

Úvodní ustanovení

- 1.1. Cestovní zdravotní pojištění cizinců (dále jen „CZP“), které uzavírá UNIQA pojišťovna, a.s. (dále jen „pojistitel“), se řídí právním řádem České republiky (dále jen „ČR“). Platí pro něj zákon o pojistné smlouvě, zákon o pojišťovnictví, příslušná ustanovení občanského zákoníku, tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „VPP“) a smluvní ujednání. Obsahují-li některé z výše uvedených podmínek v souladu se zákonem odchýlnou úpravu, platí ustanovení uvedená v pojistných podmínkách nebo přímo v pojistné smlouvě.
- 1.2. CZP se sjednává jako pojištění škodové a je pojištěním pro případ nemoci dle §62 zákona o pojistné smlouvě, není však sjednáno v rozsahu veřejného zdravotního pojištění.
- 1.3. V rámci CZP je možné sjednat následující druhy pojištění, které jsou dále upraveny ve zvláštní části těchto VPP:
A) Pojištění komplexní zdravotní péče cizinců (dále jen „KZP“)
B) Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců (dále jen „NNP“)
- 1.4. Pojistná smlouva o CZP je dokladem o cestovním zdravotním pojištění při pobytu nad 90 dnů dle §180j zákona č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších předpisů.

2. Všeobecná ustanovení

- 2.1. Na základě uzavřené pojistné smlouvy se pojistitel zavazuje v případě vzniku pojistné události poskytnout ve sjednaném rozsahu pojistné plnění a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli jednorázové pojistné. Spoluúčast pojištěného se nesjednává.
- 2.2. Pojistné částky jsou uvedeny v pojistné smlouvě.
- 2.3. Pro právní úkony, týkající se pojištění, je třeba písemné formy. Veškeré změny musí být provedeny písemně, jinak jsou neplatné. Komunikačním jazykem je čeština.
- 2.4. Partnerem pojistitele může být asistenční služba nebo zdravotní pojišťovna působící v ČR.
- 2.5. Tato VPP vydává pojistitel v českém jazyce a dále poskytuje i překlady do angličtiny, ruštiny a vietnamštiny. Rozhodující je znění v jazyce českém.
- 2.6. Práva a povinnosti z CZP se řídí právem ČR. Všechny spory vyplývající z pojištění nebo vzniklé v souvislosti s ním budou řešeny u příslušného soudu v ČR.

3. Doba trvání pojištění, pojistné období

- 3.1. CZP se uzavírá na dobu určitou. CZP vzniká od 0.00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, nejdříve však od 0.00 hodin dne bezprostředně následujícího po dni uzavření pojistné smlouvy a zaniká ve 24.00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako konec pojištění. Pokud si pojištěná osoba sjednala tarif KOMPLEX2, vztahuje se KZP za trvání jejího pojištění i na jejího novorozence, a to do 14. dne jeho života včetně.
- 3.2. V pojištění KZP se sjednává pro případ těhotenství čekací doba ode dne počátku pojištění v trvání 3 měsíců, pro případ porodu čekací doba ode dne počátku pojištění v trvání 8 měsíců – tyto čekací doby se neuplatňují v případě sjednání pojištění KZP v tarifu KOMPLEX2.
- 3.3. V pojištění KZP se sjednává pro případ ošetrovatelské péče čekací doba ode dne počátku pojištění v trvání 36 měsíců.
- 3.4. Pojistná smlouva nabývá účinnosti nejdříve okamžikem úhrady celé částky jednorázového pojistného, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- 3.5. CZP nelze přerušit, není-li ujednáno jinak.

4. Územní platnost pojištění

- 4.1. Pojištění se vztahuje jen na pojistné události, které vznikly při legálním pobytu pojištěného na území ČR resp. v Schengenském prostoru.
- 4.2. Pojištění mimo území ČR se vztahuje pouze na turistický pobyt pojištěného bez provozování jakékoliv i krátkodobé výdělečné činnosti, a to jen na poskytnutí nutné a neodkladné péče, včetně nákladů spojených s převozem.

5. Pojistné

- 5.1. Pojistné je úplatou za poskytování pojištění. Výše pojistného se určuje na základě sazeb stanovených pojistitelem pro jednotlivé druhy pojištění podle zásad pojistné matematiky.
- 5.2. Pojistné se stanoví pro celou sjednanou dobu pojištění (jednorázové pojistné), není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- 5.3. Jednorázové pojistné je splatné v plné výši v den uzavření pojistné smlouvy. Pojistiteli vzniká právo na pojistné za celou dobu pojištění, a to v den uzavření pojistné smlouvy.

6. Pojistné plnění

- 6.1. Pojistitel poskytuje pojistné plnění maximálně do výše sjednaných pojistných částek, limitů a dílčích limitů s respektováním výluk z pojištění, a to buď oprávněné osobě po odevzdání originálů předepsaných dokladů nebo přímo příslušnému smluvnímu zdravotnickému zařízení.
- 6.2. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů ode dne, kdy pojistitel skončí šetření nutné ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do 3 měsíců poté, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojistitel povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Lhůtu lze dohodou prodloužit. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.
- 6.3. Pojistné plnění je splatné v ČR a v tuzemské měně bezhotovostní formou, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pro přepočítání cizí měny se použije devizový kurz ČNB v 1. pracovní den v měsíci, ve kterém k pojistné události došlo.
- 6.4. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění u škodových pojištění snížit o náhradu škody, která byla nebo bude poskytnuta třetí osobou povinnou škodu vyplývající z pojistné události nahradit.
- 6.5. Pojistitel může snížit pojistné plnění pouze v souladu se zněním zákona o pojistné smlouvě.

7. Zaniknutí pojištění

- 7.1. Zanikne-li pojištění ještě před datem počátku pojištění, vrátí pojistitel pojistníku po dodání všech vydaných dokladů pojistitele přijaté pojistné snížené o náklady spojené se vznikem a správou pojištění, které činí obvykle 20% z přijatého pojistného.
- 7.2. Pojištění zaniká smrtí pojištěného (neplatí u tarifu KOMPLEX2), dnem odmítnutí repatriace pojištěným nebo jeho zákonným zástupcem, ukončením platnosti víza k pobytu v ČR nebo i zamítnutím žádosti o vízum k pobytu na území ČR.
- 7.3. Pojištění zaniká rovněž dnem uvedeným v písemné dohodě pojistitele s pojistníkem nebo uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno.

8. Práva a povinnosti pojistníka a pojištěného

- 8.1. V případě pojištění cizího pojistného rizika je pojistník povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho rizika i s jeho právy a povinnostmi vyplývajícími z této smlouvy, a to nejpozději do vzniku pojištění.
- 8.2. Pojistník popř. pojištěný je kromě povinností stanovených právními předpisy povinen:
- pravdivě a úplně odpovědět na písemné dotazy pojistitele ve vstupním dotazníku;
 - neprodleně hlásit pojistiteli změnu údajů v pojistné smlouvě a v odpovědích v dotazníku pojistitele;
 - dbát, aby pojistná událost nenastala a učinit vše k jejímu odvrácení nebo zmírnění jejích následků;
 - řídit se pokyny partnera pojistitele, pokyny pojistitele v příručce k pojištění, VPP a pojistnou smlouvou;
 - v případě, že nedošlo k přímému uhrazení nákladů partnerem pojistitele nebo pojistitelem oznámit písemně pojistiteli bezprostředně škodnou událost; bez zbytečného odkladu vyplnit a zaslat pojistiteli vyplněné oznámení pojistné události a požadované doklady, případně na žádost pojistitele doplnit informace o pojistné události a předložit další potřebné doklady; veškeré předkládané doklady musí být vystaveny v anglickém, německém nebo českém jazyce – v opačném případě zajistí pojistitel jejich překlad na náklady pojištěného;
 - podat pojistiteli veškeré pravdivé informace o vzniku, průběhu a následcích škodné události a v případě pochybností prokázat pojistiteli nárok na pojistné plnění;
 - poskytnout pojistiteli při vyšetřování škodné události veškerou potřebnou součinnost, zejména oznámit pojistiteli případně ostatní pojistitele a pojistné částky sjednané v ostatních pojistných smlouvách, týkajících se stejného rizika;
 - na žádost pojistitele zprostit třetí osobu (zejména lékaře) mlčenlivosti o skutečnostech souvisejících se škodnou událostí;
 - zabezpečit vůči jinému právo na náhradu škody způsobené škodnou událostí nebo jiné obdobné právo, a písemně převést toto právo na pojistitele až do výše, do které poskytl nebo zřejmě poskytne plnění.
- 8.3. V případě, že škodná událost nastala, je pojištěný povinen kromě povinností uvedených v obecné části těchto VPP:
- učinit vše, co lze rozumně požadovat ke zmírnění následků škodné události;
 - vždy a bez odkladu, pokud to dovoluje jeho zdravotní stav, se obrátit na partnera pojistitele, popř. na pojistitele, dbát jejich pokynů a na požádání se podrobit zdravotnímu vyšetření ve zdravotnickém zařízení určeném partnerem pojistitele;
 - v případě potřeby vyhledat lékařské ošetření a prokázat se průkazem pojištěného;
 - dodržovat pokyny ošetřujícího lékaře a nařízený léčebný režim;
 - podstoupit ošetření či vyšetření lékařem, kterého určil partner pojistitele popř. pojistitel;
 - podstoupit repatriaci zorganizovanou partnerem pojistitele, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje nebo pokud doba poskytování zdravotní péče přesáhne dobu trvání pojištění;
 - na žádost pojistitele písemně zprostit poskytovatele zdravotní péče mlčenlivosti a dát pojistiteli písemné oprávnění k získání informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti zdravotnických zařízení, komerčních i zdravotních pojišťoven, Policie ČR a MV a které jsou nezbytné pro šetření pojistitele v případě škodné události.
- 8.4. Pokud požaduje nesmluvní zdravotnické zařízení úhradu nákladů ze škodné události po pojištění, je pojištěný povinen:
- převzít originály všech potřebných dokladů a předat je bez zbytečného prodlení partneru pojistitele popř. pojistiteli;
 - uhradit nesmluvnímu zdravotnickému zařízení přiměřené a prokazatelné náklady v hotovosti.
- 8.5. Oznámení škodné události včetně příloh musí obsahovat:
- presné datum, místo, příčinu a okolnosti vzniku škodné události, její rozsah;
 - originál lékařské zprávy či jiného dokladu s popisem zdravotního stavu pojištěného včetně kódů diagnóz, úplný výčet uskutečněných

zdravotnických výkonů s popisem, kódy, bodovým hodnocením popř. s cenou a datem provedení, s názvy a množstvím předepsaných léčivých přípravků včetně cen, seznam použitého zdravotnického materiálu a služeb včetně cen; originály dokladů (faktur a stvrzenek) o úhradě nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady;

- kopie lékařem vystaveného předpisu léků při ambulantním ošetření;
 - úhrady nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady. Pojistitel si může vyžádat i další doklady např. policejní protokol, úřední úmrtní list apod.
- 8.6. Pojistník, pojištěný popř. oprávněná osoba má právo obrátit se se stížností na kontrolní útvar pojistitele popř. i na ČNB (sekce regulace a dohledu nad pojišťovny).

9. Práva a povinnosti pojistitele

- 9.1. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění v případě, kdy pojištěný nedodržel smluvně sjednané povinnosti, zejména v případě opožděného hlášení škodné události a v případě neúplnosti údajů v oznámení pojistné události, pokud se tak stíží šetření rozsahu škody.
- 9.2. Pojistitel je kromě povinností stanovených právními předpisy povinen poskytnout pojistníkovi na jeho žádost a náklady příslušný druhopis, pokud dojde ke ztrátě nebo zničení pojistné smlouvy či průkazu pojištěného.

10. Doručování písemností

- 10.1. Písemnosti doručuje pojistitel prostřednictvím pošty, případně jiným vhodným způsobem.
- 10.2. Nebyl-li adresát písemnosti zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, doručí se jiné dospělé osobě bydlící v tomtéž bytě nebo v tomtéž domě, působící v tomtéž místě podnikání anebo zaměstnané na tomtéž pracovišti, je-li ochotna obstarat odevzdání písemnosti. Není-li možno ani takto doručit, písemnost se uloží u pošty, jež adresáta vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Nevyzvedne-li si adresát zásilku do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl. Není-li zjištěn opak, má se za to, že se adresát v místě doručení zdržoval. V případě vrátí-li se zásilka pojistiteli s uvedením důvodu odstěhování se adresáta, považuje se tato dnem vrácení pojistiteli za doručenu.

Zvláštní část

Část A

Pojištění komplexní zdravotní péče cizinců (dále jen „KZP“)

Článek 1

Výklad pojmů

- Komplexní zdravotní péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Komplexní zdravotní péče se skládá z ambulantní i ústavní léčebné péče včetně péče diagnostické, péče preventivní, péče dispenzární, a dále z pohotovostní a záchranné služby, z poskytování léků a dopravy nemocných a z případné repatriace pojištěného nebo tělesných ostatků pojištěného. V tarifu KOMPLEX2 je dále obsažena i péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte. Poskytnutí komplexní zdravotní péče je garantováno v síti smluvních zdravotnických zařízení (tj. zařízení na území ČR, se kterým pojistitel uzavřel smlouvu o poskytování zdravotní péče v souvislosti s tímto pojištěním), a to vždy maximálně v rozsahu zdravotní péče standardně hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR (tj. maximálně v rozsahu zdravotní péče, která je plně, v případě léků i částečně, hrazena z veřejného zdravotního pojištění v ČR a jejíž poskytování popř. hrazení není vázáno na rozhodnutí revizního lékaře, odborné komise nebo jiného orgánu zdravotní pojišťovny - regulační poplatky a doplňky se nepovažují za úhradu zdravotní péče).
- Nutnou a neodkladnou péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému, případně novorozenci pojištěné v rámci tarifu KOMPLEX2. Nutná a neodkladná péče se skládá z nezbytné zdravotnické pohotovostní a záchranné služby, z lékařem indikované přepravy do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení, ze stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných

vyšetření, z nutných a neodkladných zdravotních výkonů včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu, z nezbytné hospitalizace po dobu nezbytně nutnou, a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Současně platí, že výše pojistného plnění poskytnutá nesmluvním zdravotnickým zařízením v ČR (resp. v jiném členském státu Schengenského prostoru) nemůže přesáhnout standardní úhradu z veřejného zdravotního pojištění v ČR (resp. v jiném členském státu Schengenského prostoru), která by náležela za tuto zdravotní péči.

3. Porod pojištěné je událost, která vzniká zahájením prvního s porodem souvisejícího zdravotního výkonu, který není obsažen v těhotenské péči.

Článek 2

Předmět pojištění

1. Předmětem pojištění jsou náklady zdravotní péče poskytnuté pojištěnému v rozsahu maximálně komplexní zdravotní péče. Rozsah pojištění závisí na druhu pobytu pojištěného, na místě pobytu pojištěného a na poskytovateli péče, kterým je buď smluvní nebo nesmluvní zdravotnické zařízení.
2. Tyto náklady musí být způsobeny změnou zdravotního stavu pojištěného popř. potřebou nepříznivým změnám zdravotního stavu pojištěného předcházet.

Článek 3

Pojištěné osoby

1. Pojištěným se může stát jen cizinec v dobrém zdravotním stavu.
2. Nepojistitelné jsou osoby s těžkými nervovými poruchami, osoby s duševními nemocemi a osoby trpící hluchotou (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogová, alkoholová závislost a závislost na léčivech, cirhóza jater, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), TBC, dialýza ledvin, infekce HIV, AIDS.
3. U nepojistitelné osoby nedochází ke vzniku pojistné smlouvy.

Článek 4

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je nemoc, úraz či negativní změna zdravotního stavu pojištěného, v jejímž důsledku bylo nutné poskytnout pojištěnému zdravotní péči nebo asistenční služby v souladu s rozsahem sjednaného pojištění, přičemž vznikla povinnost pojištěného uhradit zdravotnickému zařízení náklady vynaložené na poskytnutí této zdravotní péče nebo povinnost uhradit náklady na asistenční služby jejich poskytovateli.
2. Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady, oprávněně a prokazatelně vynaložené v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy, a to na :
 - a) komplexní zdravotní péči poskytnutou pojištěnému smluvním zdravotnickým zařízením;
 - b) nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému místním nesmluvním zdravotnickým zařízením, a to pouze v nezbytném rozsahu, popř. do dosažení stavu, umožňujícího převoz pojištěného do smluvního zdravotnického zařízení nebo repatriaci;
 - c) poporodní zdravotní péči o novorozence pojištěné v případě tarifu KOMPLEX2;
 - d) repatriaci nemocného pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele
 - e) repatriaci tělesných ostatků pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele.
3. Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti i jejich následky, mezi kterými existuje příčinná, časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.

Článek 5

Pojistné plnění

1. Pojištění se sjednává v rozsahu komplexní péče, která je poskytová-

na maximálně v rozsahu veřejného zdravotního pojištění avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění.

2. Pojištění se vztahuje na:
 - a) ambulantní lékařské ošetření;
 - b) pobyt v nemocnici ve standardním lůžkovém pokoji po dobu nezbytně nutnou, který je podložen lékařskou zprávou;
 - c) obvazový materiál na základě lékařského předpisu;
 - d) léčebné prostředky podmíněné zdravotním ošetřením určené k fixaci končetin;
 - e) rentgenová diagnostika;
 - f) náklady na zdravotně indikovaný převoz do nejbližší vhodné nemocnice, nebo k lékaři;
 - g) bezodkladné operace;
 - h) léky předepsané ambulantně lékařem na jméno pojištěného v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v rozsahu sjednaného tarifu pojištění s výjimkou výluk uvedených v těchto VPP a to do výše limitu sjednaného v pojistné smlouvě. Maximální výše pojistného plnění za úhradu nákladů za lékařem pojištěnému ambulantně předepsaný lék se rovná výši úhrady tohoto léku z veřejného zdravotního pojištění v ČR, která je uvedena v aktuálně platném předpisu MZ (seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění);
 - i) dispensární péči vztahující se k onemocněním a úrazům, jejichž příčina vznikla po počátku pojištění;
 - j) ošetření v souvislosti s alergií, jedná-li se u pojištěné osoby o první výskyt daného typu alergie včetně následujících nezbytných alergologických či imunologických vyšetření – nevztahuje se však na léky a podpůrné přípravky související s diagnózou;
 - k) je-li v době vzniku škodné události platné pojištění typu KOMPLEX2, nebo již skončily čekací lhůty u tarifu KOMPLEX tak je hrazena veškerá lékařská péče, kterou pojištěná osoba podstoupí v souvislosti s těhotenstvím a porodem ve smluvním zařízení pojistitele, nebo jiném zařízení předem schváleném pojistitelem;
 - l) poporodní zdravotní péče o novorozence v případě tarifu KOMPLEX2 a to až do 14 dnů jeho života;
 - m) stomatologické ošetření za účelem odstranění bolesti, zubní výplň v jednoduchém provedení;
 - n) pojistitel poskytne pojistné plnění poskytnutím asistenčních služeb, a to repatriaci nemocného pojištěného či tělesných ostatků pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele po schválení ošetřujícího lékařem pojištěného, nebo odborným lékařem partnera pojistitele, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní či vlastnil, popř. do státu, ve kterém má či měl pojištěný povolen pobyt.
3. Pojištění se vztahuje též na preventivní péči v následujícím rozsahu:
 - a) jednou ročně pro dospělého a jednou ročně pro děti do 18 let preventivní prohlídka u praktického lékaře;
 - b) pro ženy od 15 let jednou ročně preventivní prohlídka u gynekologa;
 - c) jednou ročně preventivní prohlídka u stomatologa;
 - d) povinné očkování do maximálního limitu 1000,-Kč za rok.
4. Výše sjednaného limitu pojistného plnění na jednu pojistnou událost činí 60.000 EUR, pokud není v pojistné smlouvě sjednáno jinak.
5. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud případné plnění z jedné škodní události nepřesáhne 100,-Kč.

Článek 6

Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na události, které nastaly
 - a) před zaplacením pojistného;
 - b) mimo území ČR v souvislosti s jiným než s turistickým pobytem pojištěného;
 - c) mimo území ČR pod vlivem alkoholu, drog či jiných psychotropních látek nebo byly záměrně způsobeny.
2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případě:
 - a) nemocí a úrazů, ke kterým došlo v souvislosti s válečnými událost-

mi, občanskou válkou, občanskými nepokoji, akty násilí včetně teroristických, na nichž se pojištěný aktivně podílel; pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací; účinky chemických nebo biologických zbraní;

- b) umělého oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti či sterility, anti-koncepce a výkonů s ní souvisejících, interrupce bez dokumentované závažné zdravotní indikace;
- c) fyzikální péče či pobytu v lázních, sanatoriích, léčebnách, ozdravných, léčebných ústavech apod.;
- d) kosmetické ošetření a jeho následků, chiropraktických výkonů nebo terapií, akupunktury či homeopatie, úprav zubů a čelistí, zhotovení a opravy protéz, ortéz, epitéz, brýlí, kontaktních čoček, naslouchacích přístrojů, elektrických vozíků a myoelektrických protéz, léčení vady řeči;
- e) vyšetření a léčení duševních i psychických poruch nesouvisejících s léčením úrazu nebo onemocnění, na které se pojištění vztahuje; psychologická vyšetření a psychoterapie; léčení závislosti včetně vyšetření;
- f) vyšetření a léčení pohlavních nemocí nebo AIDS včetně vyšetření na HIV pozitivitu;
- g) provedení výkonů mimo zdravotnické zařízení, které neprovádí lékař nebo zdravotní sestra mající k výkonu kvalifikaci, nebo na léčení, které není vědecky nebo lékařsky uznávané, nebo ve zdravotnickém zařízení, které tuto péči standardně neposkytuje občanům ČR (např. soukromé kliniky);
- h) rehabilitace, výcvikové terapie a nácvik soběstačnosti s výjimkou pouřazových nebo pooperačních výkonů;
- i) léčení chronické ledvinové nedostatečnosti hemodialýzou či peritoneální hemodialýzou, léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve, inzulínové terapie (s výjimkou diabetu u pojištěných do 15 let věku a poskytnutí první pomoci), virové hepatitidy, pokud byla její diagnóza stanovena do 6 měsíců od počátku pojištění, orgánové transplantace, léčení růstovým hormonem, léčení vrozených vad a nemocí či úrazů zjištěných před počátkem pojištění;
- j) nemocí a úrazů, ke kterým došlo v souvislosti s provozováním veřejně organizovaných sportovních soutěží, zápasů nebo závodů v jakémkoli druhu sportu, profesionálně provozovaného jakéhokoli druhu sportu. Tato výlučka se neuplatňuje, pokud je sjednán tarif KOMPLEX+;
- k) událostí, jejichž příznaky nastaly již před uzavřením pojistné smlouvy nebo musely být pojištěnému nebo pojistníku před uzavřením pojistné smlouvy známy;
- l) událostí, kdy pojištěný vycestoval do ČR či jiného členského státu Schengenského prostoru za účelem čerpání zdravotní péče nebo podstoupení lékařského zákroku;
- m) událostí, vzniklých po odmítnutí vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel nebo jeho partner;
- n) úhrady léků nebo zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem;
- o) poporodní péče o novorozence, narozené pojištěné osobě v době pojištění, pokud nebyl sjednán tarif KOMPLEX2.

Část B Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců (dále jen „NNP“)

Článek 1 Výklad pojmů

1. Nutnou a neodkladnou péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému. Nutná a neodkladná péče se skládá z nezbytné zdravotnické pohotovostní a záchranné služby, z lékařem indikované přepravy do nejbližšího odborně příslušného zdravotnického zařízení, ze stanovení diagnózy a léčebného postupu včetně nezbytných vyšetření, z nutných a neodkladných zdravotních výkonů včetně nezbytných léků a zdravotnického materiálu, z nezbytné hospitalizace po dobu nezbytně nutnou, a to maximálně v rozsahu nutné a neodkladné péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Současně platí, že výše pojistného plnění poskytnutá nesmluvním zdravotnickým zařízením v ČR (resp. v jiném členském státu Schengenského prostoru) nemůže přesáhnout standardní úhradu z veřejného zdravotního pojištění v ČR (resp. v jiném členském státu Schengenského prostoru), která by náležela za tuto zdravotní péči.

Článek 2 Předmět pojištění

1. Předmětem pojištění jsou náklady zdravotní péče poskytnuté pojištěnému v rozsahu maximálně nutné a neodkladné zdravotní péče. Rozsah pojištění závisí na druhu pobytu pojištěného.

Článek 3 Pojištěné osoby

1. Pojištěným se může stát jen cizinec v dobrém zdravotním stavu.
2. Nepojiřitelné jsou osoby s těžkými nervovými poruchami, osoby s duševními nemocemi a osoby trpící hluchotou (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogová, alkoholová závislost a závislost na léčivech, cirhóza jater, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), TBC, dialýza ledvin, infekce HIV, AIDS.
3. U nepojiřitelné osoby nedochází ke vzniku pojistné smlouvy.

Článek 4 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je akutní onemocnění nebo úraz pojištěného, v jejímž důsledku bylo nutné poskytnout pojištěnému zdravotní péči či nebo asistenční služby v souladu s rozsahem sjednaného pojištění, přičemž vznikla povinnost pojištěného uhradit zdravotnickému zařízení náklady vynaložené na poskytnutí této zdravotní péče nebo povinnost uhradit náklady na asistenční služby jejich poskytovateli.
2. Předmětem pojistného plnění jsou nutné a přiměřené náklady, oprávněně a prokazatelně vynaložené v souladu s platnými zdravotnickými a právními předpisy, a to na:
 - a) nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému smluvním zdravotnickým zařízením;
 - b) nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému místním nesmluvním zdravotnickým zařízením, a to pouze v nezbytném rozsahu, popř. do dosažení stavu, umožňujícího převoz pojištěného do smluvního zdravotnického zařízení nebo repatriaci;
 - c) repatriaci nemocného pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele;
 - d) repatriaci tělesných ostatků pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele.
3. Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti i jejich následky, mezi kterými existuje příčinná, časová nebo jiná příjma souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.

Článek 5 Pojistné plnění

1. Pojištění se sjednává v rozsahu nutné a neodkladné péče, která je poskytována maximálně v rozsahu veřejného zdravotního pojištění avšak se sjednanými výlukami z pojištění a se sjednanými limity pojistného plnění.
2. Pojištění se vztahuje na:
 - a) ambulantní lékařské ošetření;
 - b) pobyt v nemocnici ve standardním lůžkovém pokoji po dobu nezbytně nutnou, který je podložen lékařskou zprávou, tj. léčení, zákroky a operace, které nebylo možné s ohledem na zdravotní stav pojištěného odložit;
 - c) obvazový materiál na základě lékařského předpisu;
 - d) léčebné prostředky podmíněné zdravotním ošetřením určené k fixaci končetin;
 - e) rentgenová diagnostika;
 - f) náklady na zdravotně indikovaný převoz do nejbližší vhodné nemocnice, nebo k lékaři;
 - g) bezodkladné operace;
 - h) léky předepsané ambulantně lékařem na jméno pojištěného v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v rozsahu sjednaného tarifu pojištění s výjimkou výluk uvedených v těchto VPP a to do výše limitu sjednaného v pojistné smlouvě. Maximální výše pojistného plnění za úhradu nákladů za lékařem pojištěnému ambulantně pře-

depsaný lék se rovná výši úhrady tohoto léku z veřejného zdravotního pojištění v ČR, která je uvedena v aktuálně platném předpisu MZ (seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění);

- i) stomatologické ošetření za účelem odstranění bolesti, zubní výplň v jednoduchém provedení;
 - j) pojistitel poskytne pojistné plnění poskytnutím asistenčních služeb, a to repatriací nemocného pojištěného či tělesných ostatků pojištěného, která je organizována partnerem pojistitele po schválení ošetřujícím lékařem pojištěného, nebo odborným lékařem partnera pojistitele, a to do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní či vlastní, popř. do státu, ve kterém má či měl pojištěný povolen pobyt.
3. Výše sjednaného limitu pojistného plnění na jednu pojistnou událost činí 60.000 EUR, pokud není v pojistné smlouvě sjednáno jinak
 4. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud případné plnění z jedné škodní události nepřesáhne 100,-Kč.

Článek 6

Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na události, které nastaly
 - a) před zaplacením pojistného;
 - b) mimo území ČR v souvislosti s jiným než s turistickým pobytem pojištěného;
 - c) mimo území ČR pod vlivem alkoholu, drog či jiných psychotropních látek nebo byly záměrně způsobeny.
2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případě:
 - a) nemocí a úrazů, ke kterým došlo v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji, akty násilí včetně teroristických, na nichž se pojištěný aktivně podílel,; pronikavou radiací, nukleární reakcí nebo radioaktivní kontaminací; účinky chemických nebo biologických zbraní;
 - b) vyšetření ke zjištění těhotenství, jakékoliv komplikace po 26. týdnu těhotenství, porodu, umělého oplodnění, vyšetření a léčení neplodnosti či sterility, antikoncepce a výkonů s ní souvisejících, interrupce bez dokumentované závažné zdravotní indikace;
 - c) fyzikální péče či pobytu v lázních, sanatoriích, léčebnách, ozdravných, léčebných ústavech apod.;
 - d) kosmetické ošetření a jeho následků, chiropraktických výkonů nebo terapií, akupunktury či homeopatie, úprav zubů a čelistí, zhoto-

vení a opravy protéz, ortéz, epitéz, brýlí, kontaktních čoček, naslouchacích přístrojů, elektrických vozíků a myoelektrických protéz, léčení vady řeči;

- e) vyšetření a léčení duševních i psychických poruch nesouvisejících s léčením úrazu nebo onemocnění, na které se pojištění vztahuje; psychologická vyšetření a psychoterapie; léčení závislostí včetně vyšetření;
- f) vyšetření a léčení pohlavních nemocí nebo AIDS včetně vyšetření na HIV pozitivitu;
- g) provedení výkonů mimo zdravotnické zařízení, které neprovádí lékař nebo zdravotní sestra mající k výkonu kvalifikaci, nebo na léčení, které není vědecky nebo lékařsky uznávané, nebo ve zdravotnickém zařízení, které tuto péči standardně neposkytuje občanům ČR (např. soukromé kliniky);
- h) rehabilitace, výcvikové terapie a nácviku soběstačnosti s výjimkou poúrazových nebo pooperačních výkonů;
- i) léčení chronické ledvinné nedostatečnosti hemodialýzou či peritoneální hemodialýzou, léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve, inzulínové terapie (s výjimkou diabetu u pojištěných do 15 let věku a poskytnutí první pomoci), virové hepatitidy, pokud byla její diagnóza stanovena do 6 měsíců od počátku pojištění, orgánové transplantace, léčení růstovým hormonem, léčení vrozených vad a nemocí či úrazů zjištěných před počátkem pojištění;
- j) nemocí a úrazů, ke kterým došlo v souvislosti s provozováním veřejně organizovaných sportovních soutěží, zápasů nebo závodů v jakémkoli druhu sportu, profesionálně provozovaného jakéhokoli druhu sportu. Tato výluka se neuplatňuje, pokud je sjednán tarif KOMPLEX+;
- k) událostí, jejichž příznaky nastaly již před uzavřením pojistné smlouvy nebo musely být pojištěnému nebo pojistníku před uzavřením pojistné smlouvy známy;
- l) událostí, kdy pojištěný vycestoval do ČR či jiného členského státu Schengenského prostoru za účelem čerpání zdravotní péče nebo podstoupení lékařského zákroku;
- m) událostí, vzniklých po odmítnutí vyšetření lékařem, kterého určí pojistitel nebo jeho partner;
- n) úhrady léků nebo zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem;
- o) poporodní péče o novorozence, narozené pojištěné osobě v době pojištění, pokud nebyl sjednán tarif KOMPLEX2.

Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.9.2011.