

Общие условия страхования по туристическому медицинскому страхованию иностранных граждан – ОУС/ТМС (UCZ/CZP)/11

Общая часть

1. Вводные положения

1.1. Туристическое медицинское страхование иностранных граждан (далее только как „ТМС/СЗР“), которое заключает компания АО «UNIQA pojišťovna» (UNIQA pojišťovna, a.s.), (далее только как „Страховщик/страховая компания“), регламентируется законодательством Чешской Республики (далее только как „ЧР“). На это страхование распространяются Закон о договоре страхования, Закон о страховом деле, соответствующие положения Гражданского кодекса, эти Общие условия страхования (далее только как „ОУС/ВРР“) и договорные соглашения. В том случае, если некоторые из выше перечисленных условий имеют иную, не противоречащую закону формулировку, то действительными являются положения, приведенные в условиях страхования или непосредственно в договоре страхования.

1.2. Страхование „ТМС/СЗР“ заключается как страхование с целью возмещения ущерба, и является страхованием на случай возникновения болезни, в соответствии с § 62 Закона о договоре страхования, при этом, однако, это страхование не заключено в объеме всеобщего медицинского страхования.

1.3. В рамках страхования „ТМС/СЗР“ можно заключить следующие виды страхования, которые далее регламентируются специальными частями настоящих условий „ОУС/ВРР“:

А) Страхование комплексного медицинского обслуживания иностранных граждан (далее только как „КМО/КЗР“)

В) Страхование иностранных граждан в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания (далее только как „ННО/ННР“)

1.4. Договор страхования о „ТМС/СЗР“ представляет собой документ о туристическом медицинском страховании при пребывании иностранных граждан сроком свыше 90 дней, в соответствии с §180j закона номер 326/1999 Свода законов, О пребывании иностранных граждан на территории ЧР, в соответствии с текстом последующих предписаний.

2. Общие положения

2.1. На основании заключенного договора страхования страховщик/страховая компания, в случае возникновения страхового случая, обязуется предоставить страховое возмещение (обеспечение) в согласованном объеме, а страхователь (т.е. лицо, которое подписывает договор страхования со страховой компанией) обязуется заплатить страховщику разовый страховой взнос. Совместное участие (соучастие) застрахованного лица не оговаривается.

2.2. Страховые суммы приведены в договоре страхования.

2.3. Для проведения правовых действий, касающихся страхования, необходимо оформление документов в письменной форме. Все изменения должны проводиться в письменной форме, в противном случае они будут считаться недействительными. Языком коммуникации является чешский язык.

2.4. Партнером страховщика/страховой компании может быть ассистентская служба или медицинская страховая компания, действующая в ЧР.

2.5. Эти условия ОУС/ВРР страховщик/страховая компания издает на чешском языке, а затем предоставляет также и переводы на английский, русский и вьетнамский языки. Решающим является текст на чешском языке.

2.6. Права и обязанности, вытекающие из страхования „ТМС/СЗР“, регламентируются законодательством ЧР. Все споры, вытекающие из страхования, или возникающие в связи с ним, будут решаться в надлежащем по рассмотрению дела суде ЧР.

3. Срок действия страхования, страховой период

3.1. Договор страхования ТМС/СЗР заключается на определенное время. Страхование ТМС/СЗР начинается с 0.00 часов того дня, который согласован в договоре страхования в качестве начала страхования, однако, не ранее 0.00 часов того дня, который непосредственно следует после дня заключения договора страхования, и прекращается в 24.00 часов того дня, который согласован в договоре страхования в качестве окончания страхования. В том случае, если застрахованное лицо согласовало/выбрало тариф

КОМПЛЕХ2, то страхование КМО/КЗР распространяется, при действии его страхования, и на новорожденного ребенка застрахованного лица, при этом на срок до 14-го дня его жизни включительно.

3.2. При страховании КМО/КЗР в случае беременности согласовывается так называемый срок ожидания продолжительностью 3 месяца со дня начала страхования; в случае родов согласовывается срок ожидания продолжительностью 8 месяцев со дня начала страхования – эти сроки ожидания не применяются в случае согласования страхования КМО/КЗР в рамках тарифа КОМПЛЕХ2.

3.3. При страховании КМО/КЗР, для случая необходимости ухода за больным, согласовывается срок ожидания продолжительностью 36 месяцев со дня начала страхования.

3.4. Договор страхования вступает в действие не ранее момента оплаты полной суммы разового страхового взноса в том случае, если в договоре страхования не было согласовано иначе.

3.5. Страхование ТМС/СЗР нельзя прервать в том случае, если это не было согласовано иначе.

4. Территориальное действие страхования

4.1. Страхование распространяется только на страховые случаи, которые возникли при легальном пребывании застрахованного лица на территории ЧР или на территории Шенгенской зоны.

4.2. Страхование вне территории ЧР распространяется только на туристическое пребывание застрахованного лица без ведения им какой-либо даже кратковременной предпринимательской деятельности, при этом распространяется только на предоставление необходимого и неотложного медицинского обслуживания, включая затраты, связанные с перевозкой.

5. Страховые взносы

5.1. Страховые взносы являются оплатой за предоставление страхования. Сумма страхового взноса определяется на основании тарифов, установленных страховщиком/страховой компанией для отдельных видов страхования в соответствии с принципами страховой математики.

5.2. Страховой взнос устанавливается на весь согласованный срок действия страхования (одноразовый страховой взнос) в том случае, если в договоре страхования не оговорено иначе.

5.3. Одноразовый страховой взнос подлежит к оплате в полном размере в день заключения договора страхования. У страховщика/страховой компании возникает право на страховой взнос за весь срок действия страхования, при этом в день заключения договора страхования.

6. Страховое возмещение (обеспечение)

6.1. Страховщик/страховая компания предоставляет страховое возмещение (обеспечение) максимально до размера согласованных страховых сумм, лимитов и частичных лимитов, с принятием во внимание исключений из страхования, при этом либо уполномоченному лицу после передачи оригиналов предписанных документов, либо непосредственно соответствующему договорному медицинскому учреждению.

6.2. Страховое возмещение (обеспечение) подлежит к оплате в срок до 15 дней с того дня, в который страховщик/страховая компания закончит проведение расследования, необходимого для выяснения объема своей обязанности исполнения страхового возмещения (обеспечения). Страховщик/страховая компания обязан закончить расследование в срок до 3-х месяцев после того, когда ему было сообщено о страховом случае, с которым связано требование по исполнению страхового возмещения (обеспечения). В том случае, если страховщик/страховая компания не сможет закончить проведение расследования в этот срок, то он обязан сообщить о причинах этого лицу, у которого должно возникнуть или уже возникло право на получение страхового возмещения (обеспечения) по страховому случаю, расследование которого еще нельзя закончить, и предоставить этому лицу, на основании его заявления, соразмерный аванс. Срок можно по согласованию продлить. Этот срок приостанавливается в том случае, если проведение расследования было сделано невозможным или было затруднено по вине уполномоченного лица, страхователя или застрахованного лица.

6.3. Страховое возмещение (обеспечение) подлежит к оплате на территории ЧР и в местной валюте, в безналичной форме, в том случае, если в договоре страхования не согласовано иначе. Для перерасчета иностранной валюты применяется валютный курс Чешского национального банка (ČNB), действующий в первый рабочий день в том месяце, в котором возник страховой случай.

6.4. Страховщик/страховая компания имеет право страховое возмещение (обеспечение) в случаях страхования с целью возмещения ущерба снизить на сумму возмещения ущерба, которая была или будет предоставлена третьим лицом, обязанным возместить ущерб, вытекающий из страхового случая.

6.5. Страховщик/страховая компания может снизить сумму страхового возмещения (обеспечения) только в соответствии с текстом Закона о договоре страхования.

7. Прекращение действия страхования

7.1. В том случае, если страхование прекратит свое действие еще до даты начала действия страхования, то страховщик/страховая компания возвратит страхователю, после предоставления всех выданных документов страховщика, полученный страховой взнос, уменьшенный на сумму затрат, связанных с возникновением и администрированием страхования, и которая обычно составляет 20% от суммы полученного страхового взноса.

7.2. Страхование прекращает свое действие в следующих случаях: в случае смерти застрахованного лица (это не действует в рамках тарифа KOMPLEX2), в день отказа застрахованным лицом или его законным представителем подчиниться репатриации, при окончании срока действия визы для пребывания в ЧР, или в случае отклонения заявления о выдаче визы для пребывания на территории ЧР.

7.3. Страхование прекращает свое действие также в день, указанный в письменном соглашении страховщика/страховой компании со страхователем, или после окончания срока, на который страхование было заключено.

8. Права и обязанности страхователя и застрахованного лица

8.1. В случае страхования чужого страхового риска страхователь обязан ознакомить застрахованное лицо с содержанием договора страхования, касающегося страхования его риска, а также с его правами и обязанностями, вытекающими из этого договора, при этом не позднее даты возникновения страхования.

8.2. Страхователь или же застрахованное лицо помимо обязанностей, установленных правовыми нормами/положениями, обязан:

- a) правдиво и полностью ответить на письменные вопросы страховщика/страховой компании, указанные во входной анкете;
- b) незамедлительно информировать страховщика об изменениях в данных в договоре страхования, и в вопросах во входной анкете страховщика/страховой компании;
- c) обращать внимание на то, чтобы страховой случай не наступил, и предпринимать все для его предотвращения, или для уменьшения его последствий;
- d) руководствоваться указаниями партнера страховщика/страховой компании, указаниями страховщика, указанными в руководстве по страхованию, условиями ОУС/VPР и договором страхования;
- e) в том случае, если не была проведена прямая оплата затрат партнером страховщика или страховщиком/страховой компанией, то сообщить в письменной форме непосредственно страховщику о возникшем случае с нанесением ущерба; без излишнего промедления заполнить и отправить страховщику заполненное извещение о возникновении страхового случая и требуемые документы, или же по требованию страховщика дополнить информацию о страховом случае, и предоставить дополнительные необходимые документы; полностью все предоставляемые документы должны быть выполнены на английском, немецком или чешском языке – в противном случае страховщик обеспечит их перевод за счет застрахованного лица;
- f) подать страховщику/страховой компании полностью всю правдивую информацию о возникновении, ходе протекания и последствиях случая с нанесением ущерба, а в случае сомнений доказать страховщику требование на страховое возмещение (обеспечение);
- g) при расследовании случая с нанесением ущерба оказать страховщику/страховой компании полностью все необходимое содействие, главным образом, сообщить

страховщику о других возможных страховщиках и страховых суммах, согласованных в остальных договорах страхования, касающихся аналогичного риска;

- h) по требованию страховщика/страховой компании освободить третье лицо (главным образом, врача) от обязанности сохранять конфиденциальность об обстоятельствах, связанных со случаем с нанесением ущерба;
- i) обеспечить по отношению к другому лицу право на возмещение ущерба, вызванного случаем с нанесением ущерба, или другое аналогичное право, и в письменной форме перевести это право на страховщика/страховую компанию до размера суммы, до которой он предоставил или очевидно предоставит страховое возмещение (обеспечение).

8.3. В том случае, если возник случай с нанесением ущерба, то застрахованное лицо, помимо обязанностей, приведенных в общей части этих условий ОУС/ВРР, обязано:

- a) сделать все, что можно разумно потребовать для уменьшения последствий случая с нанесением ущерба;
- b) всегда и без промедления, если это позволяет состояние здоровья застрахованного лица, обращаться к партнеру страховщика или к страховщику/страховой компании, выполнять их указания, и по их просьбе дать возможность провести медицинское обследование в медицинском учреждении, определенном партнером страховщика;
- c) в случае необходимости обращаться за помощью к врачу и предъявлять свое удостоверение застрахованного лица;
- d) выполнять указания лечащего врача и соблюдать предписанный лечебный режим;
- e) проходить лечение или обследование врачом, которого назначил партнер страховщика или страховщик;
- f) подчиниться репатриации, организованной партнером страховщика в том случае, если это позволяет состояние здоровья застрахованного лица, или если время предоставления медицинского обслуживания превысит срок действия страхования;
- g) по требованию страховщика/страховой компании в письменной форме освободить поставителя медицинской помощи от обязанности сохранять конфиденциальность, и дать страховщику полномочия в письменной форме для получения информации, которая является предметом обязательного сохранения конфиденциальности медицинскими учреждениями, коммерческими и медицинскими страховыми компаниями, Полицией ЧР и Министерством внутренних дел, и которая необходима для расследования страховщиком при возникновении случая с нанесением ущерба.

8.4. В том случае, если недоговорное медицинское учреждение потребует от застрахованного лица оплаты затрат в случае с нанесением ущерба, то застрахованное лицо обязано:

- a) взять оригиналы всех необходимых документов, и передать их без излишнего промедления партнеру страховщика или страховщику/страховой компании;
- b) оплатить наличными недоговорному медицинскому учреждению соразмерные и документально подтвержденные затраты.

8.5. Извещение о возникновении случая с нанесением ущерба, включая приложения, должно содержать следующее:

- a) точную дату, место, причину и обстоятельства возникновения случая с нанесением ущерба, его объем;
 - b) оригинал медицинского заключения или другого документа с описанием состояния здоровья застрахованного лица, включая коды диагнозов, полный перечень проведенных медицинских вмешательств/процедур с описанием, кодами, побальной оценкой или с ценой и датой проведения, с названиями и количеством предписанных лекарственных препаратов, включая цены, перечень примененного медицинского расходного материала и услуг, включая цены; оригиналы документов о расходах (счетов-фактур и квитанций) об оплате затрат, с указанием суммы и предмета оплаты;
 - c) копии оформленного врачом рецепта на лекарственные препараты при оказании амбулаторной помощи;
 - d) оплаты затрат с указанием суммы и предмета оплаты.
- Страховщик/страховая компания может потребовать и другие документы, например, полицейский протокол, официальное заключение о смерти и т.п.

8.6. Страхователь, застрахованное лицо или уполномоченное лицо имеют право обратиться с жалобой в отделение контроля страховщика/страховой компании, или в банк ЧНБ/СНВ (секция регулирования и надзора над страховыми компаниями).

9. Права и обязанности страховщика/страховой компании

9.1. Страховщик/страховая компания имеет право снизить размер страхового возмещения (обеспечения) в том случае, если застрахованное лицо не выполнило обязанностей, согласованных в договоре страхования, главным образом, в случае запоздалого сообщения о возникновении случая с нанесением ущерба, а также в случае неполноты данных в извещении о возникновении страхового случая, если тем самым затруднит расследование размера ущерба.

9.2. Помимо обязанностей, установленных правовыми нормами/положениями, страховщик/страховая компания обязан предоставить страхователю по его просьбе и за его счет соответствующую копию/дубликат в том случае, если произойдет потеря или уничтожение договора страхования, или удостоверения застрахованного лица.

10. Вручение корреспонденции

10.1. Страховщик/страховая компания вручает страхователю корреспонденцию посредством почты или другим подходящим способом.

10.2. В том случае, если адресату не была вручена корреспонденция, несмотря на то, что он пребывает на месте вручения, корреспонденция будет вручена другому совершеннолетнему лицу, проживающему в той же квартире или в том же доме, занимающемуся в том же месте предпринимательской деятельностью, или работающему на том же месте работы, что и адресат, если такое лицо согласно передать корреспонденцию адресату. В том случае, если невозможно вручить корреспонденцию даже таким способом, то корреспонденция будет оставлена на хранение на почте, которая отправит адресату надлежащим образом уведомление о том, чтобы он корреспонденцию получил. Если адресат не заберет корреспонденцию в срок до 10 дней со дня оставления ее на хранение на почте, то последний день этого срока считается за день вручения, даже если адресат не узнал о том, что корреспонденция была оставлена на почте на хранение. В том случае, если не будет установлено обратное, то будет считаться, что адресат находился по месту вручения корреспонденции. В том случае, если корреспонденция возвратится страховщику/страховой компании с указанием причины переезда адресата, то она будет считаться врученной адресату в день ее возврата страховщику/страховой компании.

Специальная часть

Часть А

Страхование комплексного медицинского обслуживания иностранных граждан (далее только как „КМО/КЗР“)

Статья 1 - Объяснение терминов

1. **Под комплексным медицинским обслуживанием** понимается медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу с целью сохранения его состояния здоровья, которое он имел до заключения договора страхования. Комплексное медицинское обслуживание состоит из амбулаторного и стационарного медицинского обслуживания, включая диагностическое медицинское обслуживание, профилактическое медицинское обслуживание, диспансерное медицинское обслуживание, а также службу скорой медицинской помощи и спасательную службу, из предоставления лекарственных препаратов и перевозки больных пациентов, и из возможной репатриации застрахованного лица или транспортировки останков застрахованного лица. В рамках тарифа КОМПЛЕКС2, кроме того, также включено и медицинское обслуживание, связанное с беременностью застрахованной матери, и с родами ею ребенка. Предоставление комплексного медицинского обслуживания гарантировано в сети договорных медицинских учреждений (т.е. учреждений, находящихся на территории ЧР, с которыми страховщик/страховая компания заключил договор о предоставлении медицинского обслуживания в связи с этим страхованием), при этом всегда максимально в объеме медицинского обслуживания, обычно оплачиваемого из средств

всеобщего медицинского страхования в ЧР (т.е. максимально в объеме медицинского обслуживания, которое полностью, а в случае лекарственных препаратов и частично, оплачивается из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР, и предоставление или оплата которого не связаны с решением ревизионного врача, профессиональной комиссии или другого органа медицинской страховой компании – регулирующие сборы и доплаты не считаются за оплату медицинского обслуживания).

2. Под необходимым и неотложным медицинским обслуживанием понимается медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу или новорожденному ребенку, застрахованному в рамках тарифа KOMPLEX2. Необходимое и неотложное медицинское обслуживание состоит из необходимого медицинского обслуживания, оказываемого службой скорой медицинской помощи и спасательной службой, из предписанной врачом по медицинским показаниям перевозки в ближайшее профессионально надлежащее медицинское учреждение, из установления диагноза и порядка проведения лечения, включая необходимое обследование, из необходимых и неотложных медицинских вмешательств/процедур, включая необходимые лекарственные препараты и медицинский расходный материал, из необходимой госпитализации на то время, которое совершенно необходимо, при этом максимально в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, оплачиваемого из всеобщего медицинского страхования в ЧР. Одновременно действует положение, что сумма страхового возмещения (обеспечения), предоставленная недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или же в другом государстве-члене Шенгенской зоны), не может превышать стандартную сумму оплаты из всеобщего медицинского страхования в ЧР (или же в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая была бы оплачена за такое медицинское обслуживание.

3. Застрахованные роды являются таким страховым случаем, который возникает при начале первого, с родами связанного медицинского действия, которое не включено в медицинское обслуживание беременной пациентки.

Статья 2 – Предмет страхования

1. Предметом страхования являются затраты на медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу в объеме максимально комплексного медицинского обслуживания. Объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного лица, от места пребывания застрахованного лица, и от поставителя медицинского обслуживания, которым является договорное или недоговорное медицинское учреждение.

2. Эти затраты должны быть вызваны изменением состояния здоровья застрахованного лица, или необходимостью предотвращения возникновения изменений в отрицательную сторону в состоянии здоровья застрахованного лица.

Статья 3 – Застрахованные лица

1. Застрахованным лицом может стать только иностранный гражданин с хорошим состоянием здоровья.

2. Договор страхования нельзя заключать с лицами, страдающими тяжелыми нервными заболеваниями, психическими заболеваниями, а также с лицами, имеющими следующие заболевания: глухота (двухсторонняя), слепота (двухсторонняя), паралич, наркотическая и алкогольная зависимость и медикаментозная зависимость / зависимость от медицинских препаратов, цирроз печени, рак, злокачественные опухоли (карциномы), туберкулез (ТБС), диализ почек, ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека), СПИД/AIDS.

3. С лицами, не подлежащими страхованию, нельзя заключать договоры страхования.

Статья 4 – Страховой случай

1. Под страховым случаем понимается болезнь, травма или изменение состояния здоровья застрахованного лица в сторону ухудшения, в результате которого было необходимо предоставить застрахованному лицу медицинское обслуживание или ассистентские услуги в соответствии с объемом согласованного страхования, причем у застрахованного лица возникла обязанность оплатить медицинскому учреждению затраты, израсходованные на предоставление этого медицинского обслуживания, или обязанность оплатить расходы на ассистентские услуги их поставителю.

2. Под предметом страхового возмещения (обеспечения) понимаются необходимые и соразмерные затраты, документально подтвержденные и обоснованно израсходованные в соответствии с действующими медицинскими и правовыми нормами/положениями, а, конкретно, на:
 - a) комплексное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу договорным медицинским учреждением;
 - b) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу местным недоговорным медицинским учреждением, при этом только в необходимом объеме, или до достижения состояния, позволяющего осуществить перевозку застрахованного лица в договорное медицинское учреждение, или осуществить репатриацию;
 - c) послеродовое медицинское обслуживание, оказанное новорожденному ребенку застрахованного лица в рамках тарифа KOMPLEX2;
 - d) репатриацию больного застрахованного лица, которая организована партнером страховщика/страховой компании;
 - e) репатриацию/транспортировку останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика/страховой компании.
3. Страховые случаи, возникшие по одной из этих причин, и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая связь, считаются за один страховой случай.

Статья 5 - Страховое возмещение (обеспечение)

1. Страхование заключается в объеме „комплексного медицинского обслуживания“, которое предоставляется максимально в таком же объеме, как и всеобщее медицинское страхование, однако с оговоренными исключениями из страхования и с согласованными пределами страхового возмещения (обеспечения).
2. Страхование распространяется:
 - a) на амбулаторную медицинскую помощь;
 - b) на пребывание в больнице в стандартной палате для больных в течение необходимого времени, подтвержденное медицинским заключением;
 - c) на перевязочный материал на основании рецепта врача;
 - d) на лечебные средства, необходимые для оказания медицинской помощи, предназначенные для фиксации конечностей;
 - e) на рентгеновскую диагностику;
 - f) на расходы, связанные с перевозкой, предписанной по медицинским показаниям, в ближайшую подходящую больницу или к врачу;
 - g) на неотложные операции;
 - h) на лекарства, амбулаторно предписанные врачом застрахованному лицу в связи с предоставлением медицинского обслуживания, в объеме согласованного тарифа страхования, кроме исключений, приведенных в этих условиях ОУС/ВРР, при этом до суммы лимита страхового возмещения (обеспечения), согласованного в договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения (обеспечения) за оплату затрат на лекарственный препарат, выписанным врачом застрахованному лицу при амбулаторном лечении, равняется размеру оплаты этого лекарственного препарата из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР, который приведен в актуально действующем предписании Министерства здравоохранения ЧР / МЗ ЧР (Перечень лекарственных препаратов, оплачиваемых и частично оплачиваемых из медицинского страхования);
 - i) на диспансерное медицинское обслуживание, относящееся к заболеваниям и травмам, причина которых возникла после начала страхования;
 - j) на обследование, связанное с аллергией в том случае, если речь идет о первом случае появления данного типа аллергии у застрахованного лица, включая проведение последующих необходимых аллергологических и иммунологических обследований; однако, страхование не распространяется на лекарственные и укрепляющие препараты, связанные с данным диагнозом;
 - k) если во время возникновения страхового случая действовала страховка KOMPLEX2, или уже закончились сроки ожидания у тарифа KOMPLEX, то будет оплачиваться вся медицинская помощь, которую получит застрахованное лицо в связи с беременностью

- и родами в договорном медицинском учреждении страховщика/страховой компании, или в другом, заранее утвержденном страховщиком медицинском учреждении;
- l) на послеродовое медицинское обслуживание, оказанное новорожденному ребенку застрахованного лица в рамках тарифа KOMPLEX2, при этом до 14-го дня жизни ребенка;
 - m) на оказание стоматологической медицинской помощи с целью устранения боли, на зубные пломбы в простом варианте исполнения;
 - n) страховщик/страховая компания предоставит страховое возмещение (обеспечение) путем предоставления ассистентских услуг, а именно, путем репатриации больного застрахованного лица или останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика после утверждения лечащим врачом застрахованного лица или врачом-специалистом партнера страховщика, при этом 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.
3. Страхование также распространяется на превентивное медицинское обслуживание в следующем объеме:
- a) один раз в год для взрослого и один раз в год для детей в возрасте до 18 лет – превентивный осмотр врачом-терапевтом;
 - b) для женщин старше 15 лет 1 раз в год превентивный осмотр гинекологом;
 - c) один раз в год превентивный осмотр стоматологом;
 - d) обязательные прививки до максимального ограничения 1000 чешских крон в год.
4. Сумма согласованного лимита страхового возмещения (обеспечения) на один страховой случай составляет 60.000 ЕВРО в том случае, если в договоре страхования это не согласовано иначе.
5. Страховщик/страховая компания не обязан предоставлять страховое возмещение (обеспечение) в том случае, если возможное страховое возмещение (обеспечение) по одному страховому случаю с нанесением ущерба не превышает размера 100 чешских крон.

Статья 6 – Исключения из страхования

1. Страхование не распространяется на случаи, которые возникли
- a) перед оплатой страхового взноса;
 - b) вне территории ЧР в связи с иным пребыванием застрахованного лица, чем пребывание с туристической целью;
 - c) вне территории ЧР под влиянием употребления алкоголя, наркотиков или других психотропных веществ, или в том случае, если они были совершены намеренно.
2. Страховщик/страховая компания не обязан предоставлять страховое возмещение (обеспечение) в следующих случаях:
- a) болезни и травмы, которые возникли в связи с военными конфликтами, гражданской войной, общественными беспорядками, актами насилия, включая террористические, в которых застрахованное лицо принимало активное участие; в связи с проникающей радиацией, ядерной реакцией или радиоактивным заражением; в связи с последствиями воздействия химических или биологических видов оружия;
 - b) искусственное оплодотворение, обследование и лечение бесплодия и стерильности, противозачаточные средства и медицинские действия, связанные с этим, аборт, проведенный без документально подтвержденных обязательных медицинских показаний;
 - c) физические процедуры, а также пребывание на курортах, в санаториях, в оздоровительных учреждениях, в лечебницах, в лечебных учреждениях и т.п.;
 - d) косметический уход/процедуры и его последствия, хиропрактические процедуры или виды терапии, акупунктура и гомеопатия, коррекция зубов и челюсти, изготовление и ремонт протезов, ортезов, эпитезов/эктопротезов, диоптрических очков, контактных линз, слуховых аппаратов, инвалидных колясок с электроприводом и миоэлектрических протезов, лечение дефектов речи;
 - e) обследование и лечение душевных и психических заболеваний/нарушений, не связанных с лечением травм или заболеваний, на которые распространяется

- страхование; психологическое обследование и психотерапия; лечение зависимостей, включая обследования;
- f) обследование и лечение венерических заболеваний или СПИД/AIDS, включая обследования на ВИЧ/HIV;
 - g) проведение медицинских вмешательств/процедур вне медицинского учреждения, которые проводятся врачом или медицинской сестрой, не обладающими соответствующей квалификацией, необходимой для проведения таких вмешательств/процедур, или лечение, которое не признается ни с научной, ни с медицинской точки зрения; а также проведение действий в медицинском учреждении, которое в обычном порядке не предоставляет такое медицинское обслуживание гражданам ЧР (например, частные клиники);
 - h) реабилитация/период выздоровления, тренировочные виды терапии и тренинг/упражнения для повышения физической самостоятельности, за исключением случаев посттравматических или послеоперационных вмешательств;
 - i) лечение хронической почечной недостаточности с помощью гемодиализа или перитонеального гемодиализа, лечение гемофилии и других нарушений свертываемости крови, инсулиновая терапия (за исключением сахарного диабета у застрахованных лиц в возрасте до 15 лет, и предоставления первой помощи), вирусные гепатиты в том случае, если их диагноз был установлен в срок до 6 месяцев от начала действия страхования, трансплантация органов, лечение гормоном роста, лечение врожденных дефектов и заболеваний, или травм, обнаруженных перед началом действия страхования;
 - j) заболевания и травмы, возникшие в связи с участием в любительских спортивных соревнованиях, матчах и состязаниях в любом виде спорта, в профессиональных занятиях любыми видами спорта. Эти исключения не применяются в том случае, если страхование заключено в рамках тарифа KOMPLEX+;
 - k) в случаях, признаки которых наступили уже перед заключением договора страхования, или должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю перед заключением договора страхования;
 - l) в случаях, когда застрахованное лицо въехало в ЧР или в другое государство-член Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания или проведения медицинского вмешательства;
 - m) в случаях, возникших после отказа от осмотра врачом, которого определил страховщик/страховая компания или его партнер;
 - n) оплаты лекарственных препаратов или медицинских средств, не предписанных врачом;
 - o) послеродовой медицинский уход за новорожденным ребенком, родившимся у застрахованного лица в период действия страхования в том случае, если не был согласован тариф KOMPLEX2.

Часть В

Страхование иностранных граждан в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания (далее только как „ННО/NNP“)

Статья 1 - Объяснение терминов

1. **Под необходимым и неотложным медицинским обслуживанием** понимается медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу. Необходимое и неотложное медицинское обслуживание состоит из необходимого медицинского обслуживания, оказываемого службой скорой медицинской помощи и спасательной службой, из предписанной врачом по медицинским показаниям перевозки в ближайшее профессионально надлежащее медицинское учреждение, из установления диагноза и порядка проведения лечения, включая необходимые обследования, из необходимых и неотложных медицинских вмешательств/процедур, включая необходимые лекарственные препараты и медицинский расходный материал, из необходимой госпитализации на то время, которое необходимо, при этом максимально в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, оплачиваемого из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР. Одновременно действует положение, что сумма страхового возмещения

(обеспечения), предоставленная недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или же в другом государстве-члене Шенгенской зоны), не может превышать стандартную сумму оплаты из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР (или же в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая была бы оплачена за такое медицинское обслуживание.

Статья 2 – Предмет страхования

1. Предметом страхования являются затраты на медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу максимально в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания. Объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного лица.

Статья 3 – Застрахованные лица

1. Застрахованным лицом может стать только иностранный гражданин с хорошим состоянием здоровья.

2. Договор страхования нельзя заключать с лицами, страдающими тяжелыми нервными заболеваниями, психическими заболеваниями, а также с лицами, имеющими следующие заболевания: глухота (двухсторонняя), слепота (двухсторонняя), паралич, наркотическая и алкогольная зависимость и медикаментозная зависимость / зависимость от медицинских препаратов, цирроз печени, рак, злокачественные опухоли (карциномы), туберкулез (ТБС), диализ почек, ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека), СПИД/AIDS.

3. С лицами, не подлежащими страхованию, нельзя заключать договоры страхования.

Статья 4 – Страховой случай

1. Под страховым случаем понимается острое заболевание или травма застрахованного лица, в результате которой было необходимо предоставить застрахованному лицу медицинское обслуживание или ассистентские услуги в соответствии с объемом согласованного страхования, причем у застрахованного лица возникла обязанность оплатить медицинскому учреждению затраты, израсходованные на предоставление этого медицинского обслуживания, или обязанность оплатить расходы на ассистентские услуги их поставителю.

2. Под предметом страхового возмещения (обеспечения) понимаются необходимые и соразмерные затраты, документально подтвержденные и обоснованно израсходованные в соответствии с действующими медицинскими и правовыми нормами/положениями, а, конкретно, на:

- a) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу договорным медицинским учреждением;
- b) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу местным недоговорным медицинским учреждением, при этом только в необходимом объеме, или до достижения состояния, позволяющего осуществить перевозку застрахованного лица в договорное медицинское учреждение, или осуществить его репатриацию;
- c) репатриацию больного застрахованного лица, которая организована партнером страховщика/страховой компании;
- d) репатриацию/транспортировку останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика/страховой компании.

3. Страховые случаи, возникшие по одной из этих причин, и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая связь, считаются за один страховой случай.

Статья 5 - Страховое возмещение (обеспечение)

1. Страхование заключается в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, которое предоставляется максимально в таком же объеме, как и всеобщее медицинское страхование, однако с оговоренными исключениями из страхования и согласованными пределами страхового возмещения (обеспечения).

2. Страхование распространяется:

- a) на амбулаторную медицинскую помощь;
- b) на пребывание в больнице в стандартной палате для больных в течение необходимого времени, подтвержденное медицинским заключением, т.е. на лечение, вмешательства

и операции, проведение которых нельзя было отложить, учитывая состояние здоровья застрахованного лица;

- c) на перевязочный материал на основании рецепта врача;
 - d) на лечебные средства, необходимые для оказания медицинской помощи, предназначенные для фиксации конечностей;
 - e) на рентгеновскую диагностику;
 - f) на расходы, связанные с перевозкой, предписанной по медицинским показаниям, в ближайшую подходящую больницу или к врачу;
 - g) на неотложные операции;
 - h) на лекарства, амбулаторно предписанные врачом застрахованному лицу в связи с предоставлением медицинского обслуживания, в объеме согласованного тарифа страхования, кроме исключений, приведенных в этих условиях ОУС/VPP, при этом до суммы лимита страхового возмещения (обеспечения), согласованного в договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения (обеспечения) за оплату затрат на лекарственный препарат, выписанным врачом застрахованному лицу при амбулаторном лечении, равняется размеру оплаты этого лекарственного препарата из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР, который приведен в актуально действующем предписании Министерства здравоохранения ЧР / MZ ČR (Перечень лекарственных препаратов, оплачиваемых и частично оплачиваемых из средств медицинского страхования);
 - i) на оказание стоматологической медицинской помощи с целью устранения боли, на зубные пломбы в простом варианте исполнения;
 - j) страховщик/страховая компания предоставит страховое возмещение (обеспечение) путем предоставления ассистентских услуг, а именно, путем репатриации больного застрахованного лица или останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика после утверждения лечащим врачом застрахованного лица или врачом-специалистом партнера страховщика, при этом 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.
3. Сумма согласованного лимита страхового возмещения (обеспечения) на один страховой случай составляет 60.000 ЕВРО в том случае, если в договоре страхования это не согласовано иначе.
4. Страховщик/страховая компания не обязан предоставлять страховое возмещение (обеспечение) в том случае, если возможное страховое возмещение (обеспечение) по одному страховому случаю с нанесением ущерба не превышает размера 100 чешских крон.

Статья 6 – Исключения из страхования

1. Страхование не распространяется на случаи, которые возникли
- a) перед оплатой страхового взноса;
 - b) вне территории ЧР в связи с иным пребыванием застрахованного лица, чем пребывание с туристической целью;
 - c) вне территории ЧР под влиянием употребления алкоголя, наркотиков или других психотропных веществ, или в том случае, если они были совершены намеренно.
2. Страховщик/страховая компания не обязан предоставлять страховое возмещение (обеспечение) в следующих случаях:
- a) болезни и травмы, которые возникли в связи с военными конфликтами, гражданской войной, общественными беспорядками, актами насилия, включая террористические, в которых застрахованное лицо принимало активное участие; в связи с проникающей радиацией, ядерной реакцией или радиоактивным заражением; в связи с последствиями воздействия химических или биологических видов оружия;
 - b) обследования для определения беременности, любые осложнения после 26-й недели беременности, родов, искусственного оплодотворения, обследование и лечение бесплодия и стерильности, противозачаточные средства и медицинские действия, связанные с этим, аборт, проведенный без документально подтвержденных обязательных медицинских показаний;

- c) физические процедуры, а также пребывание на курортах, в санаториях, в оздоровительных учреждениях, в лечебницах, в лечебных учреждениях и т.п.;
- d) косметический уход/процедуры и его последствия, хиропрактические процедуры или виды терапии, акупунктура и гомеопатия, коррекция зубов и челюсти, изготовление и ремонт протезов, ортезов, эпитезов/эктопротезов, диоптрических очков, контактных линз, слуховых аппаратов, инвалидных колясок с электроприводом и миоэлектрических протезов, лечение дефектов речи;
- e) обследование и лечение душевных и психических заболеваний/нарушений, не связанных с лечением травм или заболеваний, на которые распространяется страхование; психологическое обследование и психотерапия; лечение зависимостей, включая обследования;
- f) обследование и лечение венерических заболеваний или СПИД/AIDS, включая обследования на ВИЧ/HIV;
- g) проведение медицинских вмешательств/процедур вне медицинского учреждения, которые проводятся врачом или медицинской сестрой, не обладающими соответствующей квалификацией, необходимой для проведения таких вмешательств/процедур, или лечение, которое не признается ни с научной, ни с медицинской точки зрения; а также проведение действий в медицинском учреждении, которое в обычном порядке не предоставляет такое медицинское обслуживание гражданам ЧР (например, частные клиники);
- h) реабилитация/период выздоровления, тренировочные виды терапии и тренинг/упражнения для повышения физической самостоятельности, за исключением случаев посттравматических или послеоперационных вмешательств;
- i) лечение хронической почечной недостаточности с помощью гемодиализа или перитонеального гемодиализа, лечение гемофилии и других нарушений свертываемости крови, инсулиновая терапия (за исключением сахарного диабета у застрахованных лиц в возрасте до 15 лет, и предоставления первой помощи), вирусные гепатиты в том случае, если их диагноз был установлен в срок до 6 месяцев от начала действия страхования, трансплантация органов, лечение гормоном роста, лечение врожденных дефектов и заболеваний, обнаруженных до начала действия страхования;
- j) заболевания и травмы, возникшие в связи с участием в любительских спортивных соревнованиях, матчах и состязаниях в любом виде спорта, в профессиональных занятиях любыми видами спорта. Эти исключения не применяются в том случае, если страхование заключено в рамках тарифа KOMPLEX+;
- k) в случаях, признаки которых наступили уже перед заключением договора страхования, или должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю перед заключением договора страхования;
- l) в случаях, когда застрахованное лицо въехало в ЧР или другое государство-член Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания;
- m) в случаях, возникших после отказа от осмотра врачом, которого определил страховщик/страховая компания или его партнер;
- n) оплаты лекарственных препаратов или медицинских средств, не предписанных врачом;
- o) послеродовой медицинский уход за новорожденным ребенком, родившимся у застрахованного лица в период действия страхования в том случае, если не был согласован тариф KOMPLEX2.

Эти общие условия страхования вступают в действие в день 01.09.2011 года.