



Obsah dokumentu

Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Health Insurance

Poistné podmienky pre zdravotné poistenie cudzincov

Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Comprehensive Health Insurance

Supplementary Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Health Insurance, applicable to the Schengen Area and Transit Countries

Poistné podmienky komplexného zdravotného poistenia cudzincov

Doplnkové poistné podmienky zdravotného poistenia cudzincov pre Schengenský priestor a tranzitné krajiny



Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Health Insurance

for Necessary and Urgent Care ITC FHINU SK dated 1 September 2014

Article 1. General Provisions

1. Foreigners' health insurance for necessary and urgent care shall be governed by Act No. 40/1964 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 Foreigners' Health Insurance for Necessary and Urgent Care, of 1 August 2014 (hereinafter the ITC FHINU SK) are an integral part. Insurance shall be governed by the laws of the Slovak Republic.
2. The insurer means INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., 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, engaged in the insurance business on the basis of the free provision of services, supervised by the National Bank of Belgium, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Brussels, Belgium (hereinafter the Insurer).

Article 2. Definition of Terms

Acute illness is a sudden disorder in the insured party's health, which occurs within the insurance term and the nature of which directly threatens the life or health of the insured party independently of his 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 his 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 the application, investigation and liquidation of insurance claims. The assistance service or representative authorised by the insurer have the right to act on behalf of the insurer in all insurance claims defined by these ITC FHINU SK. 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 the insurance whether and when it will occur.

Dangerous and high-risk sports and activities are activities, the dangerous nature of which substantially ex-

ceeds 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.

Authorised 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. 116 of the Civil Code, i.e., a relative in direct lineage, sibling, spouse; 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 justly feel this to be harm to his own person. Relatives shall be deemed to include in-laws and persons who permanently cohabit.

Insured party is the natural personal nominally or otherwise clearly identified when the insurance was concluded, to whose health the insurance applies, and 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 authorised 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. 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.

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.

Damage claim is an occurrence from which damage arose and which may be a reason giving rise to 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.

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 stipulated 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 euros.
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 authorised 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 SK;
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 SK. The obligation to provide fulfilment is limited by the exceptions and insurance indemnification limits.
2. Events that arise from a single cause and include all the circumstances and their effects, among which there is a causal or time or other direct connection, are considered to constitute 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 determine 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 in the case of 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 SK; 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.
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 7 of these ITC FHINU SK. The said insurance indemnification limits apply to one insurance claim. Regardless of changes in the exchange rate of the EUR to the specific national currency, the insurer guarantees an insurance indemnification limit of EUR 60,000 converted according to the exchange rate of the National Bank of Slovakia valid on the date of establishment of insurance event.
2. The insurer decides about insurance indemnification and its amount according to these ITC FHINU SK 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 authorised 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 authorised 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 authorised person, has given its consent. Should the insured party or the authorised person fail to grant their consent to the insurer, or revoke 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 im-

Article 6. Insurance indemnification

Foreigners' health insurance for necessary and urgent care	Insurance indemnification limits
Total limit	60,000 €
Repatriation and transport	Real costs up to the total limit
Dental treatment	200 €

pact 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 authorised 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 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 at-

tending 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 authorised 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;
- i) the damage claim occurred in connection to the active or passive participation of the insured party 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 authorised person or other party based on the initiative of the insured party or authorised 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 of the insured party or the person claiming insurance indemnification 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 or the person claiming insurance indemnification;
- o) the damage claim occurred in connection to the consumption of alcohol or other narcotic, toxic or psychotropic substances;
- 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;
- 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 authorised 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. The policy holder, the insured party, and the authorised person shall, at the insurer's request, provide their personal information, including personal identification number, personal information of all of the persons concerned, other identification information, and a contact telephone number for the purpose of their identification, of the conclusion of the insurance contract, insurance administration, and other purposes.
2. The insurer, as the operator of an information system within the meaning of Act No. 122/2013 Coll., on the Protection of Personal Information and on Amending and Supplementing Certain Acts (hereinafter referred to as "Act No. 122/2013 Coll."), processes personal information of the policy holder and of the insured party to the extent specified in the draft insurance contract and/or any personal information obtained in connection with the exercise of rights and performance of obligations, whether statutory or those arising from the insurance contract, on the basis of the specific Act. The operator obtains personal information for the purpose of fulfilling contractual and statutory obligations for the time required for ensuring the rights and obligations arising from this contractual relationship and for the time arising from generally binding legislation.
3. By entering into the insurance contract, the policy holder confirms that he was, prior to the provision of his personal information, informed within the meaning of Section 15 of Act No. 122/2013 Coll.
4. By entering into the insurance contract, the policy holder understands that the provision of that personal information is voluntary, but required for the conclusion of the insurance contract.
5. The policy holder also grants its consent with the cross-border transmission of the personal information provided by him to European Union member states and also to third countries.
6. Should the insurer have an obligation to inform the client pursuant to Act No. 122/2013 Coll., this obligation to inform may be fulfilled by publishing a notice on the insurer's website at <http://www.axa-assistance.sk> or through the insurer's contact centre. The insurer's website also features a list of intermediaries, third parties, and recipients of personal information within the meaning of Act No. 122/2013 Coll.
7. The rights of the policy holder and persons concerned in connection with the processing of their personal information are stipulated by Act No. 122/2013 Coll., in particular their right to receive confirmation as to whether the personal information of a concerned person is being processed; the right to the list of personal information of the concerned person that is subject to processing, and the right to have any personal information which is incorrect, incomplete, or out of date corrected or destroyed.

8. By expressing his consent in the contract, the policy holder grants his consent to the use of the following personal information:

- title, first name, surname
- address of permanent residence / registered seat
- mailing address
- telephone number and e-mail address

for the purpose of the product offer of the insurer and third persons from the AXA or AXA ASSISTANCE Financial Groups, pursuant to paragraph 9 of this Article, as well as to persons who are the insurer's contractual partners, for the purpose of offering their trade, services, and marketing. This consent may be withdrawn at any point in writing. This consent (unless it has been withdrawn in writing) is being granted by the policy holder to the insurer for the entire duration of their mutual obligations arising from or related to the insurance contract and for another 5 years after the settlement of the said obligations.

9. By entering into the insurance contract, the policy holder agrees to the provision of information about facts pertaining to its insurance to other insurers.

10. The AXA Financial Group or AXA ASSISTANCE in Slovakia:

- AXA d.s.s., a.s., with its registered seat on Kolárska 6, Bratislava 811 06, ID No.: 35 903 821, registered in the Commercial Register of the District Court in Bratislava I, section: Sa, entry: 3441/B,
- AXA d.d.s., a.s., with its registered seat on Kolárska 6, Bratislava 811 06, ID No.: 35 977 540, registered in the Commercial Register of the District Court in Bratislava I, section: Sa, entry: 3804/B,
- AXA životní pojišťovna a.s., with its registered seat on Lazarská 13/8, 120 00 Prague 2, Czech Republic, ID No.: 618 59 524, a company registered in the Commercial Register of the Municipal Court in Prague, section B, entry no. 2831, acting through its branch in the Slovak Republic: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, with its registered seat on Kolárska 6, 811 06 Bratislava, ID No.: 35 968 079, registered in the Commercial Register of the District Court in Bratislava I, section Po, entry no. 1327/B,
- AXA pojišťovna a.s., with its registered seat on Lazarská 13/8, 120 00 Prague 2, Czech Republic, ID No.: 281 95 604, the company registered in the Commercial Register of the Municipal Court in Prague, section B, entry no. 12826, acting through its branch in the Slovak Republic: AXA pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, with its registered seat on Kolárska 6, 811 06 Bratislava, a company registered in the Commercial Register of the District Court in Bratislava I, v odd. Po, entry no. 1576/B, ID No. 36 857 521,
- AXA investiční společnost a.s., with its registered seat on Lazarská 13/8, 120 00 Prague 2, Czech Republic, ID No.: 645 79 018, registered in the Commercial Register of the Municipal Court in Prague, section: B, entry no.: 7462, through its branch in the Slovak Republic: AXA investiční společnost a.s., organizačná zložka Slovensko, Kolárska 6, 811 06 Bratislava, ID No.: 36 770 540, registered in the Commercial Register of the District Court in Bratislava I, section: Po, entry no.: 1475/B
- AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., with its registered seat on Hvězdova 1689/2a, 140 62 Prague 4, Czech Republic, ID No.: 25695215, the company is registered in the

Commercial Register of the Municipal Court in Prague, section C, entry no. 61910, acting through its branch in the Slovak Republic: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., organizačná zložka Bratislava, with its registered seat on Zámocká 30, 811 01 Bratislava, a company registered in the Commercial Register of the District Court in Bratislava I, v odd. Po, entry no. 1171/B, ID No. 35 897 741.

Article 10. Form of legal actions, Delivery of Correspondence

1. Legal actions aimed at the conclusion, modification or termination of an 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 authorised person.
5. The mailing address for all correspondence designated for the insurer shall be delivered to the insurer's authorised representative, AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4, Czech Republic. Delivery to the authorised representative of the insurer shall be deemed to constitute delivery to the insurer.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. Any and all legal actions and notices pertaining to insurance shall be made in Czech or in Slovak.

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. 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.
2. 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 authorised to demand payment of a contractual fine by the policyholder in the amount of the premium from the insurance contract, from which the policyholder notified its intent to withdraw.
3. If the policyholder is simultaneously the insured party, all the obligations of the insured party will apply to him.

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 he 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 in accordance therewith. 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, he is obliged to do so as soon as the conditions of damage claim development allow.
3. In the event of illness or injury, the insured party is obliged to seek medical treatment without undue delay, present his 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 his 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 he claims 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 SK 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 his 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 health-care facility in the country whose passport the insured party holds, 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 his own expense the translation into Slovak 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, he is obliged to inform the insurer of this fact.
 9. Anyone who requests 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 authorised 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 authorised 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 breached his obligations stipulated in these ITC FHINU SK, the insurer is authorised to reduce insurance indemnification proportionally or refuse it altogether.
 5. If the insured party breached his obligations set out in these ITC FHINU SK and the insurer incurred any or increased costs for investigating the damage claim as a result, the insurer is authorised to demand compensation of these costs from the insured party.

Article 12. Final provisions

- 1.** These ITC FHINU SK are an integral part of the insurance contract.
- 2.** These ITC FHINU SK are compiled in Slovak, Russian, and English versions. In the case of disputes, the Slovak version is superseding.
- 3.** The language for communication is Slovak, Czech or English.
- 4.** If these ITC FHINU SK of the insurer refer to generally binding legal regulations, these refer to legal regulations valid and effective in the Slovak Republic.
- 5.** If an agreement is not reached between the parties to the insurance, any disputes arising from insurance or occurring in relation thereto shall be resolved by the courts of the Slovak Republic according to generally binding legal regulations.
- 6.** Should any provision of these ITC FHINU SK become invalid or disputed due to changes in generally binding legal regulations, such generally binding legal regulation will be used as is most appropriate in its nature and purpose.
- 7.** If at any time in the insurance term the insured party revokes his consent to determine his 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.** A condition of the effect and duration of insurance is the insured party having legal residence in the Schengen Area, provided that stipulated legal regulations are fulfilled.
- 9.** The insurer's costs related to the establishment and administration of insurance amount to 20% from the unused insurance premium.
- 10.** These ITC FHINU SK shall come into effect on 1 September 2014.



Poistné podmienky pre zdravotné poistenie cudzincov

pre prípad nutnej a neodkladnej starostlivosti PP NZPC SK
zo dňa 1. septembra 2014

Článok 1. Úvodné ustanovenia

1. Pre zdravotné poistenie cudzincov pre prípad nutnej a neodkladnej starostlivosti platí zákon č. 40/1964 Zb., Občiansky zákonník, v platnom znení (ďalej len Občiansky zákonník) a ustanovenia poistnej zmluvy, ktorej neoddeliteľnou súčasťou sú tieto Poistné podmienky pre zdravotné poistenie cudzincov pre prípad nutnej a neodkladnej starostlivosti zo dňa 1. augusta 2014 (ďalej len PP NZPC SK). Poistenie sa riadi právnym poriadkom Slovenskej republiky.
2. Poistiteľom sa rozumie INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, so sídlom Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgicko, zapísaný v obchodnom registri vedenom Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračným číslom 0415591055, ktorý vykonáva poisťovaciu činnosť na základe slobodného poskytovania služieb a nad činnosťou ktorého vykonáva dohľad National Bank of Belgium, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Brusel, Belgicko (ďalej len poistiteľ).

Článok 2. Výklad pojmov

Akútne ochorenie je náhla porucha zdravia poisteného, ktorá vznikla v priebehu trvania poistenia a ktorá svojím charakterom priamo ohrozuje život alebo zdravie poisteného nezávisle od jeho vôle a vyžaduje nutné a neodkladné liečenie. Akútnym ochorením nie je taká porucha zdravia, keď sa liečenie začalo už pred začiatkom poistenia alebo keď sa porucha zdravia prejavila už pred začiatkom poistenia, i keď nebola lekárske vyšetrená alebo liečená. Akútnym ochorením ďalej nie je taká porucha zdravia poisteného, keď je lekárska starostlivosť vhodná a účelná, no odkladná a je možné ju poskytnúť až po návrate na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, prípadne do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt.

Asistenčná služba je právnická osoba, ktorá v mene a v zastúpení poistiteľa poskytuje poistenému alebo oprávnenej osobe poistné plnenie a súvisiace asistenčné služby. Asistenčná služba zastupuje poistiteľa pri uplatňovaní, vyšetrovaní a likvidácii poistných udalostí. Asistenčná služba alebo iný poistiteľom poverený zástupca majú právo konať v mene poistiteľa pri všetkých poistných udalostiach vymedzených týmito PP NZPC SK. Adresa asistenčnej služby: AXA Assistance CZ, s. r. o., Hvězdoва 1689/2a, 140 62, PRAHA 4 – Pankrác, Česká republika.

Cudzinec je fyzická osoba, ktorá nie je štátnym občanom krajiny, do ktorej cestuje, a pre ktorú si uzatvára toto poistenie.

Náhodná udalosť je udalosť, o ktorej sa odôvodnene predpokladá, že môže počas trvania poistenia nastať, no v čase uzatvorenia poistenia nie je zrejmé, či a kedy nastane.

Nebezpečné a rizikové druhy športov a aktivít sú také aktivity, ktorých nebezpečnosť výrazne prekračuje bežné riziko pri športovej činnosti, ako napríklad skoky na lane,

na lyžiach, padákom, bezmotorové a motorové lietanie všetkého druhu, horolezectvo všetkého druhu, vodné lyžovanie, splavovanie riek všetkého druhu, potápanie všetkého druhu, skialpinizmus, lyžovanie a snoubording mimo vyznačenej trate alebo mimo stanoveného času prevádzky na vyznačených tratiach, akrobatické lyžovanie, jazda na boboch a skiboboch, snowrafting, motoristické športy všetkého druhu, motorové športy na snehu, lade a vode, canyoning a speleológia, kaskadérstvo, bojové športy, terénne zjazdy na horských bicykloch, jazda na koni, skatebode, skeletone, in-line korčuľoch a aktivity vedúce k prekonaniu športových rekordov a ďalšie extrémne a adrenalínové športy. O nebezpečnosti športov a aktivít rozhoduje poistiteľ.

Oprávnená osoba je osoba, ktorej v dôsledku poistnej udalosti vzniká právo na poistné plnenie.

Osoba blízka poistenému je osoba podľa § 116 Občianskeho zákonníka, t. j. príbuzný v rade priamom, súrodenec, manžel; iné osoby v pomere rodinnom alebo obdobnom sa pokladajú za osoby seba navzájom blízke, ak by ujmu, ktorú utrpela jedna z nich, druhá dôvodne pocítovala ako ujmu vlastnú. Predpokladá sa, že osobami blízkymi sú aj osoby vo vzťahu švagor alebo švagriná alebo osoby, ktoré spolu trvalo žijú.

Poistená osoba (poistený) je fyzická osoba, ktorá je menovite, prípadne iným jednoznačným spôsobom, uvedená pri uzatvorení poistenia a na ktorej zdravie sa poistenie vzťahuje, prípadne ktorej práva a oprávnené záujmy sú predmetom poistenia.

Poistenie je právny vzťah založený poistnou zmluvou, ktorou sa poistiteľ zaväzuje voči poistníkovi poskytnúť jemu alebo tretej osobe poistné plnenie, ak nastane náhodná udalosť krytá poistením (poistná udalosť), a poistník sa zaväzuje zaplatiť poistiteľovi poistné.

Poistná doba je obdobie, na ktoré je uzatvorené poistenie.

Poistná udalosť je náhodná udalosť krytá poistením bližšie označená v poistnej zmluve alebo poistných podmienkach, ktorá nastane počas poistnej doby a na základe ktorej vzniká poistiteľovi povinnosť poskytnúť poistníkovi alebo tretej osobe poistné plnenie podľa ustanovení týchto poistných podmienok.

Poistné plnenie je plnenie, ktoré je poistiteľ povinný poskytnúť, ak nastala poistná udalosť; poistiteľ ho poskytne v súlade s obsahom poistných podmienok a/alebo zmluvných ustanovení k poisteniu.

Poistník je osoba, ktorá s poistiteľom uzavrela poistnú zmluvu.

Profesionálny šport je dosahovanie športových výsledkov za odmenu alebo inú odmenu.

Schengenský priestor je územie väčšiny európskych štátov (krajín Schengenskej dohody), na ktorom môžu osoby prekračovať hranice zmluvných štátov na ktoromkoľvek mieste bez toho, aby museli prejsť hraničnou kon-

trolou. Na účely tohto poistenia sa za Schengenský priestor považujú iba tie oblasti krajín Schengenskej dohody, ktoré sa nachádzajú na geografickom území Európy.

Zmluvnými štátmi sú prevažne krajiny Európskej únie, ale aj niektoré nečlenské krajiny EÚ. Do Schengenského priestoru spadajú aj niektoré zo zámorských území členských krajín.

Škodová udalosť je skutočnosť, z ktorej vznikla škoda a ktorá by mohla byť dôvodom vzniku práva na poistné plnenie.

Teroristický akt je použitie sily alebo násilia alebo hrozba použitia sily alebo násilia akejkoľvek osoby alebo skupiny ľudí samostatne alebo v niečí prospech alebo v spolupráci s akoukoľvek organizáciou alebo vládou, spáchané z politického, náboženského, ideologického alebo etnického dôvodu alebo účelu, spôsobujúce ujmu na ľudskom zdraví, hmotnom alebo nehmotnom majetku alebo infraštruktúre, vrátane úmyslu ovplyvňovať akúkoľvek vládu, zastrašovať obyvateľstvo alebo časť obyvateľstva.

Úraz je neočakávané a náhle pôsobenie vonkajších síl alebo vlastnej telesnej sily nezávisle od vôle poisteného, ku ktorému došlo počas trvania poistenia a ktorým bolo poistenému spôsobené poškodenie zdravia alebo smrť.

Verejne organizovaná športová súťaž (ďalej len súťaž) je súťaž organizovaná akoukoľvek telovýchovnou či inou organizáciou, športovým či iným klubom, ako aj všetka príprava na túto činnosť alebo vopred organizovaná výprava s cieľom dosiahnutia zvláštnych športových výsledkov.

Závažná choroba je choroba, ktorá by mohla ohroziť verejné zdravie, alebo choroba a postihnutie, ktoré by mohlo závažným spôsobom ohroziť verejný poriadok.

Článok 3. Vznik, trvanie a zánik poistenia, poistná doba, poistné

1. Poistná zmluva, ktorej predmetom je poistenie, je uzatvorená zaplatením poistného vo výške uvedenej v návrhu poistnej zmluvy.
2. K uzatvoreniu poistnej zmluvy je potrebné, aby bol návrh poistnej zmluvy prijatý zaplatením poistného najneskôr do 30 dní odo dňa, keď záujemca o poistenie prijal návrh poistnej zmluvy. V prípade, že poistník neuhradí poistné v lehote uvedenej v predchádzajúcej vete, platnosť návrhu poistnej zmluvy zaniká.
3. Poistiteľ stanoví poistné podľa rozsahu poistenia, ohodnotenia rizika, limitu poistného plnenia, prípadne ďalších skutočností rozhodujúcich o jeho výške. Poistné je jednorazové, jeho výška je uvedená v poistnej zmluve a je splatné v eurách.
4. Zaplatením poistného sa rozumie:
 - a) okamih, keď bolo poistné pripísané na účet poskytovateľa platobných služieb poistiteľa, ak platí poistník poistné poistiteľovi,
 - b) okamih, keď bolo poistné pripísané na účet poskytovateľa platobných služieb zástupcu poistiteľa, ak platí poistník poistné zástupcovi poistiteľa,
 - c) odovzdanie hotovosti poistiteľovi, ak platí poistník poistné v hotovosti priamo poistiteľovi alebo ním poverenému zamestnancovi,
 - d) odovzdanie hotovosti zástupcovi poistiteľa, ak platí poistník poistné v hotovosti zástupcovi poistiteľa.
5. Poistiteľ má právo na poistné za celú poistnú dobu, ak nie je v poistnej zmluve alebo týchto PP ZPCK SK uvedené inak.
6. Ak je uzatvorená poistná zmluva podľa ustanovení odseku 1 a 2 tohto článku, poistenie vzniká (t. j. je účinné)

od 00.00 hodiny dňa uvedeného v poistnej zmluve ako deň začiatku poistenia.

7. Poistenie sa uzatvára na poistnú dobu uvedenú v poistnej zmluve a končí sa o 24.00 hodine dňa uvedeného v poistnej zmluve ako deň konca poistenia.
8. Poistenie zaniká:
 - a) uplynutím poistnej doby poistenia;
 - b) písomnou dohodou zmluvných strán;
 - c) výpoveďou poistiteľa alebo poistníka;
 - d) ďalšími spôsobmi uvedenými v Občianskom zákonníku.
9. Písomnou dohodou je možné ukončiť poistenie iba za predpokladu, že písomná dohoda bude uzatvorená najneskôr v deň uvedený v poistnej zmluve ako deň začiatku poistenia; v takom prípade vráti poistiteľ poistníkovi zaplatené poistné znížené o náklady spojené s uzatvorením poistnej zmluvy a jej správou, ktoré predstavujú 20% predpísaného poistného. Poistník a poistený sú povinní vrátiť poistiteľovi všetky dokumenty potvrdzujúce uzatvorenie poistenia.
10. Ak zanikne poistenie pred uplynutím poistnej doby z iného dôvodu než uvedeného v predchádzajúcom odseku, náleží poistiteľovi poistné do konca poistnej doby, ak nie je v Občianskom zákonníku alebo v poistnej zmluve uvedené inak.
11. Poistenie nemôže byť počas poistnej doby prerušené.
12. Skutočnosť, že sa poistený stane účastníkom verejného zdravotného poistenia, nie je dôvodom zániku tohto poistenia.

Článok 4. Územný rozsah, typy poistenia

1. Poistenie sa vzťahuje len na poistné udalosti, ktoré vznikli na území Schengenského priestoru, s výnimkou štátu, ktorého je poistený štátnym občanom alebo v ktorom má poistený trvalé bydlisko alebo je účastníkom verejného zdravotného poistenia.
2. Poistenie sa vzťahuje na turistický, študijný aj pracovný pobyt.

Článok 5. Poistná udalosť

1. Poistnou udalosťou je náhle akútne ochorenie alebo úraz poisteného, ku ktorému došlo v čase účinnosti poistenia a ktoré vyžaduje nutné a neodkladné liečenie, s ktorým je podľa týchto PP NZPC SK spojený vznik povinnosti poistiteľa plniť. Povinnosť plniť je obmedzená výlukami a limitmi poistného plnenia.
2. Udalosti vzniknuté z jednej príčiny a zahrňujúce všetky skutočnosti a ich následky, medzi ktorými existuje príčinná a časová alebo iná priama súvislosť, sa považujú za jednu poistnú udalosť.
3. Poistným nebezpečenstvom je zmena zdravotného stavu poisteného v dôsledku náhleho akútneho ochorenia alebo úrazu.
4. Poistiteľ hradí v súvislosti s poistnou udalosťou primerané a účelne vynaložené náklady na:
 - a) nutné a neodkladné vyšetrenie potrebné na stanovenie diagnózy a liečebného postupu;
 - b) nutné a neodkladné ambulantné lekárske ošetrenie;
 - c) nutný a neodkladný pobyt v zdravotníckom zariadení (hospitalizácia) v štandardnej izbe so štandardným vybavením a štandardnou lekárskou starostlivosťou na čas nevyhnutný; diagnostické vyšetrenia, liečenie vrátane operácie, anestézie, lieky, zdravotnícky materiál a nemocničnú stravu;

- d) lieky predpísané lekárom v súvislosti s poistnou udalosťou a zodpovedajúce nutnej a neodkladnej starostlivosti;
- e) nutné a neodkladné ošetrovanie zubným lekárom pri akútnych bolestivých stavoch zubov, liečených extrakciou alebo jednoduchou výplňou (vrátane RTG), a ošetrovanie s cieľom bezprostrednej úľavy od bolesti vzťahujúcej sa na sliznice dutiny ústnej, a to do limitu poistného plnenia uvedeného v PP NZPC SK; ošetrovanie zubov v dôsledku úrazu nie je týmto limitom obmedzené;
- f) prepravu z miesta úrazu alebo ochorenia do najbližšieho vhodného zdravotníckeho zariadenia, ak poistený nie je zo zdravotných dôvodov schopný prepravy verejným dopravným prostriedkom;
- g) prepravu od lekára do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia do iného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia, ak to stav poisteného vyžaduje a ošetrojúci lekár ju predpíše;
- h) prepravu zo zdravotníckeho zariadenia späť do miesta pobytu na území Schengenského priestoru, ak nie je zo zdravotných dôvodov možné na prepravu použiť verejný dopravný prostriedok;
- i) repatriáciu poisteného späť na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, prípadne do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt, a to v prípade, že je naďalej nutné pokračovať v liečení a zároveň zdravotný stav poisteného repatriáciu umožňuje; poisťiteľ alebo asistenčná služba si vyhradzuje právo vopred rozhodnúť o nutnosti repatriácie poisteného, o termíne repatriácie a o spôsobe dopravy, nielen na základe podkladov od ošetrojúceho lekára;
- j) prepravu telesných ostatkov poisteného späť na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, prípadne do iného štátu, v ktorom mal poistený povolený pobyt; preprava ostatkov musí byť vykonaná špecializovanou organizáciou schválenou poisťiteľom alebo asistenčnou službou poisťiteľa.

3. Vyšetrovanie poistnej udalosti

- 3.1 Ak nastane udalosť, s ktorou ten, kto sa pokladá za oprávnenú osobu, spája požiadavku na poistné plnenie, oznámi to poisťiteľovi bez zbytočného odkladu, podá mu pravdivé vysvetlenie o vzniku a rozsahu následkov takej udalosti, o právach tretích osôb a o akomkoľvek viacnásobnom poistení; súčasne predloží poisťiteľovi potrebné doklady a postupuje spôsobom uvedeným v poistnej zmluve a poistných podmienkach. Ak nie je osoba, ktorá sa pokladá za oprávnenú osobu, súčasne poisťiteľom alebo poisteným, majú povinnosti uvedené v ustanovení tohto odseku aj poisťník a poistený.
- 3.2 Bez zbytočného odkladu po oznámení podľa odseku 3.1 tohto článku začne poisťiteľ vyšetrovanie nutné na zistenie existencie a rozsahu jeho povinnosti plniť. Vyšetrovanie je skončené oznámením jeho výsledkov osobe, ktorá uplatnila právo na poistné plnenie; na žiadosť tejto osoby jej poisťiteľ v písomnej forme zdôvodní výšku poistného plnenia, prípadne dôvod jeho zamietnutia.
- 3.3 Ak oznámenie podľa predchádzajúcich odsekov obsahuje vedome nepravdivé alebo hrubo skreslené podstatné údaje týkajúce sa rozsahu oznámenej udalosti, alebo ak sa v ňom vedome zamlčia údaje týkajúce sa tejto udalosti, má poisťiteľ právo na náhradu nákladov účelne vynaložených na vyšetrovanie skutočností, o ktorých mu boli tieto údaje oznámené alebo zmlčané. Ak poisťník alebo iná osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vyvolá náklady vyšetrovania alebo ich zvýšenie porušením povinnosti, má poisťiteľ voči nemu právo na primeranú náhradu.
- 3.4 Ak sú pre to dôvody súvisiace s vyšetrovaním poistnej udalosti, môže poisťiteľ požadovať údaje o zdravotnom stave a zistení zdravotného stavu alebo príčiny smrti poisteného, ak na to bol poisťiteľovi daný súhlas poisteného alebo oprávnenej osoby v prípade smrti poisteného. Ak poistený alebo oprávnená osoba neposkytne poisťiteľovi súhlas alebo ak odvolá súhlas v priebehu vyšetrovania poistnej udalosti a ak má táto skutočnosť podstatný vplyv na zistenie či určenie výšky poistného plnenia, má poisťiteľ právo znížiť poistné plnenie úmerne k tomu, aký vplyv mala táto skutočnosť na rozsah poisťiteľovej povinnosti plniť.
- 3.5 Zisťovanie podľa predchádzajúceho odseku sa robí na základe vyšetrenia lekárom určeným poisťiteľom. Poisťiteľ v tomto prípade hradí:
 - náklady spojené s touto lekárskou prehliadkou alebo vyšetrením;
 - cestovné náklady vo výške cestovného lístka verejnej autobusovej alebo železničnej osobnej dopravy druhej triedy;
 - náklady na vystavenie lekárskej správy, ak ju vyžaduje.
- 3.6 Ak poisťiteľ lekársku prehliadku, vyšetrenie alebo lekársku správu nevyžaduje, náklady s nimi spojené nehradí.

4. Poistné plnenie je splatné do 15 dní od ukončenia vyšetrovania podľa predchádzajúcich odsekov. Ak nie je možné ukončiť vyšetrovanie nutné na zistenie poistnej udalosti, rozsahu poistného plnenia alebo na zistenie osoby oprávnenej prijať poistné plnenie do 3 mesiacov odo dňa oznámenia, poisťiteľ oznamovateľovi oznámi, prečo nie je možné vyšetrovanie ukončiť; ak o to požiada oznamovateľ, oznámi mu poisťiteľ dôvody v písomnej forme. Poisťiteľ poskytne osobe, kto-

Článok 6. Poistné plnenie

Zdravotné poistenie pre prípad nutnej a neodkladnej starostlivosti	Limit poistného plnenia
Celkový limit	60,000 €
repatriácia a transporty	Skutočné náklady z celkového limitu
stomatologické ošetrovanie	200 €

1. Horná hranica poistného plnenia je určená limitom poistného plnenia, ktorého výška je uvedená v poistnej zmluve a článku 6 týchto PP NZPC SK. Uvedené limity poistného plnenia sa vzťahujú na jednu poistnú udalosť. Bez ohľadu na zmenu kurzu EUR voči konkrétnej národnej mene garantuje poisťiteľ limit poistného plnenia vo výške 60 000 EUR prepočítaný podľa kurzu Národnej banky Slovenska platného v deň vzniku poistnej udalosti.
2. O poistnom plnení a jeho výške rozhoduje poisťiteľ v súlade s týmito PP NZPC SK a poistnou zmluvou na základe predložených dokladov.

rá uplatňuje právo na poistné plnenie, na jej žiadosť na poistné plnenie primeranú zálohu; to neplatí, ak je rozumný dôvod poskytnutie zálohy odoprieť.

5. Poistné plnenie je vždy splatné v mene platnej na území vzniku poistnej udalosti, ak nie je dohodnuté inak.
6. Ak malo porušenie povinnosti poistníka, poisteného alebo inej osoby, ktorá má na poistné plnenie právo, podstatný vplyv na vznik poistnej udalosti, jej priebeh, na zväčšenie rozsahu jej následkov alebo na zistenie či určenie výšky poistného plnenia, má poistiteľ právo znížiť poistné plnenie úmerne k tomu, aký vplyv malo toto porušenie na rozsah poistiteľovej povinnosti plniť.
7. Ak poistnú udalosť spôsobila úmyselne buď osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, alebo z jej podnetu osoba tretia, nevzniká žiadnej osobe právo na poistné plnenie z tohto poistenia.
8. Povinnosť poistiteľa poskytnúť poistné plnenie je obmedzená výlukami a limitmi poistného plnenia.

Článok 7. Výluky z poistenia

1. Poistiteľ nie je povinný poskytnúť poistné plnenie, ak:
 - a) sa poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, neriadi pokynmi poistiteľa alebo asistenčnej služby a účinne s nimi nespolupracuje, alebo ak nepredloží poistiteľom alebo asistenčnou službou požadované doklady;
 - b) poistený odmietne podstúpiť poistiteľom navrhovanú repatriáciu;
 - c) poistený odmietne ošetrovanie alebo potrebné lekárske ošetrenia lekárom, ktorého určil poistiteľ alebo asistenčná služba;
 - d) poistiteľ nemohol prešetriť škodovú udalosť z dôvodu, že poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, nezbavila mlčanlivosti voči poistiteľovi alebo asistenčnej službe ošetrojúceho lekára alebo ďalšie inštitúcie, o ktoré poistiteľ alebo asistenčná služba poisteného požiada;
 - e) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, znemožnila poistiteľovi alebo asistenčnej službe nadviazať kontakt s ošetrojúcimi lekármi alebo ďalšou inštitúciou, o ktorý poistiteľ alebo asistenčná služba požiada;
 - f) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vedome nepravdivo alebo neúplne informovala poistiteľa alebo asistenčnú službu o škodovej udalosti;
 - g) škodová udalosť nastala v dôsledku porušenia právnych predpisov na území Schengenského priestoru poisteným alebo osobou, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie;
 - h) škodová udalosť nastala v súvislosti s výtržnosťou, ktorú vyvolal poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, alebo v súvislosti s trestnou činnosťou, ktorú spáchal poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, alebo pokusu o ne;
 - i) škodová udalosť nastala v súvislosti s aktívnou alebo pasívnou účasťou poisteného vo vojnovom konflikte, v mierových misiách, v bojových alebo vojnových akciách, účasťou poisteného na vzbu- re, demonštrácii, povstaniach alebo nepokojoch, verejných násilnostiach, štrajkoch alebo zásahom alebo rozhodnutím orgánov verejnej správy;

- j) ak škodová udalosť bola spôsobená oprávnenou osobou alebo inou osobou z podnetu poisteného alebo oprávnenej osoby;
 - k) škodová udalosť vznikla pri činnosti na miestach na to neurčených (napr. lyžovanie a iné činnosti mimo vyznačenej trasy, skoky z mosta a podobne);
 - l) škodová udalosť nastala v súvislosti s aktívnou účasťou poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, na teroristickom akte alebo s prípravou naň;
 - m) škodová udalosť nastala v krajine, ktorej cestovný doklad poistený vlastní, prípadne v krajine, v ktorej je poistený účastníkom verejného zdravotného poistenia;
 - n) škodová udalosť nastala v dôsledku samovraždy, pokusu o ňu alebo v dôsledku úmyselného sebapoškodenia poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie;
 - o) škodová udalosť nastala v súvislosti s požitím alkoholu alebo iných omamných, toxických či psychotropných látok;
 - p) škodová udalosť nastala v súvislosti s prevádzkovaním nebezpečného alebo rizikového druhu športu alebo aktivity alebo v súvislosti s prevádzkovaním profesionálneho športu alebo počas účasti na súťažiach a prípravu na ne;
 - q) škodová udalosť bola spôsobená jadrovou energiou alebo jadrovými rizikami alebo chemickou alebo biologickou kontamináciou;
 - r) škodová udalosť nastala v dôsledku úmyselného konania, zavinenia či spoluzavinenia poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie;
 - s) bolo zistené, že poistený trpí závažnou chorobou.
2. Poistiteľ nie je povinný poskytnúť poistné plnenie z udalostí, ktoré nastali pred zaplatením poistného.
 3. Poistiteľ ďalej nie je povinný poskytnúť poistné plnenie v prípadoch:
 - a) keď liečebná starostlivosť súvisí s ošetrovaním ochorení či úrazov, ktoré existovali pred uzatvorením poistnej zmluvy;
 - b) komplikácií, ktoré sa vyskytnú pri liečbe ochorenia alebo úrazov, na ktoré sa toto poistenie nevzťahuje;
 - c) keď je lekárska starostlivosť vhodná a účelná, no odkladná a je možné ju poskytnúť až po návrate na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, prípadne do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt;
 - d) preventívnych prehliadok; kontrolných vyšetrení alebo lekárskeho vyšetrení a ošetrovaní nesúvisiacich priamo s náhlym ochorením alebo úrazom; prehliadky, vyšetrenia a ošetrovania podľa písm. d) tohto odseku sú možné len po schválení asistenčnou službou;
 - e) keď je účelom pobytu na území Schengenského priestoru liečenie alebo pokračovanie liečenia začatého mimo Schengenského priestoru;
 - f) vyšetrenia (vrátane laboratórneho a ultrazvukového) na zistenie tehotenstva, interrupcie, akýchkoľvek komplikácií rizikového tehotenstva, akýchkoľvek komplikácií po 18. týždni tehotenstva, pôrode vrátane predčasného a šestonedelia, vyšetrenia a liečby neplodnosti a umelého oplodnenia a nákladov spojených s antikoncepciou a hormonál-

nou liečbou; akýchkoľvek komplikácií tehotenstva, ak bola poistená pri uzatvorení poistenia gravidná;

- g) neakútneho ošetrovania zubov a služieb s tým spojených, nákladov na zubné náhrady, korunky alebo úpravy čelustí, zubný stroječek, mostíky, odstránenie zubného kameňa alebo povlaku;
- h) liečenia osobou blízkou alebo osobou bez zodpovedajúcej kvalifikácie, liečebných úkonov mimo zdravotníckeho zariadenia registrovaného na území Schengenského priestoru, liečenia metódami vedecky neuznávanými na území Schengenského priestoru, kúpenia liekov a zdravotníckych pomôcok bez lekárskeho predpisu;
- i) očkovania, s výnimkou očkovania proti tetanu a besnote v súvislosti s úrazom;
- j) rehabilitácie, fyzikálnej a kúpeľovej liečby, starostlivosti v odborných liečebných ústavoch, akupunktúry a homeopatie, chiropraktických výkonov, výcvikovej terapie alebo nácvikov sebestačnosti;
- k) orgánovej transplantácie, liečenia hemofílie, inzulínoterapie okrem poskytnutia prvej pomoci, chronickej hemodialýzy a podávania liekov, ktoré sa začalo pred vznikom poistenia;
- l) vyšetrenia a liečenia nákazlivých pohlavných chorôb vrátane infekcie HIV/AIDS;
- m) vyšetrenia a liečenia hepatitíd;
- n) vyšetrenia a liečenia duševných a psychických chorôb a porúch, liečby psychoterapiou a psychoanalýzou;
- o) vyšetrenia a liečenia vrodených vývojových chýb;
- p) keď je lekárska starostlivosť poskytnutá nad rámec rozsahu nutnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti štandardne hradenej z verejného zdravotného poistenia štátu Schengenskej dohody, na ktorého území, ktoré je súčasťou Schengenského priestoru, bola nutná a neodkladná starostlivosť poistenému poskytnutá;
- q) liečby príznakov súvisiacich so závislosťou od alkoholu alebo iných látok uvedených v odseku 1 bodu o) tohto článku, vrátane všetkých komplikácií a súvisiacich diagnóz;
- r) zhotovenia a opravy protéz (ortopedických, zubných), okuliarov, kontaktných šošoviek alebo náčúvacích prístrojov, nákupu ortéz v inom než základnom vyhotovení;
- s) náhrad za nadštandardnú lekársku starostlivosť a služby;
- t) náhrad za podporné lieky, vitamínové preparáty a doplnkovú stravu;
- u) náhrad za kozmetické a estetické zákroky;
- v) náhrad nákladov na regulačné poplatky a doplatky;
- w) komplikácií spôsobených porušením liečebného režimu stanoveného ošetrovujúcim lekárom.

Článok 8. Prechod práva poisteného na poistiteľa

1. Ak v súvislosti s hroziacou poistnou udalosťou alebo tou, ktorá nastala, vzniklo osobe, ktorá má právo na poistné plnenie, poistenému alebo osobe, ktorá vynaložila zachraňovacie náklady, proti inému právo na náhradu škody alebo iné obdobné právo, prechádza táto pohľadávka vrátane príslušenstva, zaistenia a ďalších práv s ňou spojených okamihom výplaty plnenia z poistenia na poistiteľa, a to až do výšky plnenia, ktoré poistiteľ oprávnenej osobe vyplatil. To ne-

platí, ak vzniklo tejto osobe také právo voči tomu, kto s ňou žije v spoločnej domácnosti alebo je na ňu odkázaný výživou, ibaže spôsobil poistnú udalosť úmyselne.

2. Osoba, ktorej právo na poistiteľa prešlo, vydá poistiteľovi potrebné doklady a oznámi mu všetko, čo je na uplatnenie pohľadávky potrebné, najmä oznámi poistiteľovi pravdivé a úplné informácie o poistnej udalosti, o tretej osobe, voči ktorej má právo na náhradu škody, alebo iné obdobné právo, o jej poistiteľovi, prípadne právnom zástupcovi, prípadne o ďalších osobách konajúcich v mene tretej osoby a ďalej prípadne o náhrade škody prijatej od tretej osoby alebo iného poistiteľa.
3. Ak osoba, ktorej právo na poistiteľa prešlo, uplatňuje nárok na náhradu škody voči tretej osobe zodpovednej za vznik poistnej udalosti alebo voči poistiteľovi tretej osoby, je táto osoba povinná informovať tretiu osobu alebo poistiteľa tretej osoby o existencii práva poistiteľa na náhradu škody podľa tohto článku. Osoba, ktorej právo prešlo na poistiteľa, je ďalej povinná vyvinúť potrebnú súčinnosť, aby právo poistiteľa voči tretej osobe alebo voči poistiteľovi tretej osoby mohlo byť uplatnené. Osoba, ktorej právo prešlo na poistiteľa, je ďalej povinná vykonať všetky opatrenia, aby nedošlo k premlčaniu alebo zániku práva poistiteľa na náhradu škody podľa tohto článku.
4. Ak osoba, ktorej právo na poistiteľa prešlo, zmarí prechod práva na poistiteľa, má poistiteľ právo znížiť plnenie z poistenia o sumu, ktorú by inak mohol získať. Ak už poistiteľ poskytol plnenie, má právo na náhradu až do výšky tejto sumy.

Článok 9. Spracovanie osobných údajov poistených

1. Poistník, poistený, oprávnená osoba sú povinní na požiadanie poisťovateľa na účely ich identifikácie, uzavretia poistnej zmluvy, výkonu správy poistenia a ďalšie účely poskytnúť svoje osobné údaje vrátane rodného čísla, osobné údaje dotknutých osôb, ďalšie identifikačné údaje a kontaktné telefónne číslo.
2. Poisťovateľ ako prevádzkovateľ informačného systému v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z., o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 122/2013 Z. z.“) spracúva osobné údaje poistníka a poisteného v rozsahu uvedenom v návrhu poistnej zmluvy alebo tie osobné údaje, ktoré získava v súvislosti s plnením práv a povinností zákonných alebo vyplývajúcich z poistnej zmluvy, na základe osobitného zákona. Prevádzkovateľ osobné údaje získava na účely plnenia zmluvných a zákonných povinností na čas nevyhnutne potrebný na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu a čas vyplývajúci zo všeobecne záväzných právnych predpisov.
3. Poistník uzatvorením poistnej zmluvy potvrdzuje, že pred získaním jeho osobných údajov mu boli oznámené informácie v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z.
4. Poistník uzatvorením poistnej zmluvy berie na vedomie, že poskytnutie týchto osobných údajov je dobrovoľné, avšak je nevyhnutné pre uzatvorenie poistnej zmluvy.
5. Poistník zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín.
6. V prípade, ak má poisťovateľ podľa zákona č. 122/2013 Z. z. oznamovaciu povinnosť voči klientovi, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená

zverejnením oznamu na webovom sídle poisťovateľa na <http://www.axa-assistance.sk> alebo prostredníctvom kontaktného centra poisťovateľa. Na webovom sídle poisťovateľa je rovnako zverejnený zoznam sprostredkovateľov, tretích strán a príjemcov osobných údajov v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z.

7. Práva poisťníka a dotknutých osôb v súvislosti so spracúvaním ich osobných údajov stanovuje zákon č. 122/2013 Z. z., je to však najmä právo na potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o dotknutej osobe spracúvané; právo na zoznam osobných údajov dotknutej osoby, ktoré sú predmetom spracúvania, a právo na opravu alebo likvidáciu osobných údajov, ktoré sú nesprávne, neúplné alebo neaktuálne.

8. Poisťník vyjadrením súhlasu v zmluve udeľuje súhlas s použitím osobných údajov v rozsahu:

- titul, meno, priezvisko,
- adresa trvalého bydliska/sídla,
- korešpondenčná adresa,
- telefónne číslo a e-mailová adresa

na účely produktovej ponuky poisťovateľa a tretích osôb patriacich do finančnej skupiny AXA alebo AXA ASSISTANCE podľa odseku 9 tohto článku, ako aj osobám, ktoré sú zmluvnými partnermi poisťiteľa, a to s cieľom ponuky ich obchodu, služieb a marketingu. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať. Tento súhlas (ak nedošlo k jeho písomnému odvolaniu) udeľuje poisťník poisťovateľovi na celý čas existencie vzájomných záväzkov vyplývajúcich alebo súvisiacich s poisťnou zmluvou a ďalej na obdobie 5 rokov nasledujúcich po vyrovnaní uvedených záväzkov.

9. Poisťník uzatvorením poisťnej zmluvy súhlasí s poskytnutím informácií o skutočnostiach týkajúcich sa jeho poistenia iným poisťiteľom.

10. Finančná skupina AXA alebo AXA ASSISTANCE na Slovensku:

- AXA d. s. s., a. s., sídlo: Kolárska 6, Bratislava 811 06, IČO: 35 903 821, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka: 3441/B,
- AXA d. d. s., a. s., sídlo: Kolárska 6, Bratislava 811 06, IČO: 35 977 540, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka: 3804/B,
- AXA životní pojišťovna, a. s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 618 59 524, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2831, konajúca prostredníctvom svojej pobočky v Slovenskej republike: AXA životní pojišťovna, a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 35 968 079, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, v odd. Po, číslo vložky 1327/B,
- AXA pojišťovna, a. s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 281 95 604, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 12826, konajúca prostredníctvom svojej pobočky v Slovenskej republike: AXA pojišťovna, a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Kolárska 6, 811 06 Bratislava, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, v odd. Po, vl. č. 1576/B, IČO 36 857 521,
- AXA investiční společnost, a. s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 645 79 018, zapísaná v obchodnom registri

Mestského súdu v Prahe, oddiel: B, vložka č.: 7462, prostredníctvom svojej pobočky v Slovenskej republike: AXA investiční společnost, a. s., organizačná zložka Slovensko, Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 36 770 540, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 1475/B

– AXA ASSISTANCE CZ, s. r. o., so sídlom Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Česká republika, IČO: 25695215, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel C, vložka č. 61910, konajúca prostredníctvom svojej pobočky v Slovenskej republike: AXA ASSISTANCE CZ, s. r. o., organizačná zložka Bratislava, so sídlom Zámocká 30, 811 01 Bratislava, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, v odd. Po, vl. č. 1171/B, IČO 35 897 741.

Článok 10. Forma právneho úkonu, doručovanie písomností

1. Právne úkony smerujúce k vzniku, zmene alebo zániku poisťnej zmluvy musia byť urobené v písomnej forme.
2. Oznámenie poisťnej udalosti môže byť urobené aj telefonicky či prostredníctvom emailu; ak však o to požiada poisťiteľ osobu, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, musí byť oznámenie poisťnej udalosti urobené písomne na príslušnom formulári poisťiteľa.
3. Korešpondencia pri vyšetrení poisťnej udalosti môže byť doručovaná aj prostredníctvom emailu na emailovú adresu poisťiteľa a/alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, prípadne faxom na faxové číslo poisťiteľa a/alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie.
4. Ak o to požiada písomne osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, oznámi poisťiteľ tejto osobe výsledok vyšetrenia poisťnej udalosti v písomnej forme, prípadne tejto osobe v písomnej forme oznámi, prečo nie je možné vyšetrenie ukončiť v stanovenej lehote.
5. Právne úkony, ktoré musia byť urobené v písomnej forme, musia byť druhému účastníkovi doručené v súlade s ustanovením tohto článku.
6. Právny úkon v písomnej forme (ďalej tiež len „písomnosť“) je adresátovi doručovaný:
 - a) prostredníctvom držiteľa poštovej licencie podľa zvláštneho právneho predpisu, a to na poslednú známu adresu adresáta, ktorému je písomnosť určená, alebo
 - b) elektronicky podpísaný podľa zvláštnych právnych predpisov,alebo
- c) osobne zamestnancom alebo poverenou osobou poisťiteľa.
7. Ak je písomnosť určená poisťiteľovi, adresa pre doručovanie je adresa zmocneného zástupcu poisťiteľa, spoločnosti AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Česká republika. Doručenie zmocnenému zástupcovi poisťiteľa sa považuje za doručenie poisťiteľovi.
8. Ak nebol adresát zastihnutý, bude písomnosť uložená u držiteľa poštovej licencie. Ak si adresát nevyzdvihne písomnosť do 15 kalendárnych dní odo dňa jej uloženia, posledný deň tejto lehoty sa považuje za deň doručenia, aj keď sa adresát o uložení nedozvedel.
9. Ak bolo prijatie písomnosti adresátom odmietnuté, považuje sa písomnosť za doručенú dňom odmietnutia prijatia.

10. Ak sa adresát v mieste doručenia nezdržiava bez toho, aby o tom informoval poisťiteľa, považuje sa písomnosť za doručeníu dňom, keď bola zásielka vrátená ako nedoručená.
11. Všetky právne úkony a oznámenia týkajúce sa poistenia musí byť urobené v slovenskom alebo českom jazyku.

Článok 11. Práva a povinnosti

I. Povinnosti poisníka

1. Ak poisník uzatvára poistenie v prospech poisteného, predpokladá sa, že poisník má poistný záujem na živote a zdraví poisteného. Poisník je povinný odovzdať poistenému poistné podmienky a zoznámiť poisteného s obsahom poistnej zmluvy a obsahom poistných podmienok.
2. V prípade zániku poistenia pred uplynutím dohodnutej poistnej doby je poisník povinný vrátiť poisťiteľovi preukaz poisteného a poistnú zmluvu do 5 pracovných dní odo dňa zániku poistenia.
3. V prípade odstúpenia od poistnej zmluvy podľa Občianskeho zákonníka je poisník povinný vrátiť poisťiteľovi doklad o poistení, a to najneskôr do 7 pracovných dní odo dňa, keď poisník odoslal poisťiteľovi písomný prejav vôle odstúpiť od poistnej zmluvy. V prípade, že poisník povinnosti uvedené v predchádzajúcej vete nespĺňa, je poisťiteľ oprávnený od poisníka požadovať zmluvnú pokutu vo výške poistného z poistnej zmluvy, od ktorej poisník prejavil záujem odstúpiť.
4. Ak je poisník zároveň poisteným, vzťahujú sa na neho aj všetky povinnosti poisteného.

II. Povinnosti poisteného

1. Okrem povinností stanovených Občianskym zákonníkom a poistnou zmluvou je poistený ďalej povinný dbať, aby poistná udalosť nenastala, najmä nesmie porušovať povinnosti smerujúce k odvráteniu alebo zníženiu nebezpečenstva, ktoré sú mu právnymi predpismi uložené. Povinnosti stanovené poistenému v ustanovení tohto článku sa vzťahujú aj na osobu, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie.
2. Poistený je povinný v prípade vzniku škodovej udalosti v prvom rade kontaktovať asistenčnú službu poisťiteľa so žiadosťou o zabezpečenie služieb, ktoré sú súčasťou poistenia, informovať ju o vzniknutej škodovej udalosti, najmä o dátume a mieste škodovej udalosti, o adrese poisteného, vyžiadať si k tomu pokyny asistenčnej služby poisťiteľa a postupovať v súlade s nimi. Ak objektívne podmienky vzniku škodovej udalosti nedovolia poistenému obrátiť sa na asistenčnú službu so žiadosťou o asistenciu ešte pred poskytnutím služieb, je povinný tak urobiť ihneď po tom, čo to podmienky vývoja škodovej udalosti dovoľia.
3. V prípade choroby či úrazu je poistený povinný bez zbytočného odkladu vyhľadať lekárske ošetrovanie, preukázať sa preukazom totožnosti a preukazom poisteného, dbať na pokyny lekára, a ak to následne poisťiteľ vyžaduje, podrobiť sa na náklady poisťiteľa vyšetreniu lekárom, ktorého mu poisťiteľ určí.
4. Poistený je na návrh poisťiteľa alebo asistenčnej služby poisťiteľa povinný, ak to jeho zdravotný stav dovoľuje, podrobiť sa repatriácii. Ak poistený túto povinnosť nespĺňa, je poisťiteľ oprávnený ukončiť poskytovanie poistného plnenia.
5. Poistený je ďalej povinný prepravu uvedenú v ustanovení článku 5 ods. 4 písmena g), h), i), j) vopred nechať

odsúhlasiť asistenčnou službou poisťiteľa a postupovať podľa jej pokynov.

6. V prípade vzniku škodovej udalosti je poistený povinný:
 - a) urobiť všetko na zníženie rozsahu škôd a ich následkov;
 - b) ak nárokuje plnenie za ním vynaložené náklady v súvislosti so škodovou udalosťou, bez zbytočného odkladu písomne oznámiť poisťiteľovi na príslušnom formulári „Oznámenie škodovej udalosti“ vznik škodovej udalosti a uviesť pravdivé vysvetlenie; v prípade, že sa v dôsledku porušenia povinnosti stanovenej v bode II tohto článku zvýšia náklady poisťiteľa spojené s poistnou udalosťou, má poisťiteľ právo požadovať od toho, kto povinnosť porušil, náhradu týchto nákladov;
 - c) riadiť sa pokynmi poisťiteľa a/alebo asistenčnej služby a účinne s nimi spolupracovať, plniť ďalšie povinnosti uložené poisťiteľom a/alebo asistenčnou službou, týmito PP NZPC SK alebo zákonom;
 - d) škodovú udalosť neodkladne oznámiť polícii v mieste vzniku udalosti, ak udalosť nastala za okolností nasvedčujúcich spáchanie trestného činu alebo priestupku, a predložiť poisťiteľovi policajný protokol;
 - e) po vzniku škodovej udalosti zabezpečiť dostatočné dôkazy o rozsahu škodovej udalosti vyšetrovaním vykonaným políciou alebo inými vyšetrovacími orgánmi;
 - f) odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky poisťiteľa alebo asistenčnej služby týkajúce sa poistenia a škodovej udalosti a rozsahu následkov škodovej/ poistnej udalosti;
 - g) umožniť poisťiteľovi a/alebo asistenčnej službe realizovať všetky potrebné vyšetrovania škodovej udalosti rozhodujúce pre posúdenie nároku na poistné plnenie, jeho výšku a poskytnúť pri tom potrebnú súčinnosť;
 - h) bez zbytočného odkladu oznámiť poisťiteľovi, že v súvislosti so škodovou udalosťou bolo začaté trestné konanie proti poistenému, a poisťiteľa pravdivo informovať o priebehu a výsledkoch tohto konania;
 - i) s cieľom zistenia údajov o zdravotnom stave poisteného alebo príčiny smrti poisteného zbaviť ošetrojúceho lekára mlčanlivosti voči poisťiteľovi alebo asistenčnej službe;
 - j) poskytnúť v prípade realizácie repatriácie súčinnosť pre zaistenie následnej hospitalizácie v zdravotníckom zariadení na území štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, prípadne v inom štáte, v ktorom má poistený povolený pobyt;
 - k) v prípadoch, keď je zdravotníckym zariadením požadovaná priama úhrada nákladov súvisiacich so škodovou udalosťou, prevziať originály všetkých dokladov;
 - l) predložiť poisťiteľovi nasledujúce doklady: kompletnú lekársku dokumentáciu, originály účtov a dokladov o zaplatení lekárskeho ošetrovania, liekov predpísaných lekárom (vrátane kópie lekárskeho receptu vystaveného na meno poisteného) a transportov, policajnú správu (v prípade, že udalosť bola vyšetrovaná políciou) vrátane ďalších podkladov, ktoré si poisťiteľ a/alebo asistenčná služba poisťiteľa vyžiada.
7. Ak o to poisťiteľ alebo asistenčná služba požiadajú, je poistený povinný zabezpečiť na vlastné náklady úrad-

ný preklad dokladov nutných na vyšetrovanie škodovej udalosti do slovenského jazyka.

8. Ak má poistený uzatvorené poistenie rovnakého alebo podobného charakteru aj v inej poisťovni, je povinný s touto skutočnosťou poisťiteľa oboznámiť.
9. Ktokoľvek, kto žiada o plnenie z poistenia, je povinný predložiť poisťiteľom alebo asistenčnou službou poisťiteľa požadované doklady, ak majú vplyv na určenie povinnosti poisťiteľa plniť a na výšku poistného plnenia.
10. V prípade porušenia povinností v tomto článku je poisťiteľ oprávnený poistné plnenie úmerne tomu znížiť alebo odmietnuť.

III. Práva a povinnosti poisťiteľa

1. Okrem povinností stanovených Občianskym zákonníkom a poistnou zmluvou má poisťiteľ ďalej tieto povinnosti:
 - a) prerokovávať s poisteným alebo osobou, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, výsledky vyšetrovania nutného na zistenie rozsahu a výšky poistného plnenia alebo mu ich bez zbytočného odkladu oznámiť;
 - b) vrátiť poistenému alebo osobe, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, doklady, ktoré si vyžiada, s výnimkou originálnych dokladov o zaplatení, na základe ktorých bolo poskytnuté poistné plnenie.
2. Poisťiteľ nie je povinný skúmať prípadnú nadbytnosť poistenia, najmä ak je úhrada nákladov zdravotnej starostlivosti o poisteného zaistená aj iným spôsobom.
3. Poisťiteľ je oprávnený najmä:
 - a) preveriť vznik, priebeh a rozsah škodovej udalosti (vrátane vyžiadania svedeckých výpovedí zúčastnených osôb, znaleckých posudkov, prípadne ďalších dokladov);
 - b) požadovať a preveriť lekárske správy;
 - c) poistné plnenie znížiť v prípadoch uvedených v Občianskom zákonníku;
 - d) poistné plnenie znížiť, ak vyplatil poistné plnenie v nezníženej výške a dodatočne vznikne nárok na zníženie poistného plnenia. Poisťiteľ má právo uplatniť rozdiel medzi vyplateným a zníženým poistným plnením od toho, v ktorého prospech bolo plnené.
4. Ak poistený porušil povinnosti stanovené v týchto PP NZPC SK, je poisťiteľ oprávnený poistné plnenie úmerne tomu znížiť alebo odmietnuť.
5. Ak poistený porušil povinnosti uvedené v týchto PP NZPC SK a v dôsledku tohto porušenia boli vyvolané alebo zvýšené náklady vyšetrovania škodovej udalosti vynaložené poisťiteľom, je poisťiteľ oprávnený požadovať od poisteného náhradu týchto nákladov.

Článok 12. Záverečné ustanovenia

1. Tieto PP NZPC SK sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.
2. Tieto PP NZPC SK sú vyhotovené v slovenskej, ruskej a anglickej verzii. V prípade rozporu je rozhodujúca verzia v slovenskom jazyku.
3. Komunikačným jazykom je slovenčina, čeština alebo angličtina.
4. Ak sa tieto PP NZPC SK poisťiteľa odvolávajú na všeobecne záväzné právne predpisy, rozumejú sa

nimi právne predpisy platné a účinné v Slovenskej republike.

5. Všetky spory vyplývajúce z poistenia alebo vzniknuté v súvislosti s ním rieši, ak nedôjde k dohode účastníkov poistenia, príslušný súd v Slovenskej republike podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.
6. Ak sa niektoré ustanovenia týchto PP NZPC SK stanú neplatnými alebo spornými v dôsledku zmeny všeobecne záväzných právnych predpisov, použije sa taký všeobecne záväzný právny predpis, ktorý je im svojou povahou a účelom najbližší.
7. Ak poistený kedykoľvek v priebehu poistenia odvolá svoj súhlas so zisťovaním a preskúmaním zdravotného stavu a ak má táto skutočnosť vplyv na skúmanie potrebné na zistenie rozsahu poisťiteľa plniť, poisťiteľ si vyhradzuje právo znížiť, prípadne neposkytnúť poistné plnenie.
8. Podmienkou účinnosti a trvania poistenia v mieste poistenia je legálny pobyt poisteného na území Schengenského priestoru, pri splnení podmienok stanovených príslušnými právnymi predpismi.
9. Náklady poisťiteľa spojené so vznikom a správou poistenia predstavujú 20 % z nespotrebovaného poistného.
10. Tieto PP NZPC SK nadobúdajú účinnosť dňom 1. septembra 2014.



Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Comprehensive Health Insurance

IITC FCHI-SK dated 1 December 2020

Article 1. General Provisions

1. Foreigners' Comprehensive Health Insurance shall be governed by Act No. 40/1964 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 Foreigners' Health Insurance of 1 December 2020 (hereinafter ITC FCHI-SK) are an integral part. Insurance shall be governed by the laws of the Slovak Republic.
2. The insurance fulfils the conditions of Act 404/2011 Coll., on the residence of foreign nationals, as amended.
3. The Insurer means INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., member of AXA Group, with its 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, (hereinafter the Insurer).
4. The insurance is hereby designated nonlife damage insurance.

Article 2. Definition of Terms

Assistance Service is a legal entity that in the name and on behalf of the Insurer provides the Insured Party or an Authorized Person with insurance Indemnifications and related assistance services. The Assistance Service represents the Insurer in the application for, investigation, and settlement of Insurance Claims. The Assistance Service or a representative authorized by the Insurer is entitled to act on behalf of the Insurer in connection with all Insurance Claims defined within the present ITC FCHI-SK. Address of Assistance Service: AXA Assistance CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4 – Pankrác, Czech Republic.

Common Sports are the following common leisure time and recreational sports: aerobics, airsoft, aqua aerobics, archery, badminton, baseball, basketball, beach volleyball, biking, billiards, board games, bocchia, boomerang, bowling, bridge, bungee running, bungee trampoline, cards and other board games, cheerleaders, chess, cricket, cross-country skiing along marked trails, curling, cycle ball, cycling, dancing, darts, dragboat - dragon boats, fencing (classic), fitness and bodybuilding, floorball, footbag, football, football tennis, frisbee, goalball, golf, handball, ice-skating, jogging, juggling (diabolo, fireshow, juggling, yoyo), korfbal, low ropes course (up to 1.5 m), marbles, mini trampoline, modern gymnastics, mountain biking (except for downhill biking), mountaineering - climbing along marked trails without the use of climbing aids and Via Ferrata of difficulty level A, orienteering (including radio), paddleboat riding, petanque, rowing, scootering, showdown, skiing on marked trails, skittles, snorkelling, snowboarding on marked trails, softball, spinning, sports fishing, sports model building, sport shooting (shooting at targets with the use of firearms), squash, streetball, swimming, synchronized swimming, table football, table hockey, table tennis, tchoukball, tennis, volleyball, water polo, water skiing, yoga, and other sports of a similar risk level.

Foreign National is a natural person who is not a citizen of the Slovak Republic.

Waiting Time is the period during which the Insurer is not obliged to provide insurance Indemnifications for events that would otherwise be deemed Insurance Claims. Waiting Time is counted from the beginning of the insurance term.

Single Premium is the insurance premium stipulated for the entire insurance period. The Insurer shall always be entitled to the full amount of the Single Premium.

Comprehensive Health Care is health care provided by the Insurer to an extent similar to the public insurance in the Slovak Republic, subject to the insurance exclusions set out in Article 8 of ITC FCHI-SK and the agreed insurance Indemnifications specified in Article 7 of ITC FCHI-SK.

Home Country is the country of which the Insured Party is a citizen.

Newborn shall for the purpose of this insurance mean a child from birth to the end of three months of age.

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, ski jumping, parachuting, motor-powered and motor free flying of any kind, alpinism of any kind, water skiing, white water rafting and kayaking of any kind and diving of any kind, ski touring, backcountry skiing and snowboarding and skiing and snowboarding outside of the set operating hours on marked trails, acrobatic skiing, bobsled and skibob riding, snow rafting, motor sports of any kind, motor sports on snow, ice, and water, canyoning and spelunking, stunt performance, martial arts, downhill mountain biking, horse riding, skateboarding, skeleton riding, inline skating and activities aimed at beating sports records and other extreme and adrenaline sports. The hazardousness of sports shall be determined by the Insurer.

Authorized Person is a person eligible to collect insurance Indemnifications as a consequence of an Insurance Claim.

Insured Party's Relative is a person that is in a close personal relationship with the insured party in the meaning of Section 116 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.

Insurer is a legal entity authorized to perform insurance activities according to Act 39/2015 Coll., on insurance, as amended.

Insurance Term is the period for which the 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 payment which the Insurer is obliged to provide if an Insurance Claim occurs; the Insurer shall provide the Insurance Indemnification in accordance with the content of the Insurance Terms and Conditions and/or the Insurance Contract.

Policyholder is the person who has entered into the Insurance Contract with the Insurer.

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.

Insured Party shall mean an individual whose name or other unique identification is provided upon the arrangement of the insurance and to the health of which the insurance applies, or whose rights and justifiable interests form the subject of the insurance.

Postpartum and Newborn Care is the medical care provided to the Newborn of an insured woman for the duration of the insurance, where the health care is directly related to childbirth and is provided until the termination of the continuous hospitalization of the Newborn; the exclusions under Article 8 of ITC FCHI-SK shall apply.

Business Stay is a stay associated with the performance of business, profession, occupation, or other gainful activities. If a Business Stay is agreed on, the insurance will also apply to a tourist or study stay.

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

Study Stay is the period of residence for the purpose of study; the insurance does not apply to events occurring in connection with any activities defined as "Business Stay".

Damage Claim is an event resulting in any damage which may justify the right to claim Insurance Indemnifications.

Terrorist Act is the use of force or violence or the threat of using force or violence by any person or a group of persons, independently or in someone's favour or in cooperation with any organization or government, committed for political, religious, ideological, or ethnic reasons or purpose, causing detriment to human health, material or immaterial assets or infrastructure, including the intention to influence any government or intimidate the population or part thereof.

Tourist Stay is a residential stay and/or a trip which may include Common Sports and activities at the recreational level; the definition of tourist trip does not include a Business Stay or engagement in any Dangerous and High-Risk Sports and Activities. If a Tourist Stay is agreed on, the insurance will also apply to a Study Stay.

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 Sports Competition (or Competition) is a competition organized by any sports or similar organization, sports or other clubs, as well as all preparations for such activities or preorganized tour with the aim of reaching specific sports goals.

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 FCHI-SK.
 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 00:01 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 covers only Insurance Claims that occur within the territory of the Slovak Republic.
2. The insurance applies to tourist, study and business stays.

Article 5. Insurance Programme

1. The insurance is agreed for one of the following insurance programmes:
 - a) **STANDARD** - this insurance programme covers the provision of Comprehensive Health Care to the Insured Party in the Slovak Republic; this programme is subject to Waiting Times according to Article 6 of ITC FCHI-SK.
 - b) **MOTHER** - this insurance programme covers the provision of Comprehensive Health Care to the Insured Party - mother, in connection with her pregnancy and childbirth, without any Waiting Times. Beyond the scope of the STANDARD insurance programme, the cover also includes postnatal care for the Insured Party's Newborns, born during the existence of the Insured Party's insurance.
2. The agreed insurance programme is indicated in the Insurance Contract.

Article 6. Subject of Insurance and Insurance Claim

1. The subject of the insurance is the Insured Party's health, provisions of Comprehensive Health Care, provided by the Insurer to an extent similar to public insurance, including preventive dispensary and pregnancy care, subject to the insurance exclusions set out in Article 8 of ITC FCHI-SK and the agreed Insurance Indemnifications specified in Article 7 of ITC FCHI-SK.
2. The Insurance Claims include illnesses, injuries or other changes to the Insured Party's health status which occurred during the period of the insurance, following the expiry of the Waiting Time and within the territory of the Czech Republic. The Waiting Time period applies to the following cases of payments for health care:
 - In pregnancy, during the threemonth period following the commencement of the Insurance Term;
 - In childbirth, during the eightmonth period following the commencement of the Insurance Term.
 No Waiting Time is applied if the Mother insurance programme is taken out.

3. Comprehensive Health Care is provided in the Insurer's contractual health care centres in the Slovak Republic. In the event of a sudden deterioration of the Insured Party's health and if there is a serious risk of damage to the Insured Party's health or life due to default, the Insurer shall also cover the cost of the health care provided in a health care centre in the Slovak Republic that has not signed an agreement with the Insurer for such type of insurance. The necessary and reasonable costs demonstrably incurred for the health care will be covered, until it is possible to arrange for the provision of health care in a contractual health care centre, and up to the amount paid by the Insurer to the contractual health care centre.
4. Events that arise from one cause and include all the circumstances and their effects, where there is a causal, time, or other direct connection among such events, shall be considered one Insurance Claim.
5. In connection with the Insurance Claim, the Insurer shall cover the reasonably and purposefully expended costs for:
 - a) Comprehensive Health Care provided in a contractual health care centre;
 - b) Medicines prescribed by the physician for outpatient care in connection with the Insurance Claim, up to the Insurance Indemnification limit set out in Article 7. Insurance Indemnification under the present ITC FCHI-SK;
 - c) Urgent and emergency treatment by a dentist in case of acute tooth pain, i.e., extraction or simple fillings (including X-rays), and the treatment for the purpose of immediate pain relief related to the oral mucous membrane, up to the Insurance Indemnification limit set out in Article 7. Insurance Indemnification under the present ITC FCHI-SK;
 - d) Pregnancy care and childbirth; if the Mother insurance programme is not taken out, Waiting Time according to Article 6 (2) of ITC FCHI-SK shall apply, while no Waiting Times shall apply if the Mother insurance programme is taken out;
 - e) Postnatal health care of the Newborn, if the Mother insurance programme is taken out under the Insurance Contract; the postnatal health care of the Newborn is covered by this insurance up to the Insurance Indemnification limit specified in Article 7 Insurance Indemnification under the present ITC FCHI-SK;
 - f) Transportation from a doctor's office to a health care centre or from a health care centre to another specialised health care centre, if the Insured Party's current condition requires this, according to the assessment of the Assistance Service or the Insurer, and if such transportation is prescribed by the attending physician;
 - g) Repatriation of the Insured Party - patient, if it is necessary and possible from the medical perspective; repatriation is assessed, approved, and organized by the Assistance Service or the Insurer, and the Insured Party is repatriated to the territory of the country whose passport the Insured Party holds, or to another country in which the Insured Party has a residency permit;
 - h) Transportation 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 residency permit; the transportation of the remains must be performed by a specialized organization approved by the Assistance Service or the Insurer;

Article 7. Insurance Indemnification

Insurance Coverage	Limit of Insurance Benefit	
	STANDARD	MOTHER
Total Limit	60 000 € (at least 60 000 EUR)	60 000 € (at least 60 000 EUR)
repatriation and transport	real costs up to total limit	real costs up to total limit
dental treatment	200 €	200 €
medicaments prescribed within	200 €	200 €
postnatal care		12 000 €

1. The upper limit of the Insurance Indemnification for damage incurred in the Slovak Republic corresponds to the Insurance Indemnification limit specified in the Insurance Contract and this Article of ITC FCHI-SK.
2. The Insurance Indemnification and its amount shall be determined by the Insurer in accordance with ITC FCHI-SK and the Insurance Contract, on the basis of the presented 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 8. Exclusions

1. The Insurer is not obliged to provide Insurance Indemnifications, with the exception of preventive and dispensary care related to the pregnancy of an insured mother and the delivery of her child, in the event that:
- a) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification does not respect the instructions of the Insurer or the Assistance Service and does not effectively cooperate with them, or does not submit the documents required by the Insurer or the Assistance Service;
 - b) The Insured Party refuses to undergo repatriation suggested by the Insurer;
 - c) The Insured Party refuses treatment or the necessary medical examinations by a physician or health care centre designated by the Insurer or the Assistance Service;
 - d) The Insurer has been unable to investigate the Damage Claim because the Insured Party or the person claiming insurance indemnification did not relieve the attending physician or other institutions from their non-disclosure obligation vis-à-vis the Insurer or the Assistance Service, as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - e) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification prevented the Insurer or the Assistance Service from contacting the attending physician or other institutions as requested by the Insurer or the Assistance Service;

- f) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification have knowingly provided the Insurer or the Assistance Service with false or incomplete information regarding the Damage Claim;
 - g) The Damage Claim occurred in connection with any disturbances provoked by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification or in connection with a crime committed or attempted by them; such an exclusion does not apply in the event of an injury;
 - h) The Damage Claim occurred in connection with the Insured Party's or the person's claiming insurance indemnification active or passive engagement in warfare, peace missions, combat or military events, participation of the Insured Party in an uprising, demonstration, riot or unrests, public violence, strikes or by the intervention or decision of public administration authorities;
 - i) The Damage Claim was caused by the Authorized Person or another person based on the initiative of the Insured Party or Authorized Person;
 - j) The Damage Claim occurred in relation to the Insured Party's or the person's claiming insurance indemnification active participation in a Terrorist Act or in preparation for it;
 - k) The Damage Claim occurred outside the Slovak Republic;
 - l) The Damage Claim occurred in connection with the consumption of alcohol or other narcotic, toxic, or psychotropic substances; this exclusion is not applied in the case of an injury;
 - m) The Damage Claim occurred in connection with Dangerous and High-Risk Sports and Activities or in connection with Professional Sport, or during participation in Competitions or preparations for such Competitions;
 - n) The Damage Claim was caused by nuclear energy or nuclear risks, or chemical or biological contamination;
 - o) The Damage Claim occurred as a consequence of the deliberate conduct, fault, or contributory fault of the Insured Party or the person claiming insurance indemnification; this exclusion does not apply in the event of injury.
2. The Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification for events that occurred prior to the premium payment.
3. Furthermore, the Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification under the following circumstances:
- a) the medical care is related to the treatment of illnesses or injuries which existed prior to the signing of the Insurance Contract, including medication;
 - b) the medical care is related to the treatment of illnesses or injuries, the cause or symptoms of which existed prior to the signing of the Insurance Contract or during the Waiting Time;
 - c) there are complications which occurred during the treatment of the illnesses or injuries to which this insurance does not apply;
 - d) the purpose of the stay is treatment or continued treatment which began outside of the Slovak Republic;
 - e) examinations, check-ups, or other medical procedures are in the personal interest of the Insured Party and do not serve any medical purpose (e.g., abortion, examination and treatment of infertility and artificial insemination and the costs associated with contraceptives and hormone therapy, issue of a medical certificate upon the patient's own request);
 - f) non-acute dental treatment and related services, cost of dentures, dental crowns, bridges, removal of plaque or tartar;
 - g) treatment by the Insured Party's Relative or a person without the corresponding qualifications, medical acts outside of a health care centre registered in the Slovak Republic, treatment using methods which are not scientifically recognized in the Slovak Republic;
 - h) purchase of medicines and medical aids without a prescription, supplementary medicines, vitamin products, and food supplements;
 - i) vaccination with the exception of compulsory vaccination in accordance with the Act No. 355/2007 Coll., on the protection, promotion and development of public health, as amended. and vaccination against tetanus and rabies in relation to injury;
 - j) spa care or treatment, physical and bath therapy;
 - k) acupuncture and homeopathy;
 - l) medical care provided in a non-contractual health care centre;
 - m) postpartum and Newborn Care of Insured Party - mothers, if the Mother insurance programme is not effective as of the date of the Damage Claim;
 - n) examination and treatment of congenital defects, as of the time of diagnosis, if the Mother insurance programme is not effective as of the date of the Damage Claim;
 - o) treatment of addictions, including all complications and related diagnoses;
 - p) production and repair of prostheses (orthopaedic, dental), glasses, contact lenses, or hearing aids, and the purchase of braces of other than the basic model;
 - q) medical expenses that would not be paid from public health insurance were the insured person a party thereto;
 - r) payments for cosmetic and aesthetic surgeries;
 - s) reimbursement of costs of regulatory fees and surcharges;

- t) complications caused by violation of the treatment regime established by the attending physician.

Article 9. Transfer of Insured Party's Right to 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 10. Processing of Personal Data

1. The Insurer, as the data processor, processes the personal data of the policyholder and the insured party (hereinafter referred to as the "data subject") within the scope of Act no. 18/2018 Coll., On the protection of personal data and on the amendment of certain acts (hereinafter referred to as "Act No. 18/2018 Coll."). The data processor processes personal data on the basis of the performance of the contract in accordance with para. 1, letter b) § 19 of Act no. 18/2018 Coll.
2. The data subject confirms that prior to obtaining his personal data, information has been communicated to him in accordance with § 19 and § 20 of Act no. 18/2018 Coll.
3. The data subject acknowledges that the provision of such personal data is voluntary but necessary to arrange the insurance.

Article 11. Form of legal actions, Delivery of Correspondence

1. Legal actions aimed at the conclusion, modification or termination of an 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.
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 authorised person.
7. Documents, including complaints, can be sent to the insurer in writing to the address of the assistance service: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o, Hvězdova 1689/24, 140 00 Prague 4, Czech Republic. You can also address your complaint to the National Bank of Slovakia, Imrich Karvaš 1, Bratislava, or you can resolve any disputes out of court at the Slovak Trade Inspection Authority (<https://www.soi.sk>). You can also use the services offered by the European Commission at <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

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 or in Slovak.

Article 12. Rights and Responsibilities

I. Policyholder's Responsibilities

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. 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.
2. If the insurance is terminated prior to the end of the stipulated Insurance Term, the Policyholder shall return the Insured Party's Card and the Insurance Contract to the Insurer, within five working days following the date of termination of the insurance.
3. Upon withdrawal from the insurance contract according to the Civil Code, the Policyholder shall return the insurance certificate to the Insurer within seven working days following the day on which the Policyholder sent the Insurer its written notice of withdrawal from the Insurance Contract. If the Policyholder fails to meet the obligations stipulated in the previous sentence, the Insurer shall be entitled to claim the Policyholder's payment of a penalty in the amount of the premium under the Insurance Contract, from which the Policyholder intends to withdraw.
4. If the Policyholder is also the Insured Party, the Policyholder shall comply with all the obligations of the Insured Party.

II. Insured Party's Responsibilities

1. In addition to the obligations stipulated by the Civil Code and the Insurance Contract, the Insured Party is obliged to act so as to avoid the occurrence of Insurance Claims; the Insured Party shall in particular avoid violating obligations aimed at the prevention or mitigation of risks, imposed by the applicable legal regulations. The obligations stipulated in this paragraph for the insured shall also apply to the person claiming insurance indemnity.
2. If a Damage Claim occurs, the Insured Party shall first contact the Assistance Service or the Insurer with a request for the providing of services corresponding to the insurance cover, truly and duly inform the Assistance Service or the Insurer of the Damage Claim, in particular the date and place of the Damage Claim and the Insured Party's address; for this purpose, the Insured Party shall ask the Insurer's Assistance Service to provide instructions and follow such instructions. If objective circumstances accompanying the Damage Claim do not allow the Insured Party to contact the Assistance Service with a request for assistance prior to the provision of services, the Insured Party shall do so immediately after the circumstances of the Damage Claim allow.
3. In the event of illness or injury, the Insured Party shall seek medical help without undue delay, present their identification card and insurance certificate, follow the physician's instructions, and if subsequently requested by the Insurer, the Insured Party shall undergo examination at the Insurer's expense by a physician designated by the Insurer.
4. Based on a request of the Insurer or the Assistance Service, the Insured Party shall undergo repatriation, if this is feasible given the Insured Party's medical condition. If the Insured Party fails to comply with this duty, the Insurer shall be authorized to terminate the provision of Insurance Indemnifications.
5. The Insured Party is also obliged to have the transportation set out in the provisions of Article 6 (5) (f), (g) and (h) approved in advance by the Insurer's Assistance Service and proceed according to its instructions.
6. Upon the occurrence of a Damage Claim, the Insured Party is obliged:
 - a) to take all actions to reduce the extent of the damage and its consequences;
 - b) if the Insured Party claims repayment of expenses incurred in connection with a Damage Claim, the Insured Party shall notify the Insurer without undue delay, using the respective "Damage Claim Report" form, of the occurrence of the Damage Claim, and provide true explanation thereof; if as a result of violating the obligation stipulated under point II of clause 5 of this Article, the Insurer's costs related to the Insurance Claim increase, the Insurer shall be entitled to claim the compensation for these costs from the party that violated the obligation;

- c) to follow the instructions of the Insurer and/or Assistance Service and to cooperate with them effectively, to fulfil other obligations imposed by the Insurer and/or Assistance Service, the present ITC FCHI-SK or the applicable legislation;
 - d) to report the Damage Claim without undue delay to the police at the place of the occurrence, if the event occurred under circumstances suggesting a crime or misdemeanour, and to submit the police report to the Insurer;
 - e) to secure sufficient evidence concerning the Damage Claim, based on the investigation carried out by the police or other 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 enable the Insurer and/or the Assistance Service to carry out all necessary investigations of the Damage Claim decisive for consideration of the claim for Insurance Indemnifications and the amount thereof, and provide the necessary cooperation in this respect;
 - h) to inform the Insurer, without any undue delay, that criminal proceedings have been instituted against the Insured Party in connection with the Damage Claim, and truly inform the Insurer of the progress and results of such 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) to provide cooperation, in the event of repatriation, so as to ensure the subsequent hospitalization at a health care centre in the country whose passport the Insured Party holds, or in a different country where the Insured Party has a residency permit;
 - k) to collect the originals of all invoices and receipts, where the health care centre requests direct payment of the costs related to the Damage Claim;
 - l) to submit the following documents to the insurer: complete medical documentation, original bills, and receipts for the payment of medical treatment, medication prescribed by the physician (including a copy of the prescription issued to the Insured Party's name) and transports, the police report (if the event was investigated by the police) including other references requested by the Insurer and/or Assistance Service.
7. Upon the request of the Insurer or the Assistance Service, the Insured Party shall at its own cost arrange for the official translations of documents into Slovak or Czech, as may be necessary for the investigation into the Damage Claim.
 8. If the Insured Party has taken out insurance of the same or similar character with another insurance company, the Insured Party shall inform the Insurer of this fact.
 9. Persons claiming an Insurance Indemnification must submit the documents required by the Insurer or the Assistance Service if this may affect the determination of the Insurer's obligation to pay the Insurance Indemnification and the amount of such an Insurance Indemnification.
 10. If the obligations stipulated in this Article are violated, the Insurer is authorized to adequately reduce the Insurance Indemnification or to refuse to pay any Insurance Indemnification at all.

III. Insurer's Rights and Responsibilities

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 the investigation required to determine the scope and value of the Insurance Indemnification, or to notify the Insured Party about such determination, 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 the Insurance Indemnification has been provided.
2. The Insurer is not obliged to examine any potential excessiveness of the insurance, particularly if the payment of the costs of the Insured Party's medical care is also secured in a different manner.
3. The Insurer is in particular authorized:
 - 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 the Insurance Indemnifications if the Insurance Indemnifications have been paid at the full amount and subsequently, a claim for the decrease of the Insurance Indemnifications occurs. The Insurer is entitled to claim the balance between the paid and reduced Insurance Indemnification against the person in whose favour the benefit has been provided.
4. If the Insured Party violates the obligations required by the applicable legislation and the present ITC FCHI-SK, the Insurer shall be entitled to adequately decrease the Insurance Indemnification or to refuse the payment thereof.

5. If the Insured Party violates the obligations set out in ITC FCHI-SK and should this lead to any extra or increased cost of the investigation into the Damage Claim incurred by the Insurer, the Insurer is authorized to claim the compensation of such costs from the Insured Party.

Article 13. Final Provisions

1. The present ITC FCHI-SK shall form an integral part of the Insurance Contract.
2. The present ITC FCHI are issued in Slovak and English. In case of any contradiction between the two language versions, the Slovak version shall prevail.
3. Slovak and Czech are the communication languages.
4. Where the Insurer's ITC FCHI-SK refer to the generally binding legal regulations, this shall mean the legal regulations valid and effective in the Slovak Republic.
5. Unless the parties involved in the insurance are able to reach an amicable agreement, all disputes arising from the insurance or in connection herewith shall be referred to the courts in the Slovak Republic, according to the generally binding legal regulations.
6. Should any provision of ITC FCHI-SK become invalid or disputed as a consequence of any changes to the generally binding legal regulations, the generally binding legal regulation that best fits the nature and purpose of such a provision shall apply.
7. If the Insured Party withdraws their consent, at any time during the insurance, to the identification and reviewing of their health status and if this fact may affect the examination necessary for the identification of the scope of the Insurer's obligation to provide benefits, the Insurer reserves the right to reduce or refuse to provide the Insurance Indemnification.
8. In order for the insurance to become and remain effective, the Insured Party must have a legal residency permit in the Slovak Republic, subject to the fulfilment of the terms and conditions stipulated in the applicable legal regulations.
9. The Insurer's costs related to the establishment and management of the insurance amount to 20% of the unused insurance premium.
10. These Insurance Terms and Conditions shall become effective on 1 December 2020.



Supplementary Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Health Insurance, applicable to the Schengen Area and Transit Countries

SITC FHI-SK dated 1 December 2020

Article 1. General Provisions

1. The Foreigners' Comprehensive Health Insurance, concluded between the Insurer, INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., member of AXA Group, with its 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, whose activities are supervised by National bank of Slovakia, Imricha Karvaša 1, Bratislava (hereinafter the Insurer) is subject in particular to Act 40/1964 Coll., the Civil Code, as amended (hereinafter referred to as the "Civil Code"), the Insurance Contract, the Insurance Terms and Conditions of the Foreigners' Comprehensive Health Insurance, ITC FCHI-SK dated 1 December 2020 (hereinafter "ITC FCHI-SK") and the present Supplementary Insurance Terms and Conditions of the Foreigners' Comprehensive Health Insurance, SITC FHI dated 1 December 2018 (hereinafter "SITC FHI-SK"), supplementing the provisions of ITC FCHI-SK, and the provisions of the Insurance Contract, of which SITC FHI-SK form an integral part. In the event of a discrepancy between the provisions of the Insurance Contract and the provisions of the ITC FCHI-SK, the contract shall prevail. In the event of a discrepancy between the ITC FCHI-SK and the provisions of these SITC FHI-SK, the provisions of these SITC FHI-SK shall prevail; an instance when these SITC FHI-SK contain a more detailed regulation of the rights and obligations of the contractual parties to which the ITC FCHI-SK refer shall not be deemed to constitute a discrepancy.
2. SITC FHI govern the terms and conditions for the health insurance of Foreign Nationals in the Schengen Area, outside the Slovak Republic and transit countries, rendered only to the extent of urgent and emergency care. In case that the provisions of SITC FHI are inconsistent with the provisions of ITC FCHI-SK are always applicable the provisions of SITC FHI-SK.

Article 2. Definitions

Further to the provisions of ITC FCHI-SK, the following terms are specified below:

Acute Disease is a sudden disorder of the Insured Party's health, occurring during the existence of the insurance, which directly threatens the life or health of the Insured Party, independently of their will, and requires urgent and immediate treatment. Acute Diseases do not include such health disorders where treatment began before the commencement of the insurance or where the symptoms of the health disorder occurred prior to the commencement of the insurance, even though they were not medically examined or treated. Furthermore, Acute Diseases do not include such health disorders where medical care is appropriate and purposeful but may be postponed and only provided after the Insured Party's return to the country whose passport the Insured Party holds or another country in which the Insured Party has a residency permit.

Urgent and Emergency Health Care is health care provided to the Insured Party in the event of an injury or acute disease, where delays could cause serious deterioration of health condition, damage to health, or loss of life. The scope is further defined by the exclusions from the insurance and agreed Insurance Indemnification limits set out in the SITC FHI-SK. The Urgent and Emergency Health Care is provided within the Schengen Area, outside the Slovak Republic, and in transit countries.

Schengen Area is the territory of most European countries in which persons can cross borders of the contractual countries at any point without having to go through border control.

Transit Country means the country through which the Insured Party must necessarily pass when travelling along the fastest and shortest way from the Home Country to the place of insurance and back.

Article 3. Territory, Purpose of Stay

1. The territorial scope of the insurance is extended with the present SITC FHI-SK to cover Insurance Claims occurring within the Schengen Area outside the Slovak Republic and the territory of Transit Countries.
2. For the territory of the Schengen Area outside the Slovak Republic and the territory of Transit Countries, the insurance is valid to the extent of Urgent and Emergency Health Care.

3. As regards the purpose of the Insured Party's stay within the territory of the Schengen Area outside the Slovak Republic and the territory of Transit Countries, the insurance applies to a Tourist Stay only.
4. The duration of the stay within the territory of the Schengen Area outside the Slovak Republic must not exceed 30 days.

Article 4. Insurance Indemnification

Foreigners' health insurance covering urgent and emergency care	Limit of Insurance Benefit
Total limit	60 000 €
- repatriation and transportation	real costs up to total limit
- dental care	200 €

1. The upper limit of the Insurance Indemnification for damage incurred within the Schengen Area outside the Slovak Republic corresponds to the Insurance Indemnification limit specified in the Insurance Contract and this Article of SITC FHI-SK. The Insurance Indemnification and its amount shall be determined by the Insurer in accordance with ITC FCHI-SK, the present SITC FHI-SK and the Insurance Contract, on the basis of the presented documents.

Article 5. Insurance Claim

1. The Insurance Claim is a sudden Acute Disease or Injury of the Insured Party, occurring during the valid period of the insurance and requiring Urgent and Emergency Health Care, or Assistance Services, in accordance with the terms and conditions, and the agreed insurance cover. The obligation to provide benefit is limited by the Insurance Indemnification exclusions and limits.
2. Events that arise from one cause and include all the circumstances and their effects, where there is a causal, time, or other direct connection among such events, shall be considered one Insurance Claim.
3. The insured risk includes a change in the Insured Party's health condition as a consequence of an Acute Disease or Injury.
4. In connection with the Insurance Claim, the Insurer shall cover the reasonably and purposefully expended costs for:
 - a) Urgent and Emergency Health Care, which includes:
 - i. Urgent and emergency examination necessary for the determination of diagnosis and treatment procedure;
 - ii. Urgent and emergency medical treatment (outpatient);
 - iii. Urgent and emergency treatment in a health care centre (residential), in a standard room with standard equipment and standard medical care, over a necessary period of time; diagnostic examinations, treatment including surgery, anaesthetic, medication, medical supplies, and hospital meals;
 - iv. Medicines prescribed by a physician in connection with an Insurance Claim and corresponding to the concept of Urgent and Emergency Health Care;
 - v. Urgent and emergency treatment by a dentist during acute tooth pain, i.e., extraction or simple fillings (including X-rays), and treatment for the purpose of immediate pain relief related to the oral mucous membrane, up to the Insurance Indemnification limit set out in SITC FHI-SK;
 - b) Transportation from a doctor's office to a health care centre or from a health care centre to another specialised health care centre, if the Insured Party's current condition requires this, according to the assessment of the Assistance Service or the Insurer, and if such transportation is prescribed by the attending physician;
 - c) Transportation from a health care centre back to the place of residence within the territory of the Schengen Area, where the current health condition does not allow for the use of public transportation services;
 - d) Repatriation of the Insured Party - patient, if it is necessary and possible from the medical perspective; repatriation is assessed, approved, and organized by the Assistance Service or the Insurer, and the Insured Party is repatriated to the territory of the country whose passport the Insured Party holds, or to another country in which the Insured Party has a residency permit;
 - e) Transportation 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 residency permit; the transportation of the remains must be performed by a specialised organization approved by the Assistance Service or the Insurer.

Article 6. Exclusions

1. The Insurer is not obliged to provide Insurance Indemnifications if:
 - a) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification does not respect the instructions of the Insurer or the Assistance Service and does not effectively cooperate with them, or does not submit the documents required by the Insurer or the Assistance Service;
 - b) The Insured Party refuses to undergo repatriation;
 - c) The Insured Party refuses treatment or the necessary medical examinations by a physician designated by the Insurer or the 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 from their non-disclosure obligation vis-a-vis the Insurer or the Assistance Service, as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - e) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification has prevented the Insurer or the Assistance Service from contacting the attending physician or other institutions as requested by the Insurer or the Assistance Service;
 - f) The Insured Party or the person claiming insurance indemnification has knowingly provided the Insurer or the Assistance Service with false or incomplete information regarding the Damage Claim;
 - g) The Damage Claim occurred as a consequence of the violation of legal regulations by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification within the territory of the Schengen Area outside the Slovak Republic;
 - h) The Damage Claim occurred in connection with any disturbances provoked by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification or in connection with a crime committed or attempted by the Insured Party or the person claiming insurance indemnification;
 - i) The Damage Claim occurred in connection with the Insured Party's active or passive engagement in warfare, peace missions, combat or military events, participation of the Insured Party in an uprising, demonstration, riot or unrests, public violence, strikes or by the intervention or decision of public administration authorities;
 - j) The Damage Claim was caused by the Authorized Person or another person acting on the initiative of the Insured Party or the Authorized Person;
 - k) The Damage Claim originated in work carried out in places not designated for such purposes;
 - l) The Damage Claim occurred in relation to the Insured Party's or the person's claiming insurance indemnification active participation in a Terrorist Act or in preparation for it;
 - m) The Damage Claim occurred in the Slovak Republic, or in a country whose passport the Insured Party holds, or in a country where the Insured Party is a participant of the public health insurance system;
 - n) The Damage Claim occurred as a consequence of suicide, attempted suicide, or self-inflicted trauma by the Insured Party;
 - o) The Damage Claim occurred in connection with the consumption of alcohol or other narcotic, toxic, or psychotropic substances;
 - p) The Damage Claim occurred in connection with Dangerous and High-Risk Sports and Activities or in connection with Professional Sport, or during participation in Competitions or preparations for such Competitions;
 - q) The Damage Claim occurred in connection with business activities, performance of occupation, employment, or other gainful activities;
 - r) The Damage Claim was caused by nuclear energy or nuclear risks, or chemical or biological contamination;
 - s) The Damage Claim occurred as a consequence of the deliberate conduct, fault, or contributory fault of the Insured Party or the person claiming insurance indemnification;
 - t) Any events occurring after the 30-day period of continuous residence in a country of the Schengen Area outside the Slovak Republic or within a Transit Country.
2. The Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification for events that occurred prior to the premium payment.
3. Furthermore, the Insurer is not obliged to pay any Insurance Indemnification under the following circumstances:
 - a) the medical care is related to the treatment of illnesses or injuries which existed prior to the signing of the Insurance Contract, including medication;
 - b) the medical care is appropriate and purposeful but may be postponed and only provided after the Insured Party's return to the country whose passport the Insured Party holds or another country in which the Insured Party has a residency permit;
 - c) preventive check-ups, follow up examinations or medical examinations and treatment not related to a sudden illness or injury; check-ups, examinations, and treatment under letter c) of this paragraph require consent of the Assistance Service;
 - d) there are complications which occurred during the treatment of the illnesses or injuries to which this insurance does not apply;
 - e) The purpose of the stay is treatment or continued treatment;

- f) Examinations, check-ups, and other medical procedures are in the personal interest of the Insured Party, and do not serve a medical purpose;
- g) Examinations, check-ups, and other medical procedures relating to laboratory examination (including laboratory and ultrasound treatment) in connection with pregnancy, abortion, any complications in a risky pregnancy, any complications after the 18th week of pregnancy, childbirth including premature childbirth and postnatal period, examination and treatment of infertility and artificial insemination and the costs related to contraception and hormonal treatment; any complications in pregnancy, should the Insured Party be pregnant when taking out the insurance;
- h) non-acute dental treatment and related services, cost of dentures, dental crowns, bridges, removal of plaque or tartar;
- i) Treatment by the Insured Party's Relative or a person without corresponding qualifications, medical acts outside of a health care centre registered in the Schengen Area, treatment using methods which are not scientifically recognized in the Schengen Area;
- j) purchase of medicines and medical aids without a prescription;
- k) Vaccination with the exception of vaccination against tetanus and rabies in relation to injury;
- l) Physiotherapy, physical, and bath treatments, care at specialised treatment institutes, acupuncture and homeopathy, chiropractic treatment, exercise therapy, or self-sufficiency training;
- m) Medical treatment provided beyond the scope of Urgent and Emergency Health Care;
- n) Examination and treatment of mental and psychological diseases and disorders, psychotherapy and psychoanalysis;
- o) Examination and treatment of congenital defects;
- p) treatment of addictions, including all complications and related diagnoses;
- q) production and repair of prostheses (orthopaedic, dental), glasses, contact lenses, or hearing aids, and the purchase of braces of other than the basic model;
- r) compensation for extra medical care and services;
- s) payments for supplementary medicines, vitamin products, and food supplements;
- t) payments for cosmetic and aesthetic surgeries;
- u) reimbursement of costs of regulatory fees and surcharges;
- v) complications caused by violation of the treatment regime established by the attending physician.
- w) examination and treatment of hepatitis, from the diagnosis;
- x) organ transplants, treatment of haemophilia, insulin therapy, except for the provision of emergency care, treatment of chronic renal insufficiency with haemodialysis, or with peritoneal dialysis, treatment with growth hormone, interferon treatment, and medication initiated prior to the valid period of the insurance;
- y) examination and treatment of contagious venereal diseases, including HIV/ AIDS, from the moment of diagnosis;

Article 7. Insured Party's Responsibilities

If a Damage Claim occurs in a Transit Country or a country of the Schengen Area outside the Slovak Republic, then in addition to the obligations of the Insured Party specified in Article 13 (II) of ITC FCHI-SK, the Insured Party shall upon the request of the Assistance Service be obliged to document that he/she has been staying outside the Slovak Republic for fewer than 30 days. This obligation shall also apply to a person who is claiming a right to insurance Indemnifications.

Article 8. Final Provisions

1. The present SITC FHI-SK complements the provisions of ITC FCHI-SK and form – together with ITC FCHI-SK – an integral part of the Insurance Contract.
2. These Supplementary Insurance Terms and Conditions shall become effective on 1 December 2020.



Poistné podmienky komplexného zdravotného poistenia cudzincov

PP ZPCK-SK zo dňa 1. decembra 2020

Článok 1. Úvodné ustanovenia

1. Pre komplexné zdravotné poistenie cudzincov platí zákon č. 40/1964 Zb., Občiansky zákonník, v platnom znení (ďalej len „Občiansky zákonník“) a ustanovenia poistnej zmluvy, ktorej neoddeliteľnou súčasťou sú tieto poistné podmienky zdravotného poistenia cudzincov z dňa 1. decembra 2020 (ďalej len PP ZPCK-SK). Poistenie sa riadi právnym poriadkom Slovenskej republiky.
2. Poistenie spĺňa podmienky zákona č. 404/2011 Z. z., o pobyte cudzincov, v platnom znení.
3. Poistovateľom sa rozumie INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, so sídlom Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgicko, zapísaný v obchodnom registri vedenom Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračným číslom 0415591055 (ďalej len poistovateľ).
4. Poistenie sa uzatvára ako neživotné škodové poistenie.

Článok 2. Výklad pojmov

Asistenčná služba je právnická osoba, ktorá v mene a v zastúpení poistovateľa poskytuje poistenému alebo oprávnenej osobe poistné plnenie a súvisiace asistenčné služby. Asistenčná služba zastupuje poistovateľa pri uplatňovaní, prešetrovaní a likvidácii poistných udalostí. Asistenčná služba alebo iný poistovateľom poverený zástupca majú právo konať v mene poistovateľa pri všetkých poistných udalostiach vymedzených týmito PP ZPCK-SK. Adresa asistenčnej služby: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 PRAHA 4 – Pankrác, Česká republika.

Bežné športy sú nasledujúce bežné oddychové športové aktivity a športy prevádzkované na rekreačnej úrovni: aerobik, airsoft, aquaerobic, bedminton, baseball, basketbal, beh, beh na lyžiach po vyznačených trasách, boccia, bowling, bridge, korčuľovanie na ľade, bumerang, bungee running, bungee trampolín, curling, cyklistika, cykloturistika, dragboat – dračie lode, fitnes a bodybuilding, florbal, footbag, futbal, frisbee, goalball, golf, hádzaná, horský bicykel (okrem zjazdu), cheerleaders (roztlieskavačky), jazda na vodnom šliapadle, joga, kartové a iné spoločenské hry, cyklobeh, bicyklebal, futbal, korfbal, kriket, biliard, hra o gulky, kulturistika, kolky, lukostrelba, lyžovanie po vyznačených trasách, curling, nízke lanové prekážky (do 1,5 m), minitrampolína, moderná gymnastika, nohejbal, orientačný beh (vrátane rádiového), petanque, plávanie, plážový volejbal, showdown, snoubording po vyznačených trasách, softbal, spinning, športové modelárstvo, športové rybárčenie, športová strelba (strelba na terč s použitím strelnej zbrane), squash, stolný futbal, stolný hokej, stolné spoločenské hry, stolný tenis, streetball, synchronizované plávanie, šach, šerm športový (klasický), šípky, šnorchlovanie, tanec spoločenský, tenis, tchoukball, veslovanie, vodné lyžovanie, vodné pólo, volejbal, vysokohorská turistika na značených cestách bez použitia horolezeckých pomôcok a via ferrata stupňa náročnosti A, žongľovanie (diabolo, fireshow, juggling, yoyo) a ďalšie športy obdobnej rizikovosti.

Cudzinec je fyzická osoba, ktorá nie je štátnym občanom Slovenskej republiky.

Čas čakania je obdobie, počas ktorého nevzniká poistovateľovi povinnosť poskytnúť poistné plnenie z udalostí, ktoré by inak boli poistnými udalosťami. Čas čakania sa počíta odo dňa začiatku poistnej doby.

Jednorazové poistné je poistné stanovené na celé poistné obdobie. Jednorazové poistné náleží poistovateľovi vždy celé.

Komplexná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje poistovateľ v rozsahu obdobnom verejnemu poisteniu na území SR, no s ustanovenými výlukami z poistenia uvedenými v čl. 8 týchto PP ZPCK-SK a ustanovenými limitmi poistného plnenia uvedenými v čl. 7 týchto PP ZPCK-SK.

Materská krajina je štát, ktorého je poistený štátnym občanom.

Novorodenec je pre účel tohto poistenia dieťa od narodenia do konca 3. mesiaca veku.

Nebezpečné a rizikové druhy športov a aktivít sú také aktivity, ktorých nebezpečnosť prekračuje bežné riziko pri športovej činnosti, ako napríklad skoky na lane, na lyžiach, padákom, bezmotorové a motorové lietanie všetkého druhu, horolezectvo všetkého druhu, vodné lyžovanie, splavovanie riek všetkého druhu a potápanie všetkého druhu, skialpinizmus, lyžovanie a snoubording mimo vyznačených tratí alebo mimo stanoveného času prevádzky na vyznačených tratiach, akrobatické lyžovanie, jazda na boboch a skiboboch, snowrafting, motoristické športy všetkého druhu, motorové športy na snehu, ľade a vode, canyoning a speleológia, kaskadérstvo, bojové športy, terénne zjazdy na horských bicykloch, jazda na koni, skatebode, skeleton, inline korčuľovanie a aktivity vedúce k prekonalaniu športových rekordov a ďalšie extrémne a adrenalínové športy. O nebezpečnosti športov a aktivít rozhoduje poistovateľ.

Oprávnená osoba je osoba, ktorej v dôsledku poistnej udalosti vznikne právo na poistné plnenie.

Osoba blízka je osoba podľa § 116 Občiansky zákonník, t. j. príbuzný v priamom rade, súrodenec, manžel, partner podľa iného zákona upravujúceho registrované partnerstvo; iné osoby v pomere rodinnom alebo obdobnom sa pokladajú za osoby sebe navzájom blízke, pokiaľ by ujmu, ktorú utrpela jedna z nich, druhá dôvodne pociťovala ako vlastnú ujmu. Predpokladá sa, že blízkymi osobami sú aj osoby vo švagrovskom vzťahu alebo osoby, ktoré spolu trvalo žijú.

Poistovateľ je právnická osoba, ktorá je oprávnená vykonávať poisťovaciu činnosť podľa zákona č. 39/2015 Z. z., o poisťovníctve, v platnom znení.

Poistná doba je obdobie, na ktoré je uzatvorené poistenie.

Poistná udalosť je náhodná udalosť krytá poistením bližšie označená v poistnej zmluve alebo poistných podmienkach, ktorá nastane počas poistnej doby a na základe ktorej vzniká poisťovateľovi povinnosť poskytnúť poistníkovi alebo tretej osobe poistné plnenie podľa ustanovení poistných podmienok.

Poistné plnenie je plnenie, ktoré je poisťovateľ povinný poskytnúť, pokiaľ nastala poistná udalosť; poisťovateľ ho poskytne v súlade s obsahom poistných podmienok a/alebo zmluvných ustanovení k poisteniu.

Poistník je osoba, ktorá s poisťovateľom uzatvorila poistnú zmluvu.

Poistenie je právny vzťah založený poistnou zmluvou, ktorou sa poisťovateľ zaväzuje voči poistníkovi poskytnúť jemu alebo tretej osobe poistné plnenie, ak nastane náhodná udalosť krytá poistením (poistná udalosť), a poistník sa zaväzuje zaplatiť poisťovateľovi poistné.

Poistený je fyzická osoba, ktorá je menovite, prípadne iným jednoznačným spôsobom, uvedená pri uzatvorení poistenia a na ktorej zdravie sa poistenie vzťahuje, prípadne, ktorej práva a oprávnené záujmy sú predmetom poistenia.

Popôrodná starostlivosť o novorodenca je zdravotná starostlivosť poskytnutá novorodencovi poistenej ženy, počas trvania jej poistenia a keď zdravotná starostlivosť bezprostredne nadväzuje na pôrod a je poskytovaná až do dňa ukončenia nepretržitej hospitalizácie novorodenca; aplikujú sa výluky podľa čl. 8 týchto PP ZPCK-SK.

Pracovný pobyt je pobyt spojený s výkonom podnikateľskej činnosti, povolania, zamestnania alebo inej zárobkovej činnosti.

Profesionálny šport je dosahovanie športových výsledkov za finančnú alebo inú odmenu.

Študijný pobyt je pobyt s cieľom štúdia.

Škodová udalosť je skutočnosť, z ktorej vznikla škoda a ktorá by mohla byť dôvodom vzniku práva na poistné plnenie.

Teroristický akt je použitie sily alebo násilia alebo hrozba použitia sily alebo násilia akejkoľvek osoby alebo skupiny ľudí, samostatne alebo v niečí prospech, alebo v spolupráci s akoukoľvek organizáciou alebo vládou, spáchané z politického, náboženského, ideologického alebo etnického dôvodu alebo účelu, spôsobujúce ujmu na ľudskom zdraví, hmotnom alebo nehmotnom majetku alebo infraštruktúre, vrátane úmyslu ovplyvňovať akúkoľvek vládu, zastrášať obyvateľstvo alebo časť obyvateľstva.

Turistický pobyt je rekreačný a/alebo poznávací pobyt vrátane prevádzkovania bežných športov a aktivít na rekreačnej úrovni; turistickou cestou nie je prevádzkovanie nebezpečných a rizikových druhov športov a aktivít.

Úraz je neočakávané a náhle pôsobenie vonkajších síl alebo neočakávané a neprerušené pôsobenie vysokých alebo nízkych vonkajších teplôt, plynov, pár a jedov (s výnimkou jedov mikrobiálnych a látok imunotoxických) alebo vlastnej telesnej sily nezávisle od vôle poisteného, ktorých pôsobenie spôsobilo poistenému telesné poškodenie alebo smrť, ku ktorému/ktorej došlo v období trvania poistenia.

Verejne organizovaná športová súťaž (ďalej len súťaž) je súťaž organizovaná akoukoľvek telovýchovnou či inou organizáciou, športovým či iným klubom, ako aj celá príprava na túto činnosť alebo vopred organizovaná výprava s cieľom dosiahnutia zvláštnych športových výsledkov.

Článok 3. Vznik, trvanie a zánik poistenia, poistná doba, poistné

1. Poistná zmluva, ktorej predmetom je poistenie, je uzatvorená zaplatením poistného vo výške uvedenej v návrhu poistnej zmluvy.
2. K uzatvoreniu poistnej zmluvy je potrebné, aby bol návrh poistnej zmluvy prijatý zaplatením poistného najneskôr do 30 dní odo dňa, keď záujemca o poistenie prijal návrh poistnej zmluvy. V prípade, že poistník neuhradí poistné v lehote uvedenej v predchádzajúcej vete, platnosť návrhu poistnej zmluvy zaniká.
3. Poisťovateľ stanoví poistné podľa rozsahu poistenia, ohodnotenia rizika, limitu poistného plnenia, prípadne ďalších skutočností rozhodujúcich o jeho výške. Poistné je jednorazové, jeho výška je uvedená v poistnej zmluve a je splatné v mene, ktorú si poistník zvolil pri uzatvorení poistnej zmluvy.
4. Zaplatením poistného sa rozumie:
 - a) okamih, keď bolo poistné pripísané na účet poskytovateľa platobných služieb poisťovateľa, ak platí poistník poistné poisťovateľovi,
 - b) okamih, keď bolo poistné pripísané na účet poskytovateľa platobných služieb zástupcu poisťovateľa, ak platí poistník zástupcovi poisťovateľa,
 - c) odovzdanie hotovosti poisťovateľovi, ak poistník platí poistné v hotovosti priamo poisťovateľovi alebo ním poverenému zamestnancovi,

- d) odovzdanie hotovosti zástupcovi poisťovateľa, ak poisťník platí poisťné v hotovosti zástupcovi poisťovateľa.
5. Poisťovateľ má právo na poisťné za celé obdobie poistenia, ak nie je v poisťnej zmluve alebo týchto PP ZPCK-SK uvedené inak.
 6. Ak je uzatvorená poisťná zmluva podľa ustanovení odseku 1 a 2 tohto článku, poistenie vzniká (t. j. je účinné) od 0.01 hod. dňa uvedeného v poisťnej zmluve ako deň začiatku poistenia.
 7. Poistenie sa uzatvára na poisťnú dobu uvedenú v poisťnej zmluve a končí sa o 24.00 hod. dňa uvedeného v poisťnej zmluve ako deň konca poistenia.
 8. Poistenie zaniká:
 - a) uplynutím poisťnej doby poistenia;
 - b) písomnou dohodou zmluvných strán;
 - c) výpoveďou poisťovateľa alebo poisťníka;
 - d) ďalšími spôsobmi uvedenými v občianskom zákonníku.
 9. Písomnou dohodou je možné ukončiť poistenie iba za predpokladu, že písomná dohoda bude uzatvorená najneskôr v deň uvedený v poisťnej zmluve ako deň začiatku poistenia; v takom prípade vráti poisťovateľ poisťníkovi zaplatené poisťné znížené o náklady spojené s uzatvorením poisťnej zmluvy a jej správou, ktorá predstavuje 20 % predpísaného poisťného. Poisťník a poistený sú povinní vrátiť poisťovateľovi všetky dokumenty potvrdzujúce uzatvorenie poistenia.
 10. Ak zanikne poistenie pred uplynutím poisťnej doby z iného dôvodu, ako je uvedené v predchádzajúcom odseku, prináleží poisťovateľovi poisťné do konca poisťnej doby, ak nie je v Občianskom zákonníku alebo v poisťnej zmluve uvedené inak.
 11. Poistenie nemôže byť počas poisťnej doby prerušené.
 12. Skutočnosť, že sa poistený stane účastníkom verejného zdravotného poistenia, nie je dôvodom zániku tohto poistenia.

Článok 4. Územný rozsah, typy poistenia

1. Územný rozsah poistenia sa vzťahuje len na poisťné udalosti, ktoré vznikli na území Slovenskej republiky.
2. Poistenie sa vzťahuje na: turistický, študijný aj pracovný pobyt.

Článok 5. Poisťný program

1. Poistenie sa uzatvára na jeden z poisťných programov:
 - a) **ŠTANDARD** – tento poisťný program zahŕňa poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti poistenému na území SR; v tomto programe sú uplatňované časy čakania podľa článku 6 týchto PP ZPCK-SK.
 - b) **MATKA** – tento poisťný program zahŕňa poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti poistenej matky v súvislosti s jej tehotenstvom a pôrodom bez časov čakania. Nad rámec rozsahu poisťného programu ŠTANDARD je poistená aj popôrodná zdravotná starostlivosť o novorodenca poistenej, ktorý sa narodil počas trvania jej poistenia.
2. Uzatvorený poisťný program je uvedený v poisťnej zmluve.

Článok 6. Predmet poistenia a Poisťná udalosť

1. Predmetom poistenia je zdravie poisteného, poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytuje poisťovateľ v rozsahu obdobnom verejnemu poisteniu vrátane starostlivosti preventívnej, dispenzárnej a súvisiacej s tehotenstvom, no s ustanovenými výlukami z poistenia uvedenými v čl. 8 týchto PP ZPCK-SK a ustanovenými limitmi poisťného plnenia uvedenými v čl. 7 týchto PP ZPCK-SK.
2. Poisťnou udalosťou je ochorenie, úraz alebo iná zmena zdravotného stavu poisteného, ku ktorej došlo v období účinnosti poistenia, po uplynutí času čakania a na území Slovenskej republiky. Čas čakania sa uplatňuje pre prípady úhrady zdravotnej starostlivosti:
 - v tehotenstve v dĺžke 3 mesiace odo dňa začiatku poisťnej doby
 - v prípade pôrodu 8 mesiacov odo dňa začiatku poisťnej doby. Časy čakania sa neuplatňujú, ak je uzatvorený poisťný program Matka.
3. Komplexná zdravotná starostlivosť je poskytovaná v zmluvných zdravotníckych zariadeniach poisťovateľa na území Slovenskej republiky. V prípade, keď dôjde k náhlemu zhoršeniu zdravotného stavu poisteného a hrozí vážne poškodenie jeho zdravia či ohrozenie jeho života v dôsledku omeškania, poisťovateľ uhradí náklady aj takému zdravotníckemu zariadeniu na území Slovenskej republiky, ktoré nemá s poisťovateľom pre toto poistenie uzatvorenú zmluvu. Uhradené budú nutné a primerané náklady, preukázateľne vynaložené na zdravotnú starostlivosť, a to len do chvíle, než bolo možné zaistiť zdravotnú starostlivosť zmluvným zdravotníckym zariadeniam a do výšky hradenej poisťovateľom zmluvnému zariadeniu.
4. Udalosti vzniknuté z jednej príčiny a zahŕňajúce všetky skutočnosti a ich následky, medzi ktorými existuje príčinná a časová alebo iná priama súvislosť, sa považujú za jednu poisťnú udalosť.

5. Poistovateľ hradí v súvislosti s poistnou udalosťou primerané a účelne vynaložené náklady na:
- komplexnú zdravotnú starostlivosť, ktorá je poskytovaná v zmluvnom zdravotníckom zariadení
 - lieky predpísané ambulantne lekárom v súvislosti s poistnou udalosťou; maximálne však do výšky limitu poistného plnenia uvedeného v čl. 7. Poistné plnenie týchto PP ZPCK-SK
 - nutné a neodkladné ošetrovanie zubným lekárom pri akútnych bolestivých stavoch zubov, liečených extrakciou alebo jednoduchou výplňou (vrátane RTG), a ošetrovanie s cieľom bezprostrednej úľavy od bolesti vzťahujúcej sa na sliznicu dutiny ústnej; maximálne však do limitu poistného plnenia uvedeného v článku 7. Poistné plnenie týchto PP ZPCK-SK.
 - starostlivosť v tehotenstve a pôrod; ak nie je uzatvorený typ poistenia Matka, uplatňujú sa časy čakania podľa článku 6 odseku 2 týchto PP ZPCK-SK; ak je uzatvorený typ poistenia Matka, časy čakania sa neuplatňujú
 - popôrodnú zdravotnú starostlivosť o novorodenca, pokiaľ je v poistnej zmluve dohodnutý poistný program Matka; popôrodná zdravotná starostlivosť o novorodenca je týmto poistením krytá do výšky limitu poistného plnenia uvedeného v článku 7 Poistné plnenie týchto PP ZPCK-SK
 - prepravu od lekára do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia do iného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia, pokiaľ to stav poisteného podľa posúdenia asistenčnej služby alebo poistovateľa vyžaduje a ošetrojúci lekár ju predpíše
 - repatriáciu chorého poisteného, ktorá je zo zdravotného hľadiska nutná a možná; repatriácia je posudzovaná, schvaľovaná a organizovaná asistenčnou službou alebo poistovateľom, a poistený je repatriovaný na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, poprípade do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt
 - prepravu telesných ostatkov poisteného späť na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastnil, poprípade do iného štátu, v ktorom mal poistený povolený pobyt; preprava ostatkov je vykonaná špecializovanou organizáciou schválenou asistenčnou službou alebo poistovateľom.

Článok 7. Poistné plnenie

Zdravotná starostlivosť	Limit poistného plnenia	
	ŠTANDARD	MATKA
Celkový limit	60 000 €	60 000 €
repatriácia a transporty	skutočné náklady do celkového limitu	skutočné náklady do celkového limitu
stomatologické ošetrovanie	200 €	200 €
ambulantne predpísané lieky	200 €	200 €
popôrodná starostlivosť o novorodenca		12 000 €

- Horná hranica poistného plnenia za škody vzniknuté na území Slovenskej republiky je určená limitom poistného plnenia, ktorého výška je uvedená v poistnej zmluve a v tomto článku týchto PP ZPCK-SK. Uvedené limity poistného plnenia sa vzťahujú na jednu poistnú udalosť.
 - O poistnom plnení a jeho výške rozhoduje poistovateľ v súlade s týmito PP ZPCK-SK a poistnou zmluvou na základe predložených dokladov.
- 3. Prešetrovanie poistnej udalosti**
- 3.1 Ak nastane udalosť, s ktorou ten, kto sa pokladá za oprávnenú osobu, spája požiadavku na poistné plnenie, oznámi to poistovateľovi bez zbytočného odkladu, podá mu pravdivé vysvetlenie o vzniku a rozsahu následkov takej udalosti, o právach tretích osôb a o akomkoľvek viacnásobnom poistení; súčasne predloží poistovateľovi potrebné doklady a postupuje spôsobom uvedeným v poistnej zmluve a poistných podmienkach. Ak nie je osoba, ktorá sa pokladá za oprávnenú osobu, súčasne poistníkom alebo poisteným, majú povinnosti uvedené v ustanovení tohto odseku aj poistník a poistený.
 - 3.2 Bez zbytočného odkladu po oznámení podľa odseku 3.1 tohto článku začne poistovateľ prešetrovanie nutné na zistenie existencie a rozsahu jeho povinnosti plniť. Vyšetrovanie je ukončené oznámením jeho výsledkov osobe, ktorá uplatnila právo na poistné plnenie; na žiadosť tejto osoby jej poistovateľ v písomnej forme zdôvodní výšku poistného plnenia, poprípade dôvod jeho zamietnutia.

- 3.3 Ak obsahuje oznámenie podľa prechádzajúcich odsekov vedome nepravdivé alebo hrubo skreslené podstatné údaje týkajúce sa rozsahu oznámenej udalosti, alebo sa v ňom zamlčia vedome údaje týkajúce sa tejto udalosti, má poisťovateľ právo na náhradu nákladov účelne vynaložených na vyšetrovanie skutočností, o ktorých mu boli tieto údaje oznámené alebo zamlčané. Ak poisťník alebo iná osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vyvolá náklady na vyšetrovanie alebo ich zvýšenie porušením povinností, má poisťovateľ voči nemu právo na primeranú náhradu.
- 3.4 Ak sú pre to dôvody súvisiace s prešetrovaním poistnej udalosti, môže poisťovateľ požadovať údaje o zdravotnom stave a zistenie zdravotného stavu alebo príčiny smrti poisteného, pokiaľ k tomu bol poisťovateľovi daný súhlas poisteného alebo oprávnenej osoby v prípade smrti poisteného. Ak poistený alebo oprávnená osoba neposkytne poisťovateľovi súhlas alebo ak odvolá súhlas v priebehu prešetrovania poistnej udalosti a ak má táto skutočnosť podstatný vplyv na zistenie či určenie výšky poistného plnenia, má poisťovateľ právo znížiť poistné plnenie úmerne k tomu, aký vplyv mala táto skutočnosť na rozsah poisťovateľovej povinnosti plniť.
- 3.5 Zisťovanie podľa predchádzajúceho odseku sa robí na základe vyšetrenia lekárom určeným poisťovateľom. Poisťovateľ v tomto prípade hradí:
- náklady spojené s touto lekárskou prehliadkou alebo vyšetrením;
 - cestovné náklady vo výške cestovného lístka verejnej autobusovej alebo železničnej osobnej dopravy druhej triedy;
 - náklady na vystavenie lekárskej správy, pokiaľ ju vyžaduje.
- 3.6 Pokiaľ poisťovateľ lekársku prehliadku, vyšetrenie alebo lekársku správu nevyžaduje, náklady s nimi spojené nehradí.
4. Poistné plnenie je splatné do 15 dní od ukončenia prešetrovania podľa predchádzajúcich odsekov. Ak nemožno ukončiť prešetrovanie nutné na zistenie poistnej udalosti, rozsahu poistného plnenia alebo na zistenie osoby oprávnenej prijať poistné plnenie do 3 mesiacov odo dňa oznámenia, poisťovateľ oznamovateľovi oznámi, prečo nemožno prešetrovanie ukončiť; ak o to požiada oznamovateľ, oznámi mu poisťovateľ dôvody v písomnej forme. Poisťovateľ poskytne osobe, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, na jej žiadosť na poistné plnenie primeranú zálohu; to neplatí, ak je rozumný dôvod poskytnutie zálohy odprieť.
5. Poistné plnenie je vždy splatné v mene platnej na území vzniku poistnej udalosti, pokiaľ nie je dohodnuté inak.
6. Ak malo porušenie povinnosti poisťníka, poisteného alebo inej osoby, ktorá má na poistné plnenie právo, podstatný vplyv na vznik poistnej udalosti, jej priebeh, na zväčšenie rozsahu jej následkov alebo na zistenie či určenie výšky poistného plnenia, má poisťovateľ právo znížiť poistné plnenie úmerne k tomu, aký vplyv malo toto porušenie na rozsah poisťovateľovej povinnosti plniť.
7. Ak spôsobila úmyselne poistnú udalosť buď osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, alebo z jej podnetu osoba tretia, nevzniká žiadnej osobe právo na poistné plnenie z tohto poistenia.
8. Povinnosť poisťovateľa poskytnúť poistné plnenie je obmedzená výlukami a limitmi poistného plnenia.

Článok 8. Výluky z poistenia

1. Poisťovateľ nie je povinný poskytnúť poistné plnenie, s výnimkou zdravotnej starostlivosti preventívnej, dispenzárnej a súvisiacej s tehotenstvom poistenej matky a pôrodom jej dieťaťa, v prípadoch ak:
- a) sa poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, neriadi pokynmi poisťovateľa alebo asistenčnej služby a účinne s nimi nespôlpracuje, alebo ak nepredloží poisťovateľom alebo asistenčnou službou požadované doklady
 - b) poistený odmietne podstúpiť poisťovateľom navrhovanú repatriáciu
 - c) poistený odmietne ošetrovanie alebo potrebné lekárske vyšetrenie lekárom alebo zdravotníckym zariadením, ktorého určil poisťovateľ alebo asistenčná služba
 - d) poisťovateľ nemohol prešetriť škodovú udalosť z dôvodu, že poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, nezbavil/a mlčanlivosti voči poisťovateľovi alebo asistenčnej službe ošetrujúceho lekára alebo ďalšie inštitúcie, o ktoré poisťovateľ alebo asistenčná služba poisteného požiada
 - e) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, znemožnil/a poisťovateľovi alebo asistenčnej službe nadviazať kontakt s ošetrujúcimi lekármi alebo ďalšou inštitúciou, o ktorý poisťovateľ alebo asistenčná služba požiada
 - f) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vedome nepravdivo alebo neúplne informoval/a poisťovateľa alebo asistenčnú službu o škodovej udalosti
 - g) škodová udalosť nastala v súvislosti s výtržnosťou, ktorú vyvolal poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie alebo v súvislosti s trestnou činnosťou, ktorú spáchal poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, alebo pokusu o ne; táto výluka sa neuplatňuje v prípade úrazu
 - h) škodová udalosť nastala v súvislosti s aktívnou alebo pasívnou účasťou poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vo vojnovom konflikte, v mierových misiách, v bojových alebo vojnových akciách, účasťou poisteného na vzbure, demonštrácii, povstaniach alebo nepokojoch, verejných násilnostiach, štrajkoch alebo zásahom alebo rozhodnutím orgánov verejnej správy

- i) škodová udalosť bola spôsobená oprávnenou osobou alebo inou osobou z podnetu poisteného alebo oprávnenej osoby
 - j) škodová udalosť nastala v súvislosti s aktívnou účasťou poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, na teroristickom akte alebo s prípravou naň
 - k) škodová udalosť nastala mimo územia SR
 - l) škodová udalosť nastala v súvislosti s požitím alkoholu alebo iných omamných, toxických či psychotropných látok; táto výluka sa neuplatňuje v prípade úrazu
 - m) škodová udalosť nastala v súvislosti s prevádzkovaním nebezpečného alebo rizikového druhu športu alebo aktivity, alebo v súvislosti s prevádzkovaním profesionálneho športu, alebo počas účasti na súťažiach a prípravy na ne
 - n) škodová udalosť bola spôsobená jadrovou energiou alebo jadrovými rizikami alebo chemickou alebo biologickou kontamináciou
 - o) škodová udalosť nastala v dôsledku úmyselného konania, zavinenia či spoluzavinenia poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie; táto výluka sa neuplatňuje v prípade úrazu.
2. Poisťovateľ nie je povinný poskytnúť poistné plnenie z udalostí, ktoré nastali pred zaplatením poistného.
3. Poisťovateľ ďalej nie je povinný poskytnúť poistné plnenie v prípadoch:
- a) keď liečebná starostlivosť súvisí s ošetrovaním ochorenia či úrazu, ktoré existovali alebo ktorých príčina či príznaky nastali pred uzatvorením poistnej zmluvy, a to vrátane podávania liekov
 - b) keď liečebná starostlivosť súvisí s ošetrovaním ochorenia či úrazov, ktorých príčina alebo príznaky nastali pred uzatvorením poistnej zmluvy alebo počas času čakania
 - c) komplikácií, ktoré sa vyskytnú pri liečbe ochorenia alebo úrazov, na ktoré sa toto poistenie nevzťahuje
 - d) keď je účelom pobytu liečenie alebo pokračovanie liečenia začatého mimo územia Slovenskej republiky
 - e) vyšetrenia, prehliadok a iných zdravotných výkonov v osobnom záujme poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, ktoré nesledujú liečebný účel (napr. interrupcia, vyšetrenie a liečba neplodnosti a umelého oplodnenia a nákladov spojených s antikoncepciou a hormonálnou liečbou, vypracovanie lekárskeho potvrdenia na vlastnú žiadosť)
 - f) neakútneho ošetrovania zubov a služieb s tým spojených, nákladov na zubné náhrady, korunky alebo úpravy čelustí, zubné strojčky, mostíky, odstránenie zubného kameňa alebo povlaku
 - g) liečenia osobou blízkou alebo osobou bez zodpovedajúcej kvalifikácie, liečebných úkonov mimo zdravotníckeho zariadenia registrovaného na území Slovenskej republiky, liečenia metódami vedecky neuznávanými na území Slovenskej republiky
 - h) nákupu liekov a zdravotníckych pomôcok bez lekárskeho predpisu, náhrad za podporné lieky, vitamínové preparáty a doplnkovú stravu
 - i) očkovania s výnimkou povinného očkovania v súlade so zákonom č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, v platnom znení, a ďalej očkovania proti tetanu a besnote v súvislosti s úrazom
 - j) kúpeľnej starostlivosti alebo liečenia, fyzikálnej a kúpeľovej liečby
 - k) akupunktúry a homeopatie
 - l) keď lekárska starostlivosť je poskytnutá v nezmluvnom zdravotníckom zariadení
 - m) popôrodnej starostlivosti o novorodenca poistenej matky, ak nebol v čase vzniku škodovej udalosti účinný poistný program Matka
 - n) vyšetrenia a liečenia vrodených vývojových chýb od stanovenia diagnózy, ak nebol v čase vzniku škodovej udalosti účinný poistný program Matka
 - o) liečenia závislostí vrátane všetkých komplikácií a súvisiacich diagnóz
 - p) zhotovenia a opravy protéz (ortopedických, zubných), okuliarov, kontaktných šošoviek alebo načúvacích prístrojov a nákupu ortéz v inom než základnom vyhotovení
 - q) nákladov na poskytnutie lekárskej starostlivosti, ktorá by nebola hrazená z verejného zdravotného poistenia, pokiaľ by poistený bol jeho účastníkom
 - r) náhrad za kozmetické a estetické zákroky
 - s) náhrad nákladov na regulačné poplatky a doplatky
 - t) komplikácií spôsobených porušením liečebného režimu stanoveného ošetrovujúcim lekárom.

Článok 9. Prechod práva poisteného na poisťovateľa

1. Ak vzniklo v súvislosti s hroziacou alebo poistnou udalosťou osobe, ktorá má právo na poistné plnenie, poistenému alebo osobe, ktorá vynaložila zachraňovacie náklady, proti inému právo na náhradu škody alebo iné obdobné právo, prechádza táto pohľadávka vrátane príslušenstva, zaistenia a ďalších práv s ňou spojených okamihom výplaty plnenia z poistenia na poisťovateľa, a to až do výšky plnenia, ktoré poisťovateľ oprávnenej osobe vyplatil. To neplatí, ak vzniklo tejto osobe také právo voči tomu, kto s ňou žije v spoločnej domácnosti alebo je na ňu odkázaný výživou, pokiaľ nespôsobil poistnú udalosť úmyselne.
2. Osoba, ktorej právo na poisťovateľa prešlo, vydá poisťovateľovi potrebné doklady a oznámi mu všetko, čo je na uplatnenie pohľadávky potrebné, najmä oznámi poisťovateľovi pravdivé a úplné informácie o poistnej udalosti, o tretej osobe, voči ktorej má právo na náhradu škody alebo iné obdobné právo, o jej poisťovateľovi, prípadne právnom zástupcovi, prípadne o ďalších osobách konajúcich v mene tretej osoby a ďalej prípadne o náhrade škody prijatej od tretej osoby alebo iného poisťovateľa.
3. Ak osoba, ktorej právo na poisťovateľa prešlo, uplatňuje nárok na náhradu škody voči tretej osobe zodpovednej za vznik poistnej udalosti alebo voči poisťovateľovi tretej osoby, je táto osoba povinná informovať tretiu osobu alebo poisťovateľa tretej osoby o existencii práva poisťovateľa na náhradu škody podľa tohto článku. Osoba, ktorej právo prešlo na poisťovateľa, je ďalej povinná vyvinúť potrebnú súčinnosť, aby právo poisťovateľa voči tretej osobe alebo voči poisťovateľovi tretej osoby mohlo byť uplatnené. Osoba, ktorej právo prešlo na poisťovateľa, je ďalej povinná vykonať všetky opatrenia, aby nedošlo k premlčaniu alebo zániku práva poisťovateľa na náhradu škody podľa tohto článku.
4. Ak zmarí osoba, ktorej právo na poisťovateľa prešlo, prechod práva na poisťovateľa, má poisťovateľ právo znížiť plnenie z poistenia o sumu, ktorú by inak mohol získať. Ak už poisťovateľ poskytol poistné plnenie, má právo na náhradu až do výšky tejto sumy.

Článok 10. Spracovanie osobných údajov

1. Poisťovateľ ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje poistníka a poisteného (ďalej len „dotknutá osoba“) v rozsahu zákona č. 18/2018 Z. z., o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z. z.“). Prevádzkovateľ spracúva osobné údaje na základe plnenia zmluvy v zmysle ods. 1 písm. b) § 19 zákona č. 18/2018 Z. z.
2. Dotknutá osoba potvrdzuje, že pred získaním jeho osobných údajov mu boli oznámené informácie v zmysle § 19 a § 20 zákona č. 18/2018 Z. z.
3. Dotknutá osoba berie na vedomie, že poskytnutie týchto osobných údajov je dobrovoľné, no je nevyhnutné pre uzatvorenie poistenia

Článok 11. Forma právneho konania, doručovanie písomností

1. Právne konania smerujúce k zmene alebo zániku poistenia musia byť urobené v písomnej forme.
2. Oznámenie škodovej udalosti môže byť urobené aj telefonicky či prostredníctvom e-mailu; ak však o to požiadame, musí byť oznámenie škodovej udalosti urobené písomne na príslušnom formulári.
3. Korešpondencia pri prešetrovaní škodovej udalosti môže byť doručovaná aj prostredníctvom e-mailu na e-mailovú adresu poisťovateľa, asistenčnej služby a/alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie.
4. Ak o to požiadate, oznámime vám výsledok prešetrovania poistnej udalosti v písomnej forme, prípadne vám v písomnej forme oznámime, prečo nie je možné prešetrovanie ukončiť v stanovenej lehote.
5. Právne konanie, ktoré musí byť urobené v písomnej forme, musí byť druhému účastníkovi doručené v súlade s ustanovením tohto článku.
6. Právne konanie v písomnej forme (ďalej tiež len „písomnosť“) je adresátovi doručované:
 - a) prostredníctvom držiteľa poštovej licencie podľa zvláštneho právneho predpisu, a to na poslednú známu adresu adresáta, ktorému je písomnosť určená, alebo
 - b) elektronicky podpísané podľa zvláštnych právnych predpisov, alebo
 - c) osobne zamestnancom alebo poverenou osobou poisťovateľa.
7. Písomnosti vrátane sťažností nám môžete zaslať písomne na adresu asistenčnej služby: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o, Hvězdova 1689/24, 140 00 Praha 4, Česká republika. Ďalej máte možnosť obrátiť sa so svojou sťažnosťou na Národnú banku Slovenska, Imricha Karvaša 1, Bratislava alebo môžete riešiť prípadné spory mimosúdne pri Slovenskej obchodnej inšpekcii (<https://www soi.sk>). Taktiež môžete využiť služby, ktoré ponúka Európska komisia na adrese <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.
8. Ak nebol adresát zastihnutý, bude písomnosť uložená u držiteľa poštovej licencie. Ak si adresát nevyzdvihne písomnosť do 15 kalendárnych dní odo dňa jej uloženia, posledný deň tejto lehoty sa považuje za deň doručenia, aj keď sa adresát o uložení nedozvedel.
9. Ak bolo prijatie písomnosti adresátom odmietnuté, považuje sa písomnosť za doručení dňom odmietnutia prijatia.

10. Ak sa adresát v mieste doručenia nezdržuje bez toho, aby o tom informoval poistiteľa, považuje sa písomnosť za doručенú dňom, keď bola zásielka vrátená ako nedoručená.
11. Všetky právne úkony a oznámenia týkajúce sa poistenia musia byť urobené v slovenskom alebo českom jazyku.

Článok 12. Práva a povinnosti

I. Povinnosti poistníka

1. Ak uzatvára poistník poistenie v prospech poisteného, predpokladá sa, že poistník má poistný záujem na živote a zdraví poisteného. Poistník je povinný odovzdať poistenému poistné podmienky a oboznámiť poisteného s obsahom poistnej zmluvy a obsahom poistných podmienok.
2. V prípade zániku poistenia pred uplynutím dohodnutej poistnej doby je poistník povinný vrátiť poisťovateľovi preukaz poisteného a poistnú zmluvu do 5 pracovných dní odo dňa zániku poistenia.
3. V prípade odstúpenia od poistnej zmluvy podľa Občianskeho zákonníka je poistník povinný vrátiť poisťovateľovi doklad o poistení, a to najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa, keď poistník odoslal poisťovateľovi písomný prejav vôle odstúpiť od poistnej zmluvy. V prípade, že poistník povinnosti uvedené v predchádzajúcej vete nesplní, je poisťovateľ oprávnený od poistníka požadovať zmluvnú pokutu vo výške poistného z poistnej zmluvy, od ktorej poistník prejavil záujem odstúpiť.
4. Ak je poistník zároveň poisteným, vzťahujú sa na neho aj všetky povinnosti poisteného.

II. Povinnosti poisteného

1. Okrem povinností stanovených Občianskym zákonníkom a poistnou zmluvou je poistený ďalej povinný dbať na to, aby poistná udalosť nenastala, najmä nesmie porušovať povinnosti smerujúce k odvráteniu alebo zníženiu nebezpečenstva, ktoré sú mu právnymi predpismi uložené. Povinnosti stanovené poistenému v ustanovení tohto článku sa vzťahujú aj na osobu, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie.
2. Poistený je povinný v prípade vzniku škodovej udalosti v prvom rade kontaktovať asistenčnú službu alebo poisťovateľa so žiadosťou o zabezpečenie služieb, ktoré sú súčasťou poistenia, informovať asistenčnú službu alebo poisťovateľa pravdivo a úplne o vzniknutej škodovej udalosti, najmä o dátume a mieste škodovej udalosti, o adrese poisteného, vyžiadať si k tomu príslušné pokyny a postupovať v súlade s nimi. Pokiaľ objektívne podmienky vzniku škodovej udalosti nedovolia poistenému obrátiť sa na asistenčnú službu so žiadosťou o asistenciu ešte pred poskytnutím služieb, je povinný tak urobiť ihneď po tom, čo to podmienky vývoja škodovej udalosti dovoľia.
3. V prípade choroby či úrazu je poistený povinný bez zbytočného odkladu vyhľadať lekárske ošetrovanie, preukázať sa preukazom totožnosti a preukazom poisteného, dbať na pokyny lekára, a pokiaľ to následne poisťovateľ vyžaduje, podrobiť sa na náklady poisťovateľa vyšetreniu lekárom, ktorého mu poisťovateľ určí.
4. Poistený je na návrh poisťovateľa alebo asistenčnej služby poisťovateľa povinný, pokiaľ to jeho zdravotný stav dovoľuje, podrobiť sa repatriácii. Pokiaľ poistený túto povinnosť nesplní, je poisťovateľ oprávnený ukončiť poskytovanie poistného plnenia.
5. Poistený je ďalej povinný prepravu uvedenú v ustanovení článku 6 ods. 5 písmena f), g), h) vopred nechať odsúhlasiť asistenčnou službou poisťovateľa a postupovať podľa jej pokynov.
6. V prípade vzniku škodovej udalosti je poistený povinný:
 - a) urobiť všetko na zníženie rozsahu škôd a ich následkov
 - b) pokiaľ nárokuje plnenie už za ním vynaložené náklady v súvislosti so škodovou udalosťou, bez zbytočného odkladu písomne oznámiť poisťovateľovi na príslušnom formulári „Oznámenie škodovej udalosti“ vznik škodovej udalosti a uviesť pravdivé vysvetlenie; v prípade, že sa v dôsledku porušenia povinnosti stanovenej v bode II ods. 5 tohto článku zvýšia náklady poisťovateľa spojené s poistnou udalosťou, má poisťovateľ právo požadovať od toho, kto povinnosť porušil, náhradu týchto nákladov
 - c) riadiť sa pokynmi poisťovateľa a/alebo asistenčnej služby a účinne s nimi spolupracovať, plniť ďalšie povinnosti uložené poisťovateľom a/alebo asistenčnou službou, týmito PP ZPCK-SK alebo zákonom
 - d) škodovú udalosť neodkladne oznámiť polícii na mieste vzniku udalosti, ak udalosť nastala za okolností nasvedčujúcich spáchanie trestného činu alebo priestupku, a predložiť poisťovateľovi policajný protokol
 - e) po vzniku škodovej udalosti zabezpečiť dostatočné dôkazy o rozsahu škodovej udalosti prešetrovaním vykonaným políciou alebo inými vyšetrovacími orgánmi
 - f) odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky poisťovateľa alebo asistenčnej služby týkajúce sa poistenia a škodovej udalosti a rozsahu následkov škodovej/poistnej udalosti
 - g) umožniť poisťovateľovi a/alebo asistenčnej službe realizovať všetky potrebné prešetrovania škodovej udalosti rozhodujúce pre posúdenie nároku na poistné plnenie, jeho výšku a poskytnúť pri tom potrebnú súčinnosť
 - h) bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovateľovi, že v súvislosti so škodovou udalosťou bolo začaté trestné konanie proti poistenému a poisťovateľa pravdivo informovať o priebehu a výsledkoch tohto konania

- i) s cieľom zistenia údajov o zdravotnom stave poisteného alebo príčiny smrti poisteného zbaviť ošetrojúceho lekára alebo ďalšie inštitúcie, o ktoré poisťovateľ alebo asistenčná služba poisteného požiada, mlčanlivosť voči poisťovateľovi alebo asistenčnej službe
 - j) poskytnúť v prípade realizácie repatriácie súčinnosť pre zaistenie následnej hospitalizácie v zdravotníckom zariadení na území štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, poprípade v inom štáte, v ktorom má poistený povolený pobyt
 - k) v prípadoch, keď je zdravotníckym zariadením požadovaná priama úhrada nákladov súvisiacich so škodovou udalosťou, prevziať originály všetkých dokladov
 - l) predložiť poisťovateľovi nasledujúce doklady: kompletnú lekársku dokumentáciu, originály účtov a dokladov o zaplatení lekárskeho ošetrovania, liekov predpísaných lekárom (vrátane kópie lekárskeho receptu vystaveného na meno poisteného) a transportov, policajnú správu (v prípade, že udalosť bola prešetrovaná políciou) vrátane ďalších podkladov, ktoré si poisťovateľ a/alebo asistenčná služba poisťovateľa vyžiada.
7. Pokiaľ o to poisťovateľ alebo asistenčná služba požiada, je poistený povinný zabezpečiť na vlastné náklady úradný preklad dokladov nutných na prešetrovanie škodovej udalosti do slovenského alebo českého jazyka.
 8. Pokiaľ má poistený uzatvorené poistenie rovnakého alebo podobného charakteru aj v inej poisťovni, je povinný s touto skutočnosťou poisťovateľa oboznámiť.
 9. Ktokoľvek, kto žiada o plnenie z poistenia, je povinný predložiť poisťovateľom alebo asistenčnou službou poisťovateľa požadované doklady, pokiaľ majú vplyv na určenie povinnosti poisťovateľa plniť a na výšku poistného plnenia.
 10. V prípade porušenia povinností v tomto článku je poisťovateľ oprávnený poistné plnenie úmerne tomu znížiť alebo zamietnuť.

III. Práva a povinnosti poisťovateľa

1. Okrem povinností stanovených Občianskym zákonníkom a poistnou zmluvou má poisťovateľ ďalej tieto povinnosti:
 - a) prerokovávať s poisteným alebo osobou, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, výsledky prešetrovania nutného na zistenie rozsahu a výšky poistného plnenia alebo mu ich bez zbytočného odkladu oznámiť
 - b) vrátiť poistenému alebo osobe, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, doklady, ktoré si vyžiada, s výnimkou originálnych dokladov o zaplatení, na základe ktorých bolo poskytnuté poistné plnenie.
2. Poisťovateľ nie je povinný skúmať prípadnú nadbytočnosť poistenia, najmä ak je úhrada nákladov zdravotnej starostlivosti o poisteného zaistená aj iným spôsobom.
3. Poisťovateľ je oprávnený najmä:
 - a) preveriť vznik, priebeh a rozsah škodovej udalosti (vrátane vyžiadania svedeckých výpovedí zúčastnených osôb, znaleckých posudkov, prípadne ďalších dokladov)
 - b) požadovať a preveriť lekárske správy
 - c) poistné plnenie znížiť alebo odmietnuť v prípadoch uvedených v Občianskom zákonníku
 - d) poistné plnenie znížiť, pokiaľ vyplatil poistné plnenie v nezniženej výške a dodatočne vznikne nárok na zníženie poistného plnenia. Poisťovateľ má právo uplatniť rozdiel medzi vyplateným a zníženým poistným plnením po tom, v ktorého prospech bolo plnené.
4. Ak poistený porušil zákonom stanovené povinnosti a povinnosti stanovené v týchto PP ZPCK-SK, je poisťovateľ oprávnený poistné plnenie úmerne tomu znížiť alebo odmietnuť.
5. Ak poistený porušil povinnosti uvedené v týchto PP ZPCK-SK a v dôsledku tohto porušenia boli vyvolané alebo zvýšené náklady prešetrovania škodovej udalosti vynaložené poisťovateľom, je poisťovateľ oprávnený požadovať od poisteného náhradu týchto nákladov.

Článok 13. Záverečné ustanovenia

1. Tieto PP ZPCK-SK sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.
2. Tieto PP ZPCK-SK sú vyhotovené v slovenskej a anglickej verzii. V prípade rozporu je rozhodujúca verzia v slovenskom jazyku.
3. Komunikačným jazykom je slovenčina alebo čeština.
4. Ak sa tieto PP ZPCK-SK odvolávajú na všeobecne záväzné právne predpisy, rozumejú sa nimi právne predpisy platné a účinné v Slovenskej republike.
5. Všetky spory vyplývajúce z poistenia alebo vzniknuté v súvislosti s ním rieši, ak nedôjde k dohode účastníkov poistenia, príslušný súd v Slovenskej republike podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.
6. Ak sa niektoré ustanovenia týchto PP ZPCK-SK stanú neplatnými alebo spornými v dôsledku zmeny všeobecne záväzných právnych predpisov, použije sa takýto všeobecne záväzný právny predpis, ktorý je im svojou povahou a účelom najbližší.

7. Pokiaľ poistený kedykoľvek v priebehu poistenia odvolá svoj súhlas so zisťovaním a preskúmaním zdravotného stavu a pokiaľ má táto skutočnosť vplyv na skúmanie potrebné na zistenie rozsahu poistovateľa plniť, poistovateľ si vyhradzuje právo znížiť, prípadne neposkytnúť poistné plnenie.
8. Podmienkou účinnosti a trvania poistenia v mieste poistenia je legálny pobyt poisteného na území Slovenskej republiky pri splnení podmienok stanovených príslušnými právnymi predpismi.
9. Náklady poistovateľa spojené so vznikom a správou poistenia predstavuje 20 % z nespotrebovaného poistného.
10. Tieto poistné podmienky nadobúdajú účinnosť dňom 1. decembra 2020.



Doplnkové poistné podmienky zdravotného poistenia cudzincov pre Schengenský priestor a tranzitné krajiny

DPP ZPCK-SK zo dňa 1. decembra 2020

Článok 1. Úvodné ustanovenia

1. Pre komplexné zdravotné poistenie cudzincov, ktoré uzatvára poisťovateľ INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., člen skupiny AXA, so sídlom Avenue Louise 166, 1050, Brusel, Belgicko, zapísanej v obchodnom registri vedenom Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračným číslom 0415591055, nad ktorého činnosťou vykonáva dohľad Národná banka Slovenska, Imricha Karvaša 1, Bratislava (ďalej len poisťovateľ) platí najmä zákon č. 40/1964 Zb., Občiansky zákonník, v platnom znení (ďalej len „Občiansky zákonník“), poistná zmluva, poistné podmienky komplexného zdravotného poistenia cudzincov PP ZPCK-SK zo dňa 1. decembra 2020 (ďalej len „PP ZPCK-SK“) a tieto doplnkové poistné podmienky komplexného zdravotného poistenia cudzincov DPP ZPCK-SK zo dňa 1. decembra 2020 (ďalej len „DPP ZPCK-SK“), ktoré dopĺňujú ustanovenia PP ZPCK-SK, a ustanovenia poistnej zmluvy, ktorej neoddeliteľnou súčasťou sú tieto DPP ZPCK-SK. V prípade rozporu medzi ustanoveniami poistnej zmluvy a ustanoveniami PP ZPCK-SK má prednosť zmluva. V prípade rozporu medzi PP ZPCK-SK a ustanoveniami týchto DPP ZPCK-SK majú prednosť ustanovenia týchto DPP ZPCK-SK; za rozpor sa nepovažuje, ak ustanovenia týchto DPP ZPCK-SK obsahujú podrobnejšiu úpravu práv a povinností zmluvných strán, na ktorú tieto PP ZPCK-SK odkazujú.
2. Tieto DPP ZPCK-SK upravujú podmienky zdravotného poistenia cudzincov na území Schengenského priestoru a tranzitných krajín mimo územia Slovenskej republiky, ktoré je poskytované iba v rozsahu nutnej a neodkladnej starostlivosti.

Článok 2. Výklad pojmov

V nadväznosti na ustanovenia PP ZPCK-SK sú tu špecifikované ďalšie pojmy:

Akútna choroba je náhla porucha zdravia poisteného, ktorá vznikla v priebehu trvania poistenia a ktorá svojím charakterom priamo ohrozuje život alebo zdravie poisteného nezávisle od jeho vôle a vyžaduje nutné a neodkladné liečenie. Akútnou chorobou nie je taká porucha zdravia, keď sa liečenie začalo už pred začiatkom poistenia alebo keď sa porucha zdravia prejavila už pred začiatkom poistenia, i keď nebola lekárske vyšetrená alebo liečená. Akútnym ochorením ďalej nie je taká porucha zdravia poisteného, keď je lekárska starostlivosť vhodná a účelná, no odkladná a možno ju poskytnúť až po návrate na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, poprípade do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt.

Nutná a neodkladná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť poskytnutá poistenému v prípade úrazu alebo akútneho ochorenia, keď by omeškaním mohlo dôjsť k vážnemu zhoršeniu zdravotného stavu, poškodeniu zdravia alebo ohrozeniu života. Jej rozsah je ďalej vymedzený výlukami z poistenia a dohodnuté limity poistného plnenia uvedenými v týchto DPP ZPCK-SK. Nutná a neodkladná starostlivosť je poskytovaná na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky a na území tranzitnej krajiny.

Schengenský priestor je územie väčšiny európskych štátov, na ktorom môžu osoby prekračovať hranice zmluvných štátov na ktoromkoľvek mieste bez toho, aby museli prejsť hraničnou kontrolou.

Tranzitná krajina sa rozumie iba tá krajina, ktorá je nevyhnutná na najrýchlejšiu a najkratšiu prepravu poisteného z materskej krajiny do miesta poistenia a späť.

Článok 3. Územný rozsah, účel pobytu

1. Územný rozsah poistenia sa týmito DPP ZPCK-SK rozširuje na poistné udalosti, ktoré vznikli na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky a na území tranzitnej krajiny.
2. Na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky a území tranzitnej krajiny je poistenie platné v rozsahu nutnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
3. Na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky a na území tranzitnej krajiny sa poistenie vzťahuje iba na turistický pobyt.
4. Dĺžka jednotlivého pobytu na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky nesmie presiahnuť 30 dní.

Článok 4. Poistné plnenie

Zdravotné poistenie cudzincov pre prípad nutnej a neodkladnej starostlivosti	Limit poistného plnenia
Celkový limit	60 000 €
- repatriácia a transporty	skutočné náklady do celkového limitu
- stomatologické ošetrenie	200 €

1. Horná hranica poistného plnenia za škody vzniknuté na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky je určená limitom poistného plnenia, ktorého výška je uvedená v poistnej zmluve a v tomto článku týchto DPP ZPCK-SK. Uvedené limity poistného plnenia sa vzťahujú na jednu poistnú udalosť.
2. O poistnom plnení a jeho výške rozhoduje poisťovateľ v súlade s PP ZPCK-SK, týmito DPP ZPCK-SK a poistnou zmluvou na základe predložených dokladov.

Článok 5. Poistná udalosť

1. Poistnou udalosťou je náhle akútne ochorenie alebo úraz poisteného, ku ktorému došlo v čase účinnosti poistenia a ktoré si vyžaduje poskytnutie nutnej a neodkladnej starostlivosti, prípadne asistenčnej služby v súlade s podmienkami a dohodnutým rozsahom poistenia. Povinnosť plniť je obmedzená výlukami a limitmi poistného plnenia.
2. Udalosti vzniknuté z jednej príčiny a zahŕňajúce všetky skutočnosti a ich následky, medzi ktorými existuje príčinná a časová alebo iná priama súvislosť, sa považujú za jednu poistnú udalosť.
3. Poistným nebezpečenstvom je zmena zdravotného stavu poisteného v dôsledku náhleho akútneho ochorenia alebo úrazu.
4. Poisťovateľ hradí v súvislosti s poistnou udalosťou primerané a účelne vynaložené náklady na:
 - a) nutnú a neodkladnú zdravotnú starostlivosť, v ktorej je zahrnuté:
 - i. nutné a neodkladné vyšetrenie potrebné na stanovenie diagnózy a liečebného postupu
 - ii. nutné a neodkladné ambulantné lekárske ošetrenie
 - iii. nutný a neodkladný pobyt v zdravotníckom zariadení (hospitalizácia) v štandardnej izbe so štandardným vybavením a štandardnou lekárskou starostlivosťou na čas nevyhnutný; diagnostické vyšetrenie, liečenie vrátane operácie, anestézie, lieky, zdravotnícky materiál a nemocničnú stravu
 - iv. lieky predpísané lekárom v súvislosti s poistnou udalosťou a zodpovedajúce nutnej neodkladnej starostlivosťi
 - v. nutné a neodkladné ošetrenie zubným lekárom pri akútnych bolestivých stavoch zubov, liečených extrakciou alebo jednoduchou výplňou (vrátane RTG), a ošetrenie s cieľom bezprostrednej úľavy od bolesti vzťahujúcej sa na sliznicu dutiny ústnej, a to do limitu poistného plnenia uvedeného v DDP ZPCK-SK
 - b) prepravu od lekára do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia do iného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia, pokiaľ to stav poisteného podľa posúdenia asistenčnej služby alebo poisťovateľa vyžaduje a ošetrojúci lekár ju predpíše
 - c) prepravu zo zdravotníckeho zariadenia späť do miesta pobytu na území Schengenského priestoru, pokiaľ nie je zo zdravotných dôvodov možné na prepravu použiť verejný dopravný prostriedok
 - d) repatriáciu chorého poisteného, ktorá je zo zdravotného hľadiska nutná a možná; repatriácia je posudzovaná, schvaľovaná a organizovaná asistenčnou službou alebo poisťovateľom, a poistený je repatriovaný na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, poprípade do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt
 - e) prepravu telesných ostatkov poisteného späť na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastnil, poprípade do iného štátu, v ktorom mal poistený povolený pobyt; preprava ostatkov je vykonaná špecializovanou organizáciou schválenou asistenčnou službou alebo poisťovateľom.

Článok 6. Výluky z poistenia

1. Poisťovateľ nie je povinný poskytnúť poistné plnenie, pokiaľ:
 - a) sa poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, neriadi pokynmi poisťovateľa alebo asistenčnej služby a účinne s nimi nespôlpracuje, alebo ak nepredloží poisťovateľom alebo asistenčnou službou požadované doklady
 - b) poistený odmietne podstúpiť poisťovateľom navrhovanú repatriáciu
 - c) poistený odmietne ošetrenie alebo potrebné lekárske vyšetrenia lekárom, ktorého určil poisťovateľ alebo asistenčná služba

- d) poisťovateľ nemohol prešetriť škodovú udalosť z dôvodu, že poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, nezbavil mlčanlivosti voči poisťovateľovi alebo asistenčnej službe ošetrojúceho lekára alebo ďalšie inštitúcie, o ktoré poisťovateľ alebo asistenčná služba poisteného požiada
 - e) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, znemožnil poisťovateľovi alebo asistenčnej službe nadviazať kontakt s ošetrojúcimi lekármi alebo ďalšou inštitúciou, o ktorú poisťovateľ alebo asistenčná služba požiada
 - f) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vedome nepravdivo alebo neúplne informoval/a poisťovateľa alebo asistenčnú službu o škodovej udalosti
 - g) škodová udalosť nastala v dôsledku porušenia právnych predpisov na území Schengenského priestoru mimo územia Slovenskej republiky poisteným alebo osobou, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie
 - h) škodová udalosť nastala v súvislosti s výtržnosťou, ktorú vyvolal poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie alebo v súvislosti s trestnou činnosťou, ktorú spáchal poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, alebo pokusu o ne
 - i) škodová udalosť nastala v súvislosti s aktívnou alebo pasívnou účasťou poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vo vojnovom konflikte, v mierových misiách, v bojových alebo vojnových akciách, účasťou poisteného na vzbure, demonštrácii, povstaniach alebo nepokojoch, verejných násilnostiach, štrajkoch alebo zásahom alebo rozhodnutím orgánov verejnej správy
 - j) pokiaľ škodová udalosť bola spôsobená oprávnenou osobou alebo inou osobou z podnetu poisteného alebo oprávnenej osoby;
 - k) škodová udalosť vznikla pri činnosti na miestach na to neurčených
 - l) škodová udalosť nastala v súvislosti s aktívnou účasťou poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, na teroristickom akte alebo s prípravou naň
 - m) škodová udalosť nastala na území Slovenskej republiky a/alebo v krajine, ktorej cestovný doklad poistený vlastní, poprípade v krajine, v ktorej je poistený účastníkom verejného zdravotného poistenia
 - n) škodová udalosť nastala v dôsledku samovraždy, pokusu o ňu alebo v dôsledku úmyselného sebapoškodenia poisteného
 - o) škodová udalosť nastala v súvislosti s požitím alkoholu alebo iných omamných, toxických či psychotropných látok
 - p) škodová udalosť nastala v súvislosti s prevádzkovaním nebezpečného alebo rizikového druhu športu alebo aktivity, alebo v súvislosti s prevádzkovaním profesionálneho športu, alebo počas účasti na súťažiach a prípravy na ne
 - q) ku škodovej udalosti došlo v súvislosti s výkonom podnikateľskej činnosti, výkonom povolania, zamestnania alebo inej zárobkovej činnosti
 - r) škodová udalosť bola spôsobená jadrovou energiou alebo jadrovými rizikami alebo chemickou alebo biologickou kontamináciou
 - s) škodová udalosť nastala v dôsledku úmyselného konania, zavinenia či spoluzavinenia poisteného alebo osoby, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie
 - t) akékoľvek udalosti, ktoré nastali po uplynutí 30-dňovej lehoty súvislého pobytu v krajine Schengenského priestoru mimo Slovenskej republiky alebo na území tranzitnej krajiny.
2. Poisťovateľ nie je povinný poskytnúť poistné plnenie z udalostí, ktoré nastali pred zaplatením poistného.
3. Poisťovateľ ďalej nie je povinný poskytnúť poistné plnenie v prípadoch:
- a) keď liečebná starostlivosť súvisí s oštrením ochorenia či úrazu, ktoré existovali alebo ktorých príčina či príznaky nastali pred uzatvorením poistnej zmluvy, a to vrátane podávania liekov
 - b) keď je lekárska starostlivosť vhodná a účelná, je však odkladná a možno ju poskytnúť až po návrate na územie štátu, ktorého cestovný doklad poistený vlastní, poprípade do iného štátu, v ktorom má poistený povolený pobyt
 - c) preventívnych prehliadok; kontrolných vyšetrení alebo lekárskeho vyšetrenia a oštrenia nesúvisiacich priamo s náhlym ochorením alebo úrazom; prehliadky, vyšetrenia a oštrenia podľa písm. c) tohto odseku sú možno len po schválení asistenčnou službou
 - d) komplikácií, ktoré sa vyskytnú pri liečbe ochorenia alebo úrazov, na ktoré sa toto poistenie nevzťahuje
 - e) keď je účelom pobytu liečenie alebo pokračovanie už začatého liečenia
 - f) vyšetrenia, prehliadky a iné zdravotné výkony v osobnom záujme poisteného, ktoré nesledujú liečebný účel
 - g) vyšetrenia, prehliadky a iných zdravotných výkonov týkajúcich sa laboratórnych vyšetrení (vrátane laboratórneho a ultrazvukového) na zistenie tehotenstva, interrupcie, akýchkoľvek komplikácií rizikového tehotenstva, akýchkoľvek komplikácií po 18. týždni tehotenstva, pôrodu vrátane predčasného a šestonedelia, vyšetrenia a liečby neplodnosti a umelého oplodnenia a nákladov spojených s antikoncepciou a hormonálnou liečbou; akýchkoľvek komplikácií tehotenstva, pokiaľ bola poistená pri uzatvorení poistenia gravidná
 - h) neakútneho oštrenia zubov a služieb s tým spojených, nákladov na zubné náhrady, korunky alebo úpravy čelustí, zubné stroječky, mostíky, odstránenie zubného kameňa alebo povlaku

- i) liečenia osobou blízkou alebo osobou bez zodpovedajúcej kvalifikácie, liečebných úkonov mimo zdravotníckeho zariadenia registrovaného na území Schengenského priestoru, liečenia metódami vedecky neuznávanými na území Schengenského priestoru
- j) nákupu liekov a zdravotníckych pomôcok bez lekárskeho predpisu
- k) očkovania; s výnimkou očkovania proti tetanu a besnote v súvislosti s úrazom
- l) rehabilitácie, fyzikálnej a kúpeľovej liečby, starostlivosti v odborných liečebných ústavoch, akupunktúry a homeopatie, chiropraktických výkonov, výcvikovej terapie alebo nácvikov sebastačnosti
- m) keď lekárska starostlivosť je poskytnutá nad rámec rozsahu nutnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti
- n) vyšetrenia a liečenia duševných a psychických chorôb a porúch, liečby psychoterapiou a psychoanalýzou
- o) vyšetrenia a liečenia vrodených vývojových chýb
- p) liečenia závislostí vrátane všetkých komplikácií a súvisiacich diagnóz
- q) zhotovenia a opravy protéz (ortopedických, zubných), okuliarov, kontaktných šošoviek alebo načúvacích prístrojov a nákupu ortéz v inom než základnom vyhotovení
- r) náhrad za nadštandardnú lekársku starostlivosť a služby
- s) náhrad za podporné lieky, vitamínové preparáty a doplnkovú stravu
- t) náhrad za kozmetické a estetické zákroky
- u) náhrad nákladov na regulačné poplatky a doplatky
- v) komplikácií spôsobených porušením liečebného režimu stanoveného ošetrojúcim lekárom.
- w) vyšetrenia a liečenia hepatítid
- x) orgánovej transplantácie, liečenia hemofílie, inzulínoterapie okrem poskytnutia prvej pomoci, chronickej hemodialýzy, peritoneálnej dialýzy, liečenia rastovým hormónom, liečenia interferónom a podávania liekov, ktoré bolo začaté pred vznikom poistenia
- y) vyšetrenia a liečenia nákazlivých pohlavných chorôb vrátane infekcie HIV/AIDS.

Článok 7. Povinnosti poisteného

Okrem povinností poisteného uvedených v PP ZPCK-SK v článku 12. odseku II je poistený ďalej povinný v prípade škodovej udalosti v tranzitnej krajine alebo v krajine Schengenského priestoru mimo Slovenskej republiky, na žiadosť asistenčnej služby doložiť, že sa nenachádza mimo Slovenskej republiky dlhšie než 30 dní, túto povinnosť má aj osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie.

Článok 8. Záverečné ustanovenia

1. Tieto DPP ZPCK-SK dopĺňujú ustanovenia PP ZPCK-SK a spolu s PP ZPCK-SK sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.
2. Tieto doplnkové poistné podmienky nadobúdajú účinnosť dňom 1. decembra 2020.