektu údajů;
  - poskytnout na žádost subjektu údajů informace o zpracování jeho osobních údajů, pojistitel je oprávněn požadovat ohrazení nákladů s tím spojených.
5. Správce je oprávněn předávat osobní údaje pro účely a po dobu stanovenou v ustanovení odstavce 2 tohoto článku i dalším subjektům (dále také jen „zpracovatel“), a to na základě zvláštní písemné smlouvy o zpracování osobních údajů.
6. Správce se zavazuje zajistit, aby jakékoli osoby, které přijdou do styku s osobními údaji (zejména zaměstnanci správce, zpracovatelé, zaměstnanci zpracovatele) dodržovaly povinnosti stanovené zákonem č. 101/2000 Sb., pojistnou smlouvou a pojišťovacími podmínkami, a to i po skončení trvání smluvního nebo pracovně-právního vztahu.

#### Článek 10. Forma právního jednání, doručování písemnosti

1. Právní jednání směřující ke změně nebo zániku pojistné smlouvy musí být učiněna v písemné formě.
2. Oznámení pojistné události může být učiněno i telefonicky či prostřednictvím emailu; požádá-li však o to pojistitel osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění, musí být oznámení pojistné události učiněno písemně na příslušném formuláři pojistitele.
3. Korespondence při šetření pojistné události může být doručována i prostřednictvím emailu na emailovou adresu pojistitele a/nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, případně faxem na faxové číslo pojistitele a/nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění.
4. Požádá-li o to písemně osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, sdělí pojistitel této osobě výsledek šetření pojistné události v písemné formě, případně této osobě v písemné formě sdělí, proč nelze šetření ukončit ve stanovené lhůtě.
5. Právní jednání, které musí být učiněno v písemné formě, musí být druhému účastníkovi doručeno v souladu s ustanovením tohoto článku.
6. Právní jednání v písemné formě (dále také jen „písemnost“) je adresátovi doručováno:
  - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního právního předpisu, a to na poslední známou adresu adresáta, jemuž je písemnost určena, nebo
  - b) elektronicky podepsané podle zvláštních právních předpisů, nebo
  - c) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele.
7. Je-li písemnost určena pojistiteli, adresa pro doručování je adresa zmocněného zástupce pojistitele, společnosti AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Česká republika. Doručení zmocněnému zástupci pojistitele se považuje za doručení pojistiteli.
8. Nebyl-li adresát zastaven, bude písemnost uložena u držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 kalendářních dní ode dne jejího uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
9. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenu dnem odmítnutí přijetí.
10. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy byla zásilka vrácena jako nedoručená.
11. Veškeré právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

#### Článek 11. Práva a povinnosti

##### I. Povinnosti pojistníka

1. Sjednával-li pojistník pojištění ve prospěch pojištěného, má se za to, že pojistník má pojistný zájem na životě a zdraví pojištěného. Pojistník je povinen předat pojištěnému pojistné podmínky a seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a obsahem pojistných podmínek.
2. V případě zániku pojištění před uplynutím sjednané pojistné doby je pojistník povinen vrátit pojistiteli průkaz pojištěného a pojistnou smlouvu do 5 pracovních dnů ode dne zániku pojištění.

3. V případě odstoupení od pojistné smlouvy dle občanského zákoníku je pojistník povinen vrátit pojistiteli doklad o pojištění, a to nejpozději do 7 pracovních dní ode dne, kdy pojistník odeslal pojistiteli písemný projev vůle odstoupit od pojistné smlouvy. V případě, že pojistník povinnosti uvedené v předchozí větě nesplní, je pojistitel oprávněn po pojistníkovi požadovat smluvní pokutu ve výši pojistného z pojistné smlouvy, od které pojistník projevil zájem odstoupit.
4. Je-li pojistník zároveň pojištěným, vztahují se na něj i všechny povinnosti pojištěného.

## II. Povinnosti pojištěného

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

## III. Práva a povinnosti pojistitele

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

## Článek 12. Závěrečná ustanovení

1. Tyto PP NZPC jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Tyto PP NZPC jsou vyhotoveny v české, anglické a ruské verzi. V případě rozporu je rozhodující verze v českém jazyce.
3. Komunikačním jazykem je čeština, slovenština nebo angličtina.
4. Pokud se tyto PP NZPC pojistitele odvolávají na všeobecné závazné právní předpisy, rozumí se jimi právní předpisy platné a účinné v České republice.
5. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo vzniklé v souvislosti s ním řeší, pokud nedojde k dohodě účastníků pojištění, příslušný soud v České republice podle všeobecně závazných právních předpisů.
6. Pokud se některá ustanovení těchto PP NZPC stanou neplatnými nebo spornými v důsledku změny všeobecně závazných právních předpisů, použije se takový všeobecně závazný právní předpis, který je jim svojí povahou a účelem nejbližší.
7. Pokud pojištěný kdykoliv v průběhu pojištění odvolá svůj souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu a pokud má tato skutečnost vliv na zkoumání potřebné ke zjištění rozsahu pojištění, pojistitel si vyhrazuje právo snížit, případně neposkytnout pojistné plnění.
8. Podmínkou účinnosti a trvání pojištění v místě pojištění je legální pobyt pojištěného na území Schengenského prostoru, při splnění podmínek stanovených příslušnými právními předpisy.
9. Náklady pojistitele spojené se vznikem a správou pojištění činí 20 % z nespotebbovaného pojistného.
10. Tyto PP NZPC nabývají účinnosti dnem 1. září 2014

## Insurance Terms and Conditions for the Foreigners' Health Insurance for Necessary and Urgent Care ITC FHINU dated 1 September 2014

### Article 1. General Provisions

1. Foreigners' health insurance for necessary and urgent care shall be governed by Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code, as amended (hereinafter referred to as the "Civil Code"), and the provisions of the insurance contract, of which these Insurance Terms and Conditions for the Foreigners' Health Insurance for Necessary and Urgent Care, of 1 January 2014 (hereinafter the ITC FHINU) are an integral part. Insurance shall be governed by the laws of the Czech Republic.
2. The insurer means INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., member of the AXA group, registered office at Avenue Louise 166, 1050, Brussels, Belgium, entered in the commercial register administered by Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles under registration number 0415591055, acting through INTER PARTNER ASSISTANCE, organization unit, registered office at Hvězdova 1689/2a, 140 62 Prague 4, Czech Republic, ID Number: 28225619, entered in the commercial register administered by the Municipal Court in Prague under Section A, file 59647 (hereinafter the insurer).
3. Insurance is concluded as non-life damage insurance.

### Article 2. Definition of Terms

**Acute illness** is a sudden disorder in the insured party's health, which occurs within the insurance terms and the nature of which directly threatens the life or health of the insured party independently of their will and requires urgent and necessary treatment. Acute illness does not refer to a health disorder, the treatment of which started before the start of the insurance term or if the health disorder appeared before the start of insurance, even though it was not medically examined or treated. Furthermore, acute illness does not refer to a health disorder in the insured party, when medical care is appropriate and purposeful, but may be delayed and may be provided after the insured party returns to their own country, in which the insured party has permitted residence.

**Assistance service** is a legal entity that in the name and in representation of the insurer provides the insured party or authorised person with insurance indemnification and related assistance services. The assistance service represents the insurer during application, investigation and liquidation of insurance claims. The assistance service or author representative authorized by the insurer have the right to act on behalf of the insurer in all insurance claims defined by these ITC FHINU. Address of the insurance service: AXA Assistance CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4 – Pankrác, Czech Republic.

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

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

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

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

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

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

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

**Insurance term** is the period for which insurance is concluded.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Grave illness** is an illness that could threaten public health or an illness or disability that could seriously threaten public order in the meaning of Decree No. 274/2004 Coll.

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

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

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

#### Article 4. Territorial Scope. Types of Insurance

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

#### Article 5. Insurance claim

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

#### Article 6. Insurance indemnification

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

1. The upper limit of insurance indemnification is designated by the limit of insurance indemnification, the value of which is stipulated in the insurance contract and in article 6 of these ITC FHINU. The said insurance indemnification limits apply to one insurance claim. Regardless of changes in the exchange rate of the EUR to CZK, the insurer guarantees an insurance indemnification limit of EUR 60,000 converted according to the exchange rate of the Czech National Bank valid on the date of establishment of insurance.
2. The insurer decides about insurance indemnification and its amount according to these ITC FHINU and the insurance contract based on the submitted documents.
3. Insurance claim investigation
  - 3.1 Should an event occur which the person who considers himself the authorized person connects to a claim to indemnification, he shall inform the insurer thereof without undue delay, give it a true explanation of the occurrence

and the scope of the consequences of the events, third-party rights, and any multiple insurance; at the same time, he shall present to the insurer the necessary documents and proceed in the manner stated in the insurance contract and insurance terms and conditions. If the person who considers himself an authorized person is also the policyholder or insurer, then the policyholder and the insured party shall also have the obligations stated in this paragraph.

- 3.2 Without undue delay of the notice pursuant to paragraph 3.1 of this Article, the insurer shall launch an investigation required for ascertaining the existence and scope of its obligation to perform. The investigation shall be completed with the communication of its results to the person who claimed a right to insurance indemnification; at the request of that person, the insurer shall inform that person in writing about the scope of indemnification or the reasons of its denial.
- 3.3 If the notice referred to in previous paragraphs knowingly contains untrue or grossly misrepresented material information concerning the scope of the event reported, or if any information pertaining to the event is knowingly withheld, the insurer shall be entitled to compensation for any costs purposefully expended on the investigation of the facts with respect to which that information was communicated to it or withheld. Should a policyholder or another person claiming a right to indemnification cause investigative costs to be incurred or increased by a breach of an obligation, the insurer shall be entitled to reasonable compensation from that person.
- 3.4 If warranted by reasons related to the investigation of an insurance claim, the insurer may request information about the state of health and an establishment of the state of health or the cause of death of the insured party, provided that the insured party or, in the event of the insured party's death, an authorized person, has given its consent. Should the insured party or the authorized person fail to grant their consent to the insurer, or recall their consent during the investigation of an insurance claim, and should this fact have a material impact on the detection or determination of the amount of insurance benefits, the insurer may reduce insurance benefits in proportion to the impact of the fact on the scope of the insurer's obligation to perform.
- 3.5 The verification based on the previous paragraph shall be carried out on the basis of an examination by a physician appointed by the insurer. In that case, the insurer shall pay:
  - The costs related to the medical examination or check-up;
  - The travel costs amounting to the price of public second class bus or rail passenger carriage;
  - The costs of the issuance of a medical report, if requested.
- 3.6 Should the insurer not request a medical examination, check-up, or a medical report, it shall not pay the costs related thereto.
4. Insurance benefits shall be payable within 15 days of the end of the investigation pursuant to the previous paragraphs. If the investigation required for verifying an insurance claim, the scope of indemnification, or the person authorized to receive benefits, cannot be completed within 3 months of the event being reported, the insurer shall inform the person who made the report, as to why the investigation cannot be completed; should the person who made the report so request, the insurer shall inform him of the reasons in writing. The insurer shall provide a reasonable advance payment on indemnification to the person who is claiming indemnification, should the person so request; this shall not apply if there is a good reason to refuse the granting of an advance.
5. Insurance indemnification shall always be payable in the country in which the insurance claim occurred, unless otherwise agreed.
6. If the breach of an obligation by the policyholder, insured, or another person who is entitled to indemnification, has had a material impact on the occurrence of an insurance claim, its course, an increase in the scope of the consequences of the event, or on the establishment or determination of the amount of indemnification, the insurer may reduce insurance indemnification in proportion to the impact of that breach on the scope of the insurer's obligation to perform.
7. If the insurance claim was wilfully caused either by the person who is claiming a right to indemnification or a third person at that person's instigation, no person shall be entitled to indemnification under this insurance.
8. The obligation of the insurer to provide benefits shall be restricted by exceptions and indemnification limits.

#### Article 7. Exceptions from Insurance

1. The insurer is not obliged to provide insurance indemnification if:
  - a) the insured party or the person claiming insurance indemnification does not abide by the instructions of the insurer or assistance service and does not cooperate effectively with them, or does not submit the documents required by the insurer or assistance service;
  - b) the insured party refuses to undergo repatriation proposed by the insurer;
  - c) the insured party refuses treatment or the necessary medical examination by a physician designated by the insurer or assistance service;
  - d) the insurer could not investigate the damage claim because the insured party or the person claiming insurance indemnification did not relieve the attending physician or other institutions of their nondisclosure obligation vis-à-vis the insurer or assistance service as requested by the insurer or assistance service from the insured party;
  - e) the insured party or the person claiming insurance indemnification prevented the insurer or assistance service from contacting the attending physician or other institution, which the insurer or assistance service requested;
  - f) the insured party or the person claiming insurance indemnification consciously informed the insurer or assistance service falsely or incompletely about the damage claim;
  - g) the damage claim occurred in consequence of violation of legal regulations by the insured party or authorized person or the person claiming insurance indemnification in the territory of the Schengen area;

- h) the damage claim occurred in connection to disorderliness provoked by the insured party or the person claiming insurance indemnification or in connection to a crime committed or attempted by them; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
  - i) the damage claim occurred in connection to the active or passive participation of the insured party or the person claiming insurance indemnification in warfare, peace missions, combat or military events, participation of the insured party in a revolt, demonstration, riot or unrest, public violence, strikes or by intervention or decision of public administrative authorities;
  - j) if the damage claim was caused by the authorized person or other party based on the initiative of the insured party or authorized person;
  - k) the damage claim occurred during activities at locations not designated for such activities (e.g. skiing and other activities off the marked pistes, jumping off bridges, etc.);
  - l) the damage claim occurred in relation to the active participation in a terrorist attack or in preparation for it;
  - m) the damage claim occurred in country whose passport the insured party holds, or in the different country where the insured party is a participant of the system of public health insurance;
  - n) the damage claim occurred in consequence of suicide, attempted suicide or in consequence of deliberate self-harming by the insured party; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
  - o) the damage claim occurred in connection to the consumption of alcohol or other narcotic, toxic or psychotropic substances; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
  - p) the damage claim occurred in connection to the operation of a dangerous or risky type of sport or activity in connection to the operation of professional sports or during the period of participation in competitions and preparing for them;
  - q) the damage claim was caused by nuclear energy or nuclear risks or chemical or biological contamination;
  - r) the damage claim occurred in consequence of the deliberate conduct, fault or partial fault of the insured party or the person claiming insurance indemnification; this exception is not applied in the case of injury within the Czech Republic;
  - s) it was found that the insured party suffers a serious illness.
2. The insurer is not obliged to provide insurance indemnification from events that occurred before payment of the premium.
  3. Furthermore, the insurer is not obliged to provide insurance indemnification in cases:
    - a) when medical care is related to the treatment of illnesses or injuries which existed before conclusion of the insurance contract;
    - b) complications which occur during the treatment or illnesses or injuries to which this insurance does not apply;
    - c) when medical care is appropriate and purposeful, but may be deferred and provided after returning to the territory of the country whose passport the insured party hold, or another country where the insured party has a residence permit;
    - d) preventive examinations, control examinations or medical examinations and treatment not related to sudden illnesses or injuries; possible examinations and treatment mentioned in the provision of Article 8(3)(d) have to be approved by the insurer's assistance service;
    - e) when the purpose of staying in the Schengen area is treatment or continued treatment which began outside of the Schengen area;
    - f) determination of pregnancy (including laboratory and ultrasound treatment), abortion, any complications in risky pregnancy, any complications after the 18th week of pregnancy, childbirth including premature childbirth and puerperium, examination and treatment of infertility and artificial insemination and costs related to contraception and hormonal treatment; any complications in pregnancy, should the insured party be gravid when concluding insurance;
    - g) non-acute treatment of the teeth and related services, costs for tooth replacements, caps or jaw adjustments, braces, bridgework, plaque or tartar removal;
    - h) treatment by a relative or person without adequate qualification, medical acts outside of a healthcare facility registered in the Schengen area, treatment using methods which are not scientifically acknowledged in the Schengen area and purchase of medicaments and medical aides without a prescription;
    - i) vaccination with the exception of vaccination against tetanus and rabies in relation to injury;
    - j) rehabilitation, physical and bath treatments, care at specialised treatment institutes, acupuncture and homeopathy, chiropractic treatment, exercise therapy or self-sufficiency training;
    - k) organ transplants, treatment of haemophilia, insulin therapy apart from providing first aid, chronic haemodialysis; administration of medicines was launched before during the effective term of insurance;
    - l) examination and treatment of contagious sexual diseases including HIV/AIDS infection;
    - m) examination and treatment of hepatitis;
    - n) examination and treatment of mental and psychic diseases and disorders, treatment by psychotherapy and psychoanalysis;
    - o) examination and treatment of inborn development defects;
    - p) medical care is given outside of an extent of the acute and emergency care normally covered by the general health insurance system of a Schengen Member State, in whose territory, forming part of the Schengen Area, such acute and emergency care was provided to the insured party;
    - q) treatment of symptoms related to addiction to alcohol or other substances listed in clause 1(o) of this article, including all complications and related diagnoses;
    - r) creation and repair of prostheses (orthopaedic, dental), glasses, contact lenses or hearing aides, purchase of braces of other than the basic make;
    - s) of compensation for above-standard medical care and services;
    - t) of compensation for auxiliary medication, vitamin products and food supplements;
    - u) of compensation for cosmetic and aesthetic surgery;
    - v) of compensation of costs for regulation fees and surcharges;
    - w) of complications caused by violation of the medical regime stipulated by the attending physician.

**Article 8. Transfer of the insured party's rights to the insurer**

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

**Article 9. Processing of Insured Parties' Personal Information**

1. By entering into the insurance contract, the policyholder consents to the processing of his personal information, pursuant to the provisions of Act No. 101/2000 Coll., on the protection of personal information, as amended (hereinafter referred to as "Act No. 101/2000 Coll."). If the insured party is a person other than the policyholder, the insured party grants his consent to the insurer to the processing of his personal information, pursuant to the provisions of Act No. 101/200 Coll. by claiming rights to insurance indemnification. For the purposes of Act No. 101/2000 Coll., the insurer is in the position of a personal information processor.
2. The insurer may process the personal information stated in paragraph 1 of this Article (hereinafter jointly referred to as the "Subject of Information") to an extent required for the due performance of the insurer's obligation set out in the insurance contract and in generally binding legal regulations. The insurer may process personal information of Subjects of Information for the period required for securing the rights and obligations arising from the insurance contract and, furthermore, for the period arising from generally binding legal regulations (e.g., the act on archiving, act against the legalisation of the proceeds of crime, accounting, and tax regulations, etc.).
3. The Subject of Information consents to the personal information being provided to entities within the AXA ASSISTANCE group, of which the insurer is a member, including to other Member States, for the purposes and the period set out in the provisions of paragraph 2 of this Article.
4. The administrator shall:
  - Take measures to preventing unauthorized or random access to personal information, or the alteration, destruction, loss, unauthorized transmission, other unauthorized processing or other abuse thereof; this obligation shall apply even after the discontinuation of the processing of personal information;
  - Only process true and precise personal information;
  - Gather personal information only to the extent required for the purpose specified;
  - Not combine information obtained for different purposes;
  - Ensure the protection of the private lives of the Subjects of Information, in the processing of personal information;
  - Provide, at the request of Subjects of Information, information about the processing of their personal information; the insurer may demand compensation of the costs related thereto.
5. The administrator may provide personal information to other entities for the purposes and time set out in paragraph 2 of this Article (hereinafter referred to as the "Processor") pursuant to a special written agreement on the processing of personal information.
6. The administrator undertakes to ensure that any persons who come into contact with personal information (in particular the administrator's employees, Processors, employees of the Processor) adhere to the obligations set by Act 101/2000 Coll., the insurance contract and the insurance terms and conditions, including after the termination of the contractual or employment relationship.

## Article 10. Form of legal actions, Delivery of Correspondence

1. Legal actions aimed at modifying or terminating the insurance agreement must be made in writing.
2. An insurance claim may be reported by telephone or e-mail; should the insurer so request of the person claiming the right to insurance indemnification, the insurance claim report must be made in writing on the relevant form of the insurer.
3. Correspondence in the investigation of an insurance claim may be delivered by e-mail to the e-mail address of the insurer and/or the person who is claiming the right to insurance indemnification, or by fax to the fax number of the insurer and/or person claiming the right to insurance indemnification.
4. Should the person making a claim to insurance benefits so request in writing, the insurer shall inform the person of the outcome of the investigation of the insurance claim in writing, or shall inform that person in writing as to why investigation cannot be closed within the set time-period.
5. Legal actions that must be made in writing must be delivered to the other party in line with the provisions of this Article.
6. Legal actions in written form (hereinafter referred to as "Correspondence") shall be delivered to the addressee:
  - a) Through a postal licence holder, pursuant to a special legal regulation, to the last known address of the addressee for whom the correspondence is intended; or
  - b) Electronically signed, pursuant to special legal regulations; or
  - c) In person by the insurer's employee or authorized person.
7. The mailing address for all correspondence designated for the insurer shall be delivered to the insurer's authorized representative, AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4, Czech Republic. Delivery to the authorized representative of the insurer shall be deemed to constitute delivery to the insurer.
8. If the addressee was not present, the correspondence shall be deposited with the postal licence holder. Should the addressee fail to collect the correspondence within 15 calendar days of its being deposited, the last day of that time-period shall be deemed to be the date of delivery, even in the event that the addressee did not find out about the correspondence being deposited.
9. If the addressee refused to take delivery of the correspondence, the correspondence shall be deemed delivered on the day of his refusal to take delivery.
10. If the addressee does not dwell at the place of delivery, without having informed the insurer thereof, the correspondence shall be deemed delivered on the day when it was returned as undeliverable.
11. Any and all legal actions and notices pertaining to insurance shall be made in Czech.

## Article 11. Rights and Obligations

### I. Policyholder's obligations

1. Should the policyholder arrange insurance for the benefit of an insured party, the policyholder shall be deemed to have an insured interest in the life and health of the insured party. The policyholder shall provide the insurance terms and conditions to the insured party and inform him about the contents of the insurance contract and the contents of the insurance terms and conditions.
2. Should insurance terminate prior to the expiration of the agreed insurance term, the policyholder shall return the proof of insurance and the insurance contract to the insurer within 5 business days of the termination of the insurance.
3. In the event of withdrawal from the insurance contract pursuant to the Civil Code, the policyholder is obliged to return proof of insurance to the insurer at latest within 7 business days from the day when the policyholder sent the insurer its written notice of withdrawal from the insurance contract. If the policyholder does not fulfil the obligation stipulated in the previous sentence, the insurer is authorized to demand payment of a contractual fine by the policyholder in the amount of the premium from the insurance contract, which the policyholder notified its intent to withdraw from.
4. If the policyholder is simultaneously the insured party, all the obligations of the insured party will apply to them.

### II. Insured party's obligations

1. Apart from the obligations stipulated by the Civil Code and the insurance contract, the insured party is also obliged to ensure that an insurance claim does not occur; in particular they must not violate the obligations aimed at averting or reducing the risk, which are imposed by legal regulations. The obligations stipulated in this paragraph for the insured shall also apply to the person claiming insurance indemnity.
2. In the event of an insurance claim, the insured party is obliged foremost to contact the insurer's assistance service with a request to ensure the services which are a part of insurance, inform it about the occurred damage claim, in particular the date and location of the damage claim, the insured party's address, to request instructions from the insurer's assistance service and proceed according to them. If the objective conditions of damage claim occurrence do not allow the insured party to contact the assistance service with a request for assistance even before the provision of services, they are obliged to do so immediately after the conditions of damage claim development allow this.
3. In the event of illness or injury, the insured party is obliged to seek medical treatment without undue delay, present their identification card and proof of insurance, abide by the physician's instructions, and if subsequently requested by the insurer, to undergo examination at the insurer's expense by the physician designated by the insurer.
4. Based on a proposal from the insurer or insurer's assistance service, the insured party is obliged to undergo repatriation, if permitted by their medical condition. If the insured party does not fulfil this obligation, the insurer is authorised to terminate the provision of insurance indemnification.
5. The insured party is also obliged to have the transport mentioned in the provisions of Article 5 (4) (g), (h), (i) and (j) approved in advance by the insurer's assistance service and to proceed according to its instructions.
6. In the event of a damage claim, the insured party is obliged:
  - a) to undertake all actions to reduce the scope of damage and its consequences;

- b) if they claim fulfilment for expended costs in relation to the damage claim, to notify the insurer without undue delay using the respective "Damage Claim Report" form about the occurrence of the damage claim and to provide a truthful explanation; if as a result of violating the obligation stipulated in point II of this article, the insurer's costs related to the insurance claim are increased, the insurer has the right to demand compensation of these costs from the party that violated the obligation;
  - c) to abide by the instructions from the insurer and/or assistance service and to cooperate with them effectively, to fulfil other obligations imposed by the insurer and/or assistance service, these ITC FHINU or the act;
  - d) to report the damage claim without undue delay to the police at the place of occurrence of the claim, if the event occurred under circumstances suggesting the committing of a crime or misdemeanour, and to submit the police protocol to the insurer;
  - e) following the occurrence of the damage claim, to ensure sufficient evidence about the scope of the damage claim by investigation performed by the police or other investigation authorities;
  - f) to reply truthfully and fully to all questions from the insurer or assistance service concerning insurance and the damage claim and the extent of the consequences of a damage/insurance claim;
  - g) to allow the insurer and/or assistance service to undertake all the necessary investigations of the damage claim which are decisive for assessing the claim to insurance indemnification, its value, and to provide the necessary cooperation throughout;
  - h) to inform the insurer without undue delay that criminal proceedings have been commenced against the insured party in connection to the damage claim, and to inform the insurer truthfully about the course and results of these proceedings;
  - i) for the purpose of ascertaining information about the state of health or the cause of death of the insured party, to relieve the attending physician of their nondisclosure obligation with respect to the insurer or assistance service;
  - j) in the case of repatriation, to provide cooperation to ensure subsequent hospitalisation at a healthcare facility in the country whose passport the insured party hold, or in a different country where the insured party has a residence permit;
  - k) in cases when the healthcare facility requires direct payment of costs related to the damage claim, to take over the originals of all documents (receipts);
  - l) to submit the following documents to the insurer: complete medical documentation, original bills and receipt for payment of medical treatment, medication prescribed by the physician (including a copy of the prescription issued to the insured party's name) and transport, the police report (if the claim was investigated by the police) including other references requested by the insurer and/or assistance service.
7. If requested by the insurer or assistance service, the insured party is obliged to ensure at their own expense the translation into Czech of any documents required to investigate the damage claim.
  8. If the insured party has concluded insurance of the same or similar character with a different insurance company, they are obliged to inform the insurer of this fact.
  9. Anybody who request indemnification from insurance is obliged to submit the documents required by the insurer or insurer's assistance service, if these have an effect on determining the insurer's obligation to provide insurance indemnification and the value thereof.
  10. If the obligations stipulated in this article are violated, the insurer is authorized to reduce insurance indemnification proportionally or refuse it entirely.

### III. Insurer's rights and obligations

1. Apart from the obligations stipulated by the Civil Code and the insurance contract, the insurer also has the following obligations:
  - a) to discuss with the insured party or the person claiming insurance indemnification the results of examination required to determine the scope and value of insurance indemnification, or to inform the insured party thereof without undue delay;
  - b) to return to the insured party or the person claiming insurance indemnification any requested documents, with the exception of original receipts of payment based on which insurance indemnification was provided.
2. The insurer is not obliged to examine the potential excessiveness of insurance, in particular if the payment of costs for medical care for the insured party is ensured in a different manner.
3. The insurer is authorized in particular:
  - a) to ascertain the occurrence, the course, and the extent of the damage claim (including the requesting of witness testimonials from involved parties, expert assessments, and other documents if applicable);
  - b) to request and verify medical reports;
  - c) to reduce insurance indemnification according to the Civil Code;
  - d) to reduce indemnification, if it has paid out indemnification in full and the right to a reduction in indemnification arises subsequently. The insurer may claim the difference between the insurance indemnification paid out and subsequently reduced, from the person to whom the indemnification was provided.
4. If the insured party violated their obligations stipulated in these ITC FHINU, the insurer is authorized to reduce insurance indemnification proportionally or refuse it altogether.
5. If the insured party violated their obligations set out in these ITC FHINU and the insurer incurred any or increased costs for investigating the damage claim as a result, the insurer is authorized to demand compensation of these costs from the insured party.

### Article 12. Final provisions

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



3. The language for communication is Czech, Slovak or English.
4. If these ITC FHINU of the insurer refer to generally binding legal regulations, these refer to legal regulations valid and effective in the Czech Republic.
5. If an agreement is not reached between the parties to the insurance, any disputes arising from insurance or occurring in relation it are solved by the courts of the Czech Republic according to generally binding legal regulations.
6. Should any provision of these ITC FHINU become invalid or disputed due to changes in generally binding legal regulations, such generally binding legal regulation will be used, which is most appropriate in its nature and purpose.
7. If at any time in the insurance term the insured party recalls its consent to determine their medical condition by examination, and if this fact affects the examination required to determine the scope of the insurer's fulfilment obligation, the insurer reserves the right to reduce or not provide insurance indemnification.
8. Condition of effect and duration of insurance is legal residence of insured party in the Schengen area provided that stipulated legal regulations are fulfilled.
9. The insurer's costs related to the establishment and management of insurance amount to 20% from the unused insurance premium.
10. These ITC FHINU shall come into effect on 1 September 2014.