



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 akejkolvek 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 nespôsobuje, 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 ošetrojúceho 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 ošetrojúcimi 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) pôrodnej 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 zvláštného 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 ohrozenia 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 ošetrovanie	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 ošetrovanie
 - 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 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, 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 nespôsobuje, alebo ak nepredloží poisťovateľom alebo asistenčnou službou požadované doklady
 - b) poistený odmietne podstúpiť poisťovateľom navrhovanú repatriáciu
 - c) poistený odmietne ošetrovanie 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.