



Pojistné podmínky komplexního zdravotního pojištění cizinců – PREMIUM

PP KZPC – PREMIUM ze dne 1. července 2026

I. Úvodní ustanovení

1. Komplexní zdravotní pojištění cizinců – PREMIUM je upraveno v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách komplexního zdravotního pojištění cizinců – PREMIUM – PP KZPC – PREMIUM ze dne 1. července 2026 (dále jen „pojistné podmínky“). Tyto pojistné podmínky tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy.
2. Pojistnou smlouvu uzavírá pojistitel INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., se sídlem 8-10 rue Paul Vaillant Couturier, 92240 Malakoff, Francie, zapsaný v obchodním rejstříku vedeném obchodním soudem v Nanterre pod registračním číslem 316 139 500 R.C.S. Nanterre, jednající v České republice prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Generála Píky 430/26, 160 00 Praha 6, IČO: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A 59647.
3. Pojištění se řídí zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem a dalšími obecně závaznými právními předpisy České republiky, těmito pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy. Obsahují-li tyto pojistné podmínky nebo pojistná smlouva v případech, kdy to občanský zákoník připouští, odchylnou úpravu od ustanovení občanského zákoníku, platí úprava uvedená v pojistné smlouvě a těchto pojistných podmínkách. Neobsahuje-li pojistná smlouva nebo tyto pojistné podmínky jinou úpravu nebo pokud neobsahují žádnou úpravu, aplikují se ustanovení občanského zákoníku.

II. Obecné informace

Článek 1. Druhy pojištění

1. Komplexní zdravotní pojištění (dále také jako „pojištění“) je určeno především pro krytí zdravotní péče pojištěnému smluvními poskytovateli zdravotních služeb pojistitele s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před sjednáním pojištění. Komplexní zdravotní pojištění se se vztahuje na turistický, studijní i pracovní pobyt cizince na území České republiky.
2. Komplexní zdravotní pojištění se sjednává v souboru těchto pojistných rizik:
 - a) Pojištění komplexní zdravotní péče;
 - b) Pojištění odpovědnosti;
 - c) Pojištění zavazadel;
 - d) Úrazové pojištění;
 - e) Pojištění telemedicína;
 - f) Pojištění pohřební asistence.
3. Limity pojistného plnění u jednotlivých pojištění uvedené v tabulce Přehled pojistného plnění v odst. 8 tohoto článku představují horní hranici pojistného plnění, které pojistitel poskytne za jednoho pojištěného na celou pojistnou dobu pokud není uvedeno jinak vyjma komplexní zdravotní péče.
4. Celkový limit u pojištění komplexní zdravotní péče představuje horní hranici pojistného plnění, které poskytne pojistitel za jednu pojistnou událost a pojištěného v rámci pojištění komplexní zdravotní péče.
5. Celkový limit u pojištění zavazadel představuje horní hranici pojistného plnění, které pojistitel poskytne za jednoho pojištěného na celou pojistnou dobu v rámci pojištění zavazadel.
6. Pokud je v tabulce Přehled pojistného plnění uvedena i spoluúčast, tak se tato odečítá od výše výsledného pojistného plnění
7. Pokud jsou v tabulce Přehled pojistného plnění uvedeny dílčí limity pojistného plnění, tak představují horní hranici pojistného plnění pro konkrétní pojistné riziko a vztahují se na každou pojistnou událost pojištěného.

8. Přehled pojistného plnění:

Přehled pojistného plnění	
Pojištění komplexní zdravotní péče	
Horní hranice celkového limitu pojistného plnění	25 000 000 CZK / 1 000 000 EUR
– Repatriace a transporty	skutečné náklady do celkového limitu
– Ošetření zubů	skutečné náklady do celkového limitu
– Ambulantně předepsané léky	skutečné náklady do celkového limitu
– Asistenční služba	Ano
– Nadstandardní zdravotní a jiné služby	2 500 CZK / 100 EUR / rok
Pojištění odpovědnosti	
Na zdraví	2 500 000 CZK / 100 000 EUR
Na majetku	1 250 000 CZK / 50 000 EUR
Spoluúčast pojištěného	2 500 CZK / 100 EUR
Pojištění zavazadel	
Celkový limit	12 500 CZK / 500 EUR
– Limit na jednu věc	6 000 CZK / 250 EUR
– Ztráta osobních dokladů	2 500 CZK / 100 EUR
– Elektronika, sportovní vybavení	6 000 CZK / 250 EUR
Úrazové pojištění	
Smrt úrazem	120 000 CZK / 5 000 EUR
Trvalé následky úrazu	250 000 CZK / 10 000 EUR
Hospitalizace následkem úrazu	300 CZK / den 12 EUR / den
Pojištění telemedicína	Ano
Pohřební asistence	1x za pojistnou dobu
– Základní pohřební služby	15000 CZK
– Převoz těla v rámci ČR – dílčí limit	5 000 CZK
– Psychologická pomoc pro osoby blízké – dílčí limit	4 000 CZK

Článek 2. Výklad pojmů

Ambulantně předepsané léky jsou léky a zdravotnické prostředky předepsané lékařem na jméno pojištěného.

Asistenční služba je právnická osoba, která jménem pojistitele poskytuje pojištěnému asistenční služby a zastupuje pojistitele při uplatňování, šetření a likvidaci škodních událostí. Asistenční služby poskytuje AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o. Přiznávají-li tyto pojistné podmínky práva a povinnosti pojistiteli, má stejná práva a povinnosti asistenční služba.

Běžné sporty jsou následující běžné oddychové sportovní aktivity a sporty provozované na rekreační úrovni: aerobic, airsoft, aquaerobic, badminton, baseball, basketbal, běh, běh na lyžích po vyznačených trasách, boccia, bowling, bridge, bruslení na ledě, bumerang, bungee running, bungee trampolin, curling, cyklistika, cykloturistika, dragboat - dračí loď, fitness a bodybuilding, florbal, footbag, fotbal, frisbee, goalball, golf, házená, horské kolo (vyjma sjezdu), cheerleaders (roztleskávačky), jízda na vodním šlapadle, jóga, karetní a jiné společenské hry, koloběh, kolová, kopaná, korfbal, kriket, kulečnický, kuličky, kulturistika, kuželky, lukostřelba, lyžování po vyznačených trasách, metaná, nízké lanové překážky (do 1,5 m), mini trampolína, moderní gymnastika, nohejbal, orientační běh (včetně radiového), petanque, plavání, plážový volejbal, showdown, snowboarding po vyznačených trasách, softbal, spinning, sportovní modelářství, sportovní rybaření, sportovní střelba (střelba na terč s použitím střelné zbraně), squash, stolní fotbal, stolní hokej, stolní společenské hry, stolní tenis, streetball, synchronizované plavání, šachy, šerm sportovní (klasický), šipky, šnorchlování, tanec společenský, tenis, tchoukball, veslování, vodní lyžování, vodní pólo, volejbal, vysokohorská turistika na značených cestách bez použití horolezeckých pomůcek a Via Ferrata stupně obtížnosti A, žonglování (diabolo, fireshow, juggling, yoyo) a další sporty obdobné rizikivosti.

Cennosti jsou předměty, které mají kromě vlastní užitné hodnoty i jinou hodnotu, např. uměleckou, historickou, sběratelskou, přičemž se může jednat o menší předmět vyšší hodnoty, např. výrobek z drahých kovů, drahé kameny, perly, cenné známky či mince.

Cizinec je fyzická osoba, která není státním občanem České republiky.

Čekací doba je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi. Čekací doba se počítá ode dne počátku pojistné doby.

Dentální hygiena je preventivní procedura prováděná kvalifikovaným dentálním hygienistou nebo stomatologem za účelem odstranění zubního plaku, zubního kamene a jiných usazenin, které se tvoří v ústní dutině.

Hospitalizace je stav pojištěného, kdy je v důsledku pojistné události z lékařského hlediska nezbytné jeho přijetí do zdravotnického zařízení, které poskytuje lůžkovou péči, za účelem zajištění nemocniční diagnostické a léčebné péče po nezbytně nutnou dobu.

Jednorázové pojistné je pojistné stanovené na celou pojistnou dobu. Jednorázové pojistné náleží pojistiteli vždy celé.

Komplexní zdravotní péče je zdravotní péče krytá pojištěním, která se svým rozsahem podobá veřejnému zdravotnímu pojištění na území ČR, avšak se sjednanými výlukami z pojištění uvedenými v čl. 8 v II. části, , čl. 2 v III. části odst. A těchto pojistných podmínek a sjednanými limity pojistného plnění uvedenými v čl. 1. odst.8 v I. části těchto pojistných podmínek.

Krádež vloupáním je odcizení věci tak, že se jí pachatel zmocní násilným překonáním zámku nebo jiným násilným a protiprávním způsobem.

Loupež je užití násilí nebo pohrůžky bezprostředního násilí proti jinému v úmyslu zmocnit se cizí věci.

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

Obnosové pojištění znamená, že v případě pojistné události bude pojištěnému, jakožto oprávněné osobě, vyplacena dohodnutá finanční částka.

Obvyklá cena je cena, kterou měla věc bezprostředně před pojistnou událostí; stanoví se z nové ceny věci, přičemž se přihlíží ke stupni opotřebení nebo jiného znehodnocení anebo k zhodnocení věci, k němuž došlo její opravou, modernizací nebo jiným způsobem.

Oceňovací tabulka je tabulka, podle které posuzujeme výši výplaty z trvalých následků dle rozsahu poškození těla v důsledku úrazu v rámci úrazového pojištění. Tabulka je součástí pojistných podmínek.

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

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

Osobní doklady jsou pro účely tohoto pojištění výhradně občanský průkaz, cestovní pas a řidičský průkaz.

Pojistná doba je doba, na kterou je sjednáno pojištění.

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

Pojistné plnění je plnění pojistitele v souvislosti s pojistnou událostí, ke kterému je pojistitel povinen v souladu s obsahem pojistných podmínek a/nebo smluvních ujednání k pojištění.

Pojistník je osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.

Pojištění je právní vztah založený pojistnou smlouvou, kterou se pojistitel pojistníkovi zavazuje poskytnout oprávněné osobě pojistné plnění, nastane-li pojistná událost, a pojistník se za to zavazuje pojistiteli platit pojistné.

Pojištěný je fyzická osoba, která je uvedena na pojistné smlouvě.

Pracovní pobyt je pobyt spojený s výkonem podnikatelské činnosti, povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Profesionální sport je dosahování sportovních výsledků za úplatu nebo jinou odměnu.

Studijní pobyt je pobyt za účelem studia.

Škodní událost je nahodilá událost, která nastala v době trvání pojištění a ze které by mohl vzniknout nárok na poskytnutí pojistného plnění podle těchto pojistných podmínek. Jsou-li splněny podmínky uvedené v těchto pojistných podmínkách, stává se škodní událost událostí pojistnou a pojistiteli vzniká povinnost poskytnout pojistné plnění.

Škodové pojištění je pojištění, jehož účelem je nahradit újmu vzniklou v důsledku pojistné události. Může se jednat o újmu, která vznikla pojištěnému, nebo újmu, kterou pojištěný způsobil někomu jinému.

Spoluúčast je částka, kterou se pojištěný podílí na pojistné události a o kterou se tak snižuje pojistné plnění.

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

Turistický pobyt je rekreační a/nebo poznávací pobyt včetně provozování běžných sportů a aktivit na rekreační úrovni; turistickým pobytem není provozování nebezpečných a rizikových druhů sportů a aktivit.

Úraz je neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým pojištěnému bylo způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se považuje také:

- nemoc, která byla způsobena výhradně následkem úrazu;
- hnisání v místě rány způsobené úrazem, stejně jako nákaza tetanem při úrazu;
- odborné zákroky, které měly následky úrazu léčit nebo předcházet jejich zhoršení;
- tonutí, utonutí;
- vymknutí kloubů, případně přetržení nebo natržení svalů, šlach, vazů a kloubních pouzder, ke kterým došlo působením vlastní tělesné nebo jiné síly;
- úrazy způsobené elektrickým proudem nebo úderem blesku.

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

Zavazadlový prostor je místo určené jen na přepravu zavazadel, tj. místo odlišné a oddělené od prostoru na přepravu osob, do kterého není zvnějšku vidět.

Zdravotní nadstandard je zdravotní služba, která svým rozsahem převyšuje standardní rozsah zdravotní péče poskytované veřejným zdravotním pojištěním. Zdravotním nadstandardem se rozumí příspěvek na nákup doplňků výživy a vitaminů v lékárně, nepovinné očkování či zdravotní pomůcky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a podstoupení dentální hygieny.

Živelní událost je působení přírodní síly, zejména pokud působí ničivě. Pro účely tohoto pojištění se živelní událostí rozumí: požár, výbuch, úder blesku, vichřice, krupobití, záplava, pád laviny, sesuv půdy, vulkanická činnost, zemětřesení a tak podobně.

Článek 3. Uzavření pojistné smlouvy

1. Pojistná smlouva, jejímž předmětem je pojištění, je uzavřena zaplacením pojistného ve výši a ve lhůtě uvedené v návrhu pojistné smlouvy. V případě, že pojistník neuhradí pojistné ve lhůtě uvedené v předchozí větě, platnost návrhu pojistné smlouvy zaniká.
2. Pojistná smlouva a další právní jednání týkající se pojištění musí mít písemnou formu, nestanoví-li tyto pojistné podmínky jinak.

Článek 4. Pojistné

1. Pojistné představuje úplatu za pojištění a zahrnuje předpokládané náklady pojistitele na pojištění plnění, správní náklady, zisk a náklady na zábranu škod. Výši pojistného určuje pojistitel na základě pojistné matematických metod s použitím vlastních statistických údajů.
2. Výše pojistného je uvedena v návrhu pojistné smlouvy. Pojistné je splatné v CZK měně. Pojistné je jednorázové.
3. Zaplacením pojistného se rozumí:
 - a) okamžik, kdy bylo pojistné připsáno na účet pojistitele, platí-li pojistník pojistné pojistiteli;
 - b) okamžik, kdy bylo pojistné připsáno na účet obchodního zástupce pojistitele, platí-li pojistník pojistné obchodnímu zástupci;
 - c) předání hotovosti obchodnímu zástupci pojistitele, platí-li pojistník pojistné v hotovosti obchodnímu zástupci.
4. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění.

Článek 5. trvání pojištění

1. Je-li uzavřena pojistná smlouva, pojištění vzniká (tj. je účinné) od 00:00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění.
2. Pojištění se sjednává na pojistnou dobu uvedenou v pojistné smlouvě a končí ve 24:00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako den konce pojištění.
3. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojistné doby pojištění;
 - b) smrtí pojištěného;
 - c) písemnou dohodou smluvních stran. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků;
 - d) písemnou výpovědí pojistitele nebo pojistníka:
 - do 2 měsíců od uzavření pojistné smlouvy. Pojištění v takovém případě zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby ode dne doručení výpovědi, nebo
 - do 3 měsíců od oznámení vzniku pojistné události. Pojištění v takovém případě zaniká uplynutím měsíční výpovědní doby od data doručení výpovědi.
 - e) vznikem veřejného zdravotního pojištění pojištěného dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění;
 - f) dnem právní moci rozhodnutí
 - o zamítnutí žádosti o vízum k pobytu pojištěného na území České republiky, nebo
 - o zamítnutí žádosti o povolení k dlouhodobému pobytu k pobytu pojištěného na území České republiky;
 - g) dnem ukončení platnosti
 - víza k pobytu pojištěného na území České republiky, nebo
 - povolení k dlouhodobému pobytu pojištěného na území České republiky;
 - h) ukončením pobytu pojištěného na území České republiky z jiných závažných a objektivních důvodů, a to ke dni, kdy pojištěný opustí hranice České republiky;
 - i) odstoupením od pojistné smlouvy. Odstoupením pojistná smlouva zaniká.
 - I. Pokud byla pojistná smlouva uzavřena formou obchodu na dálku může pojistník odstoupit od pojistné smlouvy bez udání důvodu ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne jejího uzavření nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky (pokud k tomu došlo až po uzavření pojistné smlouvy). Odstoupit nelze v případě, když pojištění bylo sjednáno na dobu kratší než 1 měsíc. V případě odstoupení se pojistná smlouva zrušuje s účinky do budoucna, pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění.
 - II. Odstoupit od pojistné smlouvy může pojistník také tehdy, pokud pojistitel vzhledem k okolnostem porušil povinnost upozornit pojistníka při uzavírání pojistné smlouvy na nesrovnalosti mezi nabízenými pojištěními a jeho požadavky, pokud si jich pojistitel musel být vědom. Odstoupit v tomto případě může pojistník ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit porušení povinnosti pojistitele k pravdivým sdělením. Přitom se vezme v úvahu, za jakých okolností a jakým způsobem se pojistná smlouva uzavírá, jakož i to, byl-li pojistníkovi při uzavírání pojistné smlouvy nápomocen obchodní zástupce pojistitele.
 - III. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit v souladu s ustanoveními občanského zákoníku.
 - IV. Pokud pojistník odstoupí od pojistné smlouvy dle odst. II písm. i) tohoto článku, nahradí pojistitel pojistníkovi do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co případně již z pojištění pojistitel plnil. Odstoupí-li od pojistné smlouvy pojistitel dle odst. III písm. i) tohoto článku, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupí-li od pojistné smlouvy pojistitel a získal-li již pojistník nebo pojištěný pojistné plnění, nahradí

pojistiteli v téže lhůtě to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné. Odstoupením se pojistná smlouva od počátku ruší.

j) dalšími způsoby uvedenými v občanském zákoníku.

4. Zanikne-li pojištění z kteréhokoliv důvodu dle odst. 3 písm. b) až g), a písm. i) odst. III tohoto článku, vrátí pojistitel pojistníkovi nespotřebované pojistné snížené o náklady pojistitele spojené s předčasným ukončením pojištění, jež činí 20 % z nespotřebovaného pojistného. Za nespotřebované pojistné se pro tyto účely považuje pojistné přijaté pojistitelem za dobu ode dne, kdy nastal zánik pojištění do doby pojistnou smlouvou sjednaného konce pojistné doby.
5. Pojistník a pojištěný mají povinnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu vznik jakékoliv skutečnosti, která může mít vliv na trvání pojištění ve smyslu odst. 3 písm. e) až h) tohoto článku.
6. Pojištění se kvůli neplacení pojistného nepřerušuje.

Článek 6. Územní rozsah pojištění

1. Pojištění v rozsahu dle těchto pojistných podmínek se vztahuje na pojistné události, které vznikly na území České republiky, vyjma pojištění zavazadel, u kterého územní rozsah není omezen.

Článek 7. Oznámení a šetření pojistné události

1. Nastane-li škodní událost, je nutné ji pojistiteli bez zbytečného odkladu oznámit, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků takové události, o právech třetích osob a o jakémkoli vícenásobném pojištění, předložit pojistiteli potřebné doklady a postupovat způsobem uvedeným v těchto pojistných podmínkách.
2. Škodní událost lze pojistiteli oznámit:
 - telefonicky na: **+420 292 292 220** nebo
 - e-mailem na: **insurance@axa-assistance.cz**
3. Škodní událost oznamuje pojistiteli osoba, která se pokládá za oprávněnou osobu a která uplatňuje právo na pojistné plnění. Pokud oprávněná osoba není současně pojistníkem nebo pojištěným, mají povinnosti uvedené v ustanovení tohoto odst. také pojistník a pojištěný.
4. Bez zbytečného odkladu po oznámení dle odst. 1 tohoto článku zahájí pojistitel šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; na žádost této osoby jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojistného plnění, popřípadě důvod jeho zamítnutí.
5. V případě vzniku práva na pojistné plnění toto plnění poskytne pojistitel v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě a dle těchto pojistných podmínek. Pojistitel poskytuje pojistné plnění do limitu uvedeného v Přehledu pojistného plnění v části II článku 1. odst. 7 těchto pojistných podmínek.
6. Obsahuje-li oznámení škodní události vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamlčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením povinnosti, má pojistitel vůči němu právo na přiměřenou náhradu.
7. Jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, může pojistitel požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného nebo oprávněné osoby v případě smrti pojištěného. Neposkytne-li pojištěný nebo oprávněná osoba pojistiteli souhlas nebo odvolá-li souhlas v průběhu šetření pojistné události a má-li tato skutečnost podstatný vliv na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv měla tato skutečnost na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
8. Zjišťování zdravotního stavu dle předchozího odst. se provádí na základě vyšetření lékařem určeným pojistitelem. Pojistitel v tomto případě hradí:
 - náklady spojené s touto lékařskou prohlídkou nebo vyšetřením;
 - cestovní náklady ve výši jízdného veřejné autobusové nebo železniční osobní dopravy druhé třídy;
 - náklady na vystavení lékařské zprávy, pokud ji pojistitel vyžaduje.
9. Pokud pojistitel lékařskou prohlídku, vyšetření nebo lékařskou zprávu nevyžaduje, náklady s nimi spojené nehradí.
10. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů od ukončení šetření dle předchozích odstavců. Nelze-li ukončit šetření nutná k zjištění pojistné události, rozsahu pojistného plnění nebo k zjištění osoby oprávněné přijmout pojistné plnění do 3 měsíců ode dne oznámení, pojistitel oznamovateli sdělí, proč nelze šetření ukončit; požádá-li o to oznamovatel, sdělí mu pojistitel důvody v písemné formě. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost na pojistné plnění přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít.
11. Pojistné plnění je vždy splatné v CZK měně, pokud není dohodnuto jinak.

Článek 8. Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění ze všech rizik krytých tímto pojištěním, pokud:
 - a) škodní událost nastala v souvislosti s výtržností, kterou vyvolal pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal pojištěný nebo osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nebo pokusu o ně; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu;
 - b) škodní událost nastala v souvislosti s aktivní nebo pasivní účastí pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, ve válečném konfliktu, v mírových misích, v bojových nebo válečných akcích, účastí pojištěného na vzpouře, demonstraci, povstáních nebo nepokojích, veřejných násilnostech, stávkách nebo zásahem nebo rozhodnutím orgánů veřejné správy;
 - c) škodní událost byla způsobena oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby;
 - d) škodní událost nastala v souvislosti s aktivní účastí pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na teroristickém aktu nebo s přípravou na něj

- e) škodní událost nastala v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných omamných, toxických či psychotropních látek; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu;
- f) škodní událost nastala v souvislosti s provozováním nebezpečného nebo rizikového druhu sportu nebo aktivity, nebo v souvislosti s provozováním profesionálního sportu, nebo po dobu účasti na soutěžích a přípravy na ně;
- g) škodní událost byla způsobena jadernou energií nebo jadernými riziky nebo chemickou nebo biologickou kontaminací;
- h) škodní událost nastala v důsledku úmyslného jednání, či vědomé nedbalosti pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu, který úmyslně způsobila osoba odlišná od poškozeného;
- i) ke škodní události došlo při manipulaci s pyrotechnikou nebo střelnými zbraněmi;
- j) ke škodní události došlo při nedodržení právních předpisů platných na území České republiky pojištěným;
- k) Pojistitel neposkytne pojistné plnění ani jiné plnění nebo službu z tohoto pojištění v rozsahu, v jakém by jejich poskytnutí bylo v rozporu s mezinárodními sankcemi, obchodními nebo ekonomickými sankcemi či finančními embargy závaznými pro pojistitele. Sankcemi a embargy se rozumí zejména sankce a embarga uložená Organizací spojených národů, Evropskou unií, Spojenými státy americkými, Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irska a Českou republikou. Ustanovení tohoto odstavce se použije jak na újmu, která nastala ve státech nebo oblastech postižených sankcemi a embargy, tak na případy plnění, které by mělo být poskytnuto ve prospěch osob, na něž se sankce a embarga vztahují, nebo ve prospěch občanů či rezidentů států a oblastí postižených sankcemi a embargy.

Článek 9. Práva a povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník je povinen

- a) poskytnout pojistiteli pravdivé a úplné informace nutné pro sjednání pojištění nebo v případě změny pojištění. Pokud bylo na základě nepravdivých informací ujednáno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, který obdržel, k pojistnému, které měl obdržet;
- b) seznámit se a seznámit pojištěné s obsahem pojistné smlouvy a těchto pojistných podmínek a předat pojištěným příslušné doklady, které při sjednání pojištění obdržel;
- c) v případě, že jej o to pojistitel požádá, prokázat, že řádně uhradil pojistné ve výši uvedené v pojistné smlouvě (např. předložením kopie výpisu z účtu);
- d) oznámit pojistiteli každou změnu údajů, které pojistník uvedl v pojistné smlouvě a každou skutečnost, která může mít vliv na trvání pojištění.

2. Sjednával-li pojistník pojištění ve prospěch pojištěného, má se za to, že pojistník má pojistný zájem na životě a zdraví pojištěného.

3. Pojištěný nebo osoba uplatňující právo na pojistné plnění jsou povinni:

- a) dbát toho, aby pojistná událost nenastala, a učinit veškerá možná opatření k odvrácení jejího hrozícího vzniku nebo zmenšení jejího rozsahu;
- b) oznámit pojistiteli bezodkladně vznik škodní události; pokud objektivní podmínky vzniku škodní události nedovolí pojištěnému kontaktovat pojistitele před čerpáním zdravotnických služeb, je povinen tak učinit ihned potom, co to podmínky vývoje škodní události dovolí;
- c) podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků škodní události, o právech třetích osob a o jakémkoliv vícenásobném pojištění;
- d) řídit se pokyny pojistitele, účinně s ním spolupracovat a odpovídat pravdivě a úplně na položené dotazy, umožnit mu realizovat všechna potřebná šetření rozhodující pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši, současně mu předložit potřebné doklady nebo jím požadované dokumenty;
- e) újmu neodkladně oznámit policii v místě vzniku události, pokud událost nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku, a předložit pojistiteli policejní protokol;
- f) po vzniku újmy zabezpečit dostatečné důkazy o rozsahu újmy fotografickým materiálem nebo videozáznamem, svědectvím třetích osob apod.;
- g) bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že v souvislosti s újmou bylo zahájeno trestní nebo jiné obdobné řízení proti pojištěnému, a pravdivě pojistitele informovat o průběhu a výsledcích tohoto řízení;
- h) zabezpečit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nutných k šetření události do českého jazyka, pokud o to pojistitel požádá;
- i) informovat pojistitele o obdobném pojištění, které je sjednáno u jiného pojistitele a o jeho rozsahu, názvu pojistitele a čísle smlouvy;
- j) zabezpečit vůči jinému právo na náhradu újmy způsobené škodní událostí;
- k) na žádost pojistitele zprostit třetí osobu (zejména lékaře) mlčenlivosti o skutečnostech souvisejících se škodní událostí;
- l) podrobit se lékařské prohlídce u lékaře, kterého pojistitel určí, k ověření skutečností, které jsou důležité pro zjištění povinnosti pojistitele plnit z pojištění;
- m) pokud bylo pojištěnému poskytnuto pojistné plnění, na které nemá podle pojistné smlouvy nebo těchto pojistných podmínek právo, vyplacenou částku pojistitele vrátit v plné výši, a to i po zániku pojištění;
- n) na žádost pojistitele předložit originální doklady potřebné pro poskytnutí pojistného plnění, zejména originály účtů a další originální doklady prokazující skutečné vynaložené náklady.
- o) nepodepisovat dokument, kterému pojištěný nerozumí a pokud je nucen k podpisu, tak na dokument napsat, že obsahu nerozumí a tedy nesouhlasí (tato povinnost se vztahuje na pojištění odpovědnosti).

4. V případě zániku pojištění před uplynutím sjednané pojistné doby je pojistník povinen vrátit pojistiteli průkaz pojištěného a pojistnou smlouvu do 5 pracovních dnů ode dne zániku pojištění.

5. V případě odstoupení od pojistné smlouvy dle občanského zákoníku je pojistník povinen vrátit pojistiteli doklad o pojištění, a to nejpozději do 5 pracovních dnů ode dne, kdy pojistník odeslal pojistiteli písemný projev vůle odstoupit od pojistné smlouvy.

6. Pokud pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která má na pojistné plnění právo, poruší povinnost stanovenou těmito pojistnými podmínkami a mělo-li takové porušení podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
7. Další povinnosti pojistníka, pojištěného nebo osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění mohou být stanoveny občanským zákoníkem.

Článek 10. Práva a povinnosti pojistitele

1. Pojistitel je povinen:
 - a) bez zbytečného odkladu po oznámení škodní události zahájit šetření ke zjištění existence a rozsahu povinnosti poskytnout pojistné plnění a šetření ukončit do 3 měsíců ode dne oznámení škodní události;
 - b) v případě vzniku pojistné události poskytnout pojistné plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou a těmito pojistnými podmínkami;
 - c) projednávat s pojištěným a s osobou, která uplatnila právo na pojistné plnění, výsledky šetření škodní události nebo těmto osobám výsledky šetření bez zbytečného odkladu oznámit;
 - d) oznámit důvody, proč nelze šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co byla škodní událost pojistiteli oznámena;
 - e) oprávněné osobě poskytnout na její žádost přiměřenou zálohu na pojistné plnění, neexistuje-li rozumný důvod ji odepřít;
 - f) do 15 dnů ode dne skončení šetření škodní události oprávněné osobě poskytnout pojistné plnění, a
 - g) vrátit pojištěnému nebo osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, doklady, které si vyžádá, s výjimkou originálních dokladů o zaplacení, na základě kterých bylo poskytnuto pojistné plnění.
2. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit v případech dle části II článku 7. odst. 7 a článku 9. odst. 7 těchto pojistných podmínek.
3. Pojistitel je oprávněn požadovat po pojištěném náhradu nákladů v případě dle části II článku 7. odst. 6 těchto pojistných podmínek.
4. Další práva a povinnosti pojistitele mohou být definována občanským zákoníkem.

Článek 11. Přechod práva pojištěného na pojistitele

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

Článek 12. Forma právního jednání, doručování písemností

1. Právní jednání směřující k vzniku, změně nebo zániku pojistné smlouvy musí být učiněna v písemné formě. Písemná forma právního jednání zachována i při jednání učiněném elektronickými nebo jinými technickými prostředky umožňujícími zachycení jeho obsahu a určení jednající osoby. K platnosti právního jednání v písemné formě se vyžaduje podpis jednajícího. Podpis jednajícího může být nahrazen mechanickými prostředky tam, kde je to obvyklé. Písemná forma pro uzavření pojistné smlouvy je zachována zaplacením pojistného.
2. Ostatní právní jednání, oznámení nebo sdělení mohou být učiněna ústně. V případě vzniku pochybností ohledně identifikace odesílatele těchto právních jednání nebo sdělení může adresát požadovat doplnění v písemné formě.
3. Písemnosti si účastníci pojištění doručují:
 - a) při osobním styku jejich předáním a převzetím;
 - b) s využitím provozovatele poštovních služeb na adresu sídla/bydliště nebo na adresu určenou jako kontaktní adresa,
 - c) s využitím veřejné datové sítě na adresu elektronické pošty, nebo do datové schránky.
4. Písemnosti určené pojistiteli se zasílají na adresu na poštovní adresu sídla nebo na kontaktní poštovní adresu, na adresu datové schránky nebo na adresu elektronické pošty. Zmíněné adresy a další kontaktní údaje jsou uvedeny v předmluvních informacích.
5. Písemnosti určené pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě se zasílají na jimi sdělenou adresu, respektive na jimi sdělenou poslední známou poštovní adresu (adresa bydliště nebo kontaktní adresa), adresu jejich datové schránky nebo adresu elektronické pošty. Tyto osoby lze kontaktovat rovněž telefonicky na telefonním čísle, které za tímto účelem pojistitelovi sdělily.
6. Písemnost odeslaná adresátovi prostřednictvím provozovatele poštovních služeb obyčejnou zásilkou se považuje za doručenu třetí pracovní den po odeslání zásilky, byla-li doručena. Písemnost odeslaná doručenu zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí zásilky adresátem. Zmaří-li adresát doručení písemnosti tím, že ji odmítne převzít anebo si ji po jejím uložení u provozovatele poštovních služeb nevyzvedne, platí, že byla doručena dnem odmítnutí převzetí písemnosti adresátem anebo dnem marného uplynutí úložní lhůty. Zmaří-li adresát doručení písemnosti jinak (například tím, že řádně neoznačí poštovní schránku svým jménem a příjmením nebo názvem), platí, že byla doručena dnem jejího vrácení odesílateli.

7. Písemnost odeslaná adresátovi prostřednictvím veřejné datové sítě na adresu elektronické pošty se považuje za doručenu dnem, kdy byla doručena do e-mailové schránky adresáta; v pochybnostech se má za to, že byla doručena dnem jejího odeslání odesílatelem.
8. Písemnost odeslaná adresátovi prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky se považuje za doručenu okamžikem, kdy se do datové schránky přihlásí osoba, která má s ohledem na rozsah svého oprávnění přístup k písemnosti.
9. Peněžní částky se poskytují výhradně formou bezhotovostního platebního styku.
10. Doručování se řídí ustanovením § 573 občanského zákoníku.
11. Právní jednání a oznámení mohou být učiněna v českém, slovenském, anglickém nebo ruském jazyce.

III. Jednotlivá pojištění

A. Pojištění komplexní zdravotní péče – škodové pojištění

Článek 1. Co je pojištěno?

1. Předmětem pojištění je zdraví pojištěného, poskytování komplexní zdravotní péče, kterou poskytuje pojistitel v rozsahu obdobném veřejnému zdravotnímu pojištění, včetně péče preventivní, dispensární a související s těhotenstvím.
2. Pojistnou událostí z pojištění komplexní zdravotní péče je onemocnění, úraz nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného, ke které došlo v době účinnosti pojištění, na území ČR a po uplynutí čekací doby, pokud se čekací doba uplatní.
3. Čekací doba se uplatňuje pro případy úhrady nákladů za zdravotní péči:
 - a) v těhotenství, a to v délce 3 měsíce ode dne počátku pojistné doby,
 - b) v případě porodu, a to 8 měsíců ode dne počátku pojistné doby.
4. Pojistnou událostí dále je poskytnutí preventivní péče pojištěnému.
5. Komplexní zdravotní péče je poskytována ve smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele na území ČR.
6. V případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života v důsledku prodlení, pojistitel uhradí náklady za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickému zařízení na území České republiky, které nemá s pojistitelem pro toto pojištění uzavřenou smlouvu. V takovém případě pojistitel uhradí:
 - a) nutné a účelně vynaložené náklady,
 - b) maximálně do výše, které by uhradil za obdobnou zdravotní péči smluvnímu zdravotnickému zařízení, a
 - c) maximálně za dobu, po kterou nebylo možné poskytnout zdravotní péče smluvním zdravotnickým zařízením pojistitele.
7. Škodní události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.
8. Pojistitel hradí v souvislosti s pojistnou událostí přiměřené a účelně vynaložené náklady na:
 - a) komplexní zdravotní péči, která je poskytována pojištěnému ve smluvním zdravotnickém zařízení;
 - b) ošetření zubů pojištěného v rozsahu veřejného zdravotního pojištění, včetně preventivních prohlídek do limitu pojistného plnění uvedeného v části II článku 1 odst. 8. těchto pojistných podmínek;
 - c) ambulantně předepsané léky a zdravotnické prostředky předepsané ambulantně lékařem na jméno pojištěného;
 - d) péči v těhotenství a porod pojištěné za uplatnění čekací doby dle odst. 3 tohoto článku těchto pojistných podmínek;
 - e) přepravu pojištěného od lékaře do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do jiného specializovaného zdravotnického zařízení, pokud to stav pojištěného dle posouzení pojistitele vyžaduje a ošetřující lékař ji doporučí;
 - f) zajištění vyšetření pojištěného ve smluvním zdravotnickém zařízení za účelem poskytnutí zdravotní péče a úhradu takto vzniklých nákladů;
 - g) telefonické tlumočení během pobytu pojištěného v zdravotnickém zařízení
 - h) repatriaci pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná a možná; repatriace je posuzována, schvalována a organizována pojistitelem, a pojištěný je repatriován na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt;
 - i) přepravu tělesných ostatků pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt; přeprava ostatků je provedena specializovanou organizací po předchozím schválení pojistitelem.
9. Pojištění komplexní zdravotní péče se vztahuje i na úhradu nákladů vynaložených na dispenzární a preventivní péči.
10. Nad rámec limitů komplexního zdravotního pojištění poskytne pojistitel úhradu nákladů na níže uvedené **nadstandardní zdravotní a jiné služby**, které svým rozsahem přesahují standardní zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a jsou poskytovány v souladu s právními předpisy České republiky. Pojistitel hradí tyto náklady pojištěnému, popřípadě osobě, která je prokazatelně vynaložila, na základě předložení dokladu o jejich úhradě, a to maximálně do výše doplňkového limitu sjednaného podle těchto pojistných podmínek. Doplňkový limit je sjednán automaticky spolu s pojištěním komplexní zdravotní péče a jeho maximální výše je uvedena v části II. Článek 1., odst. 8 a v pojistné smlouvě. Tento doplňkový limit představuje souhrnný limit pro všechny níže vyjmenované nadstandardní zdravotní a jiné služby za každý rok trvání pojištění (nebo za dobu trvání pojištění, pokud je kratší než jeden rok) Komplexního zdravotního pojištění cizinců Premium. Vyjmenovanými nadstandardními zdravotními a jinými službami jsou:
 - a) očkování (očkovací látka včetně aplikace), které není hrazeno z komplexního zdravotního pojištění (např. proti klíšťové encefalitidě),
 - b) volně prodejně léky a zdravotnické prostředky zakoupené v lékárnách (bez receptu) a v prodejnách zdravotnických potřeb,
 - c) plastové fixace (odlehčená sádra),
 - d) hormonální antikoncepce,

- e) sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
- f) chodítka a invalidní vozíky (i s elektrickým pohonem),
- g) vyšetření a konzultace ve vlastním zájmu pojištěného ke zjištění možného konkrétního onemocnění (např. laboratorní vyšetření krve, prostaty; vyšetření na zhoubný melanom kůže), včetně vystavení výpisu ze zdravotní dokumentace, a další prohlídky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. pro řidičský průkaz, sportovní aktivity),
- h) dentální hygiena a nadstandardní stomatologický materiál (např. keramické/zirkonové či prémiové kompozitní výplně zubů), nadstandardní pokoj nebo strava v nemocnici v rámci hospitalizace pojištěného,
- i) fyzioterapie a rehabilitace nad rámec veřejného zdravotního pojištění,
- j) nadstandardní porodní služby (např. přítomnost partnera/partnerky u porodu; porodní asistentka dle výběru apod.).

Článek 2. Povinnosti pojištěného

1. Vyjma povinností uvedených v části II článku 9 těchto pojistných podmínek má pojištěný dále povinnost:
 - a) v případě nemoci či úrazu bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření, prokázat se průkazem totožnosti a průkazem pojištěného, dbát pokynů lékaře, a pokud to následně pojistitel vyžaduje, podrobit se na náklady pojistitele vyšetření lékařem, kterého mu pojistitel určí;
 - b) aby přepravu, která je uvedena v ustanovení v části III, písm. A, článku 1 odst. 8 písmene e), f), h), si předem nechat odsouhlasit pojistitelem a postupovat podle jeho pokynů;
 - c) poskytnout v případě realizace repatriace součinnost pro zajištění následné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě v jiném státě, ve kterém má pojištěný povolen pobyt;
 - d) předložit pojistiteli následující doklady: kompletní lékařskou dokumentaci, originály účtů a dokladů o zaplacení lékařského ošetření, léků předepsaných lékařem (včetně kopie lékařského receptu vystaveného na jméno pojištěného) a transportů, policejní zprávu (v případě, že událost byla šetřena policií) včetně dalších podkladů, které si pojistitel vyžádá.
2. Pojištěný je na návrh pojistitele povinen, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, podrobit se repatriaci.

Článek 3. na jaké případy se pojištění komplexní zdravotní péče nevztahuje? – výluky z pojištění

1. Vyjma případů uvedených v části II článku 8 těchto pojistných podmínek neposkytne pojistitel pojistné plnění z pojištění komplexní zdravotní péče také v případech:
 - a) kdy léčebná péče souvisí s ošetřením onemocnění či úrazu pojištěného, které existovali nebo jejichž příčina či příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy,
 - b) poskytnutou poté, co pojištěný bez vážného důvodu odmítne podstoupit pojistitelem navrhovanou repatriaci;
 - c) kdy pojištěný odmítne ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem nebo zdravotnickým zařízením, kterého určil pojistitel určil;
 - d) komplikací, které se vyskytnou při léčbě onemocnění nebo úrazů, na které se toto pojištění nevztahuje;
 - e) kdy je účelem pobytu léčení pojištěného nebo pokračování léčení započatého mimo území České republiky;
 - f) vyšetření, prohlídek a jiných zdravotních výkonů v osobním zájmu pojištěného, které nesledují léčebný účel (např. interrupce, vyšetření a léčby neplodnosti a umělého oplodnění a nákladů spojených s antikoncepcí a hormonální léčbou, vypracování lékařského potvrzení na vlastní žádost);
 - g) ortodontické léčby, neakutního ošetření zubů pojištěného a služeb a s tím spojených nákladů;
 - h) léčení osobou blízkou nebo osobou bez odpovídající kvalifikace, léčebných úkonů mimo zdravotnické zařízení registrovaného na území České republiky, léčení metodami vědecky neuznávanými na území České republiky;
 - i) očkování pojištěného s výjimkou povinného očkování v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, a dále očkování proti tetanu a vzteklině v souvislosti s úrazem;
 - j) rehabilitace, lázeňské péče nebo léčení, fyzikální a koupelové léčby pojištěného;
 - k) akupunktury a homeopatie poskytnuté pojištěnému;
 - l) kdy lékařská péče je poskytnuta v nesmluvním zdravotnickém zařízení vyjma případů dle části III písm. A článku 1. odst. 6 těchto pojistných podmínek;
 - m) poporodní péče o novorozence pojištěné matky, vyšetření a léčení vrozených vývojových vad novorozence od stanovení diagnózy;
 - n) léčení závislostí, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz pojištěného;
 - o) příspěvků na zdravotní nadstandard nad rámec limitu uvedeného v části II článku 1 odst. 8.;
 - p) nákladů na poskytnutí lékařské péče, která by nebyla hrazena z veřejného zdravotního pojištění, pokud by pojištěný byl jeho účastníkem a nejedná-li se o zdravotní nadstandard;
 - q) náhrad za kosmetické a estetické zákroky pojištěného;
 - r) náhrad nákladů na regulační poplatky a doplatky;
 - s) komplikací způsobených porušením léčebného režimu stanoveného ošetřujícím lékařem pojištěným.

B. Pojištění odpovědnosti – škodové pojištění

Článek 1. Co je pojištěno?

1. Pojistnou událostí z pojištění odpovědnosti je vznik povinnosti pojištěného nahradit újmu, za kterou pojištěný podle obecně závazných právních předpisů odpovídá a je povinen ji nahradit. Podmínkou vzniku práva na plnění je, že pojistná událost nastala v době účinnosti pojištění, v souvislosti s činností pojištěného v běžném občanském životě a proti pojištěnému byl uplatněn nárok na náhradu škody poškozeným.

2. Pojištění se vztahuje na povinnost pojištěného nahradit újmu vzniklou:
 - a) na zdraví nebo na životě poškozeného, včetně náhrady za bolestné a náhrady za smrt;
 - b) poškozením, zničením nebo ztrátou věci;
 - c) jako ušlý zisk a v důsledku snížení společenského uplatnění.
3. U poškození, zničení nebo ztráty věci pojistitel uhradí obvyklou cenu.
4. Pojištění se vztahuje i na náhradu léčebných nákladů na poskytnutou zdravotní péči poškozenému, pokud vznikl nárok na úhradu těchto nákladů podle příslušných právních předpisů v důsledku jednání pojištěného a pokud z odpovědnosti za škodu na zdraví, ke které se tyto náklady váží, vznikl nárok na pojistné plnění podle těchto pojistných podmínek.
5. Více nároků na náhradu újmy, vyplývajících z jedné příčiny nebo z více příčin, které spolu časově, místně nebo jinak souvisí, a to nezávisle na počtu poškozených osob, se považuje za jednu pojistnou událost.
6. Limit pojistného plnění stanovený v části II článku 1. odst. 8 těchto pojistných podmínek se vztahuje na jednu pojistnou událost bez ohledu na počet poškozených. Převyšuje-li součet nároků více poškozených limit pojistného plnění stanovený v části II článku 8. těchto pojistných podmínek, pojistné plnění se každému z nich snižuje v poměru tohoto limitu k součtu nároků všech poškozených.
7. Uhradil-li pojištěný újmu, za kterou odpovídá, přímo poškozenému, má pojištěný proti pojistiteli právo na náhradu vyplacené částky, a to až do výše, do které by byl pojistitel povinen plnit dle těchto pojistných podmínek.
8. Pokud o existenci odpovědnosti pojištěného k náhradě újmy, jejím rozsahu či o výši náhrady újmy rozhoduje soud či jiný příslušný orgán veřejné moci, je pojistitel povinen plnit až na základě pravomocného rozhodnutí ve věci.

Článek 2. na jaké případy se pojištění odpovědnosti nevztahuje? – výluky z pojištění

1. Vyjma případů uvedených v části II, článku 8 těchto pojistných podmínek neposkytne pojistitel pojistné plnění z pojištění komplexní zdravotní péče také v případech škody způsobené pojištěným:
 - a) osobě blízké a/nebo osobě žijící s pojištěným v době vzniku škodní události ve společné domácnosti;
 - b) porušením smluvní povinnosti pojištěným nebo vyplývajících z poskytnutí záruk nad rámec stanovený právními předpisy;
 - c) porušením právní povinnosti pojištěným v době před počátkem pojištění nebo nesplněním povinnosti uložené právními předpisy na předcházení škodám nebo zvyšování rozsahu škod;
 - d) provozem anebo řízením a v důsledku provozu anebo řízení motorového i nemotorového vozidla, plavidla či letadla pojištěným (rogala apod.). Za nemotorové vozidlo se nepovažuje cyklistické kolo a dětské nafukovací čluny;
 - e) na přepravovaném nákladu, případně škod vzniklých opožděným dodáním nákladu;
 - f) na cizích movitých věcech převzatých a užívaných, na věcech odložených a vnesených;
 - g) spočívající v jakémkoli znečištění vod nebo životního prostředí působením unikajících látek (plynů, par, popela, dýmu, oleje, nafty nebo podobných kapalin z nádob nebo nádrží, odpadu a odpadků různého druhu) nebo působením teploty, vlhkosti, hluku nebo záření různého druhu; pojistitel současně nehradí ani náklady spojené s vyčištěním nebo dekontaminací, erozí nebo v důsledku podkopání;
 - h) jinému přenesení nebo rozšíření nakažlivé choroby lidí, zvířat nebo rostlin;
 - i) v souvislosti s vlastnictvím, držením nebo používáním zbraní, při lovu či výkonu práva myslivosti;
 - j) v souvislosti s vlastnictvím a držením zvířat;
 - k) v souvislosti s vlastnictvím, držením, nájmem nebo správou nemovitosti, včetně svépomocně vykonávaných prací na této nemovitosti;
 - l) na nemovitosti nebo jejím příslušenství, které pojištěný užívá neoprávněně;
 - m) v důsledku hrubého porušení povinností pojištěným, které mu jsou uloženy právními předpisy nebo v těchto pojistných podmínkách a které svědčí o jeho zjevné bezohlednosti k následkům, které tím způsobí.
 - n) v souvislosti s podnikatelskou činností, výkonem povolání nebo jinou výdělečnou činností.

Článek 3. Povinnosti pojištěného

1. Vyjma povinností uvedených v části II článku 9 těchto pojistných podmínek má pojištěný dále povinnost:
 - a) oznámit pojistiteli, že proti pojištěnému poškozený uplatnil právo na náhradu škody, a vyjádřit se k povinnosti nahradit vzniklou škodu, popřípadě újmu, k požadované náhradě a k její výši;
 - b) uvést jméno, adresu a kontakt na poškozené a případné svědky, zajistit jejich písemná vyjádření k újmě a jejímu rozsahu a poskytnout je pojistiteli;
 - c) zajistit a poskytnout pojistiteli důkazy svědčící o vzniku a rozsahu újmy, fotodokumentaci, zajistit a předložit policejní protokol (byla-li škodní událost šetřena policejním orgánem);
 - d) neprodleně pojistitele informovat o zahájení řízení před orgány veřejné moci nebo v rozhodčím řízení, sdělit pojistiteli, zda pojištěný potřebuje být pro takové řízení zastoupen právním zástupcem, a dále pak pojistitele informovat o průběhu a výsledcích řízení;
 - e) vznést námitku promlčení v případech, kde došlo k promlčení nároku poškozeného;
 - f) nečinít žádná prohlášení, kterými by uznal svou odpovědnost za vzniklou újmu či kterým by se jménem svým či jménem pojistitele zavázal k jakémukoli vypořádání vzniklé újmy;
 - g) neuzavírat soudní smír či se jakkoli smírně vyrovnat bez předchozího souhlasu pojistitele;
 - h) podat včas opravný prostředek proti rozhodnutí příslušného orgánu, pokud od pojistitele neobdrží jiný pokyn; tato povinnost pojištěného vzniká i v případě, pokud by mu nebyla přiznána náhrada nákladů řízení;
 - i) postupovat tak, aby v řízení před orgánem veřejné moci nezavdal příčinu k vydání rozhodnutí pro zmeškání či pro uznání.

C. Pojištění zavazadel – škodové pojištění

Článek 1. Co je pojištěno?

1. Předmětem pojištění jsou cestovní zavazadla a věci osobní potřeby obvyklé pro daný účel cesty, které jsou ve vlastnictví pojištěného a které si vzal na cestu, případně věci, které si prokazatelně pořídil během cesty s výjimkou věcí definovaných ve výlukách těchto pojistných podmínek.
2. Při stanovení výše pojistného plnění vychází pojistitel z obvyklé ceny věci v době poškození či odcizení.
3. Pojistnou událostí z pojištění zavazadel je:
 - a) poškození nebo zničení pojištěné věci živelnou událostí;
 - b) odcizení, poškození nebo zničení pojištěné věci v důsledku krádeže z uzamčené a k tomu určené místnosti ubytovacího zařízení nebo z úschovny určené pro odložení pojištěné věci a z jiných podobných zařízení, potvrzené policejním protokolem;
 - c) odcizení, poškození nebo zničení pojištěné věci loupeží z vozidla nebo krádeží vloupáním do dopravního prostředku, pokud pojištěná věc byla odcizena z řádně uzamčeného zavazadlového prostoru motorového vozidla za předpokladu, že tato věc nebyla viditelná zvenku nebo nezasahovala do interiéru motorového vozidla (prostoru, který je určený na přepravu osob);
 - d) odcizení, poškození nebo zničení pojištěné věci krádeží vloupáním nebo loupeží, ke kterému došlo v příčinné souvislosti se živelnou událostí;
 - e) odcizení, poškození nebo zničení pojištěné věci, pokud byl pojištěný zbaven možnosti věci opatrovat po úrazu nebo v důsledku dopravní nehody;
 - f) ztráta nebo odcizení osobních dokladů; v takovém případě pojistitel uhradí dopravu pojištěného do místa vystavení náhradního dokladu a doručení náhradních dokladů do místa pobytu pojištěného v zahraničí.

Článek 2. na jaké případy se pojištění zavazadel nevztahuje? – výluky z pojištění

1. Vyjma případů uvedených v části II článku 8 těchto pojistných podmínek neposkytne pojistitel pojistné plnění také v případě:
 - a) krádeže vloupáním do stanu nebo přívěsu, a to ani tehdy pokud byl stan nebo přívěs uzamčen. Uvedená výluka se však nevztahuje na krádež vloupáním do obytného automobilu;
 - b) krádeže z veřejné úschovny schránky;
 - c) odcizení, poškození nebo zničení pojištěné věci v době, kdy byla pojištěná věc svěřena dopravci;
 - d) škody na pojištěné věci, kterou způsobila osoba blízká nebo osoba žijící s pojištěným ve společné domácnosti;
 - e) škody na dopravních prostředcích všeho druhu (včetně přívěsných vozidel, jejich částí, součástí či náhradních dílů) s výjimkou jízdních kol a invalidních vozíků uložených v uzamčených a k tomu určených místnostech nebo zavazadlovém prostoru.
2. Pojištění zavazadel se dále nevztahuje na brýle, kontaktní čočky, protézy všeho druhu, jízdenky, vstupenky, ceniny, cennosti a cenné papíry, šekové a vkladní knížky, platební karty, veřejné listiny a doklady (s výjimkou osobních dokladů), klíče a jiné odemykací systémy, tabákové výrobky, alkohol všeho druhu, omamné a psychotropní látky, zbraně a střelivo, plány a projekty, prototypy a nosiče obrazových, zvukových a datových záznamů včetně jejich obsahu, hodnotu autorského práva a práva průmyslového vlastnictví, které k věci patří, a zvířata.

Článek 3. Povinnosti pojištěného

1. Vyjma povinností uvedených v části II článku 9 těchto pojistných podmínek má pojištěný dále povinnost:
 - a) u škodní události z pojištění zavazadel předložit pojistiteli doklady prokazující pořizovací cenu a datum všech poškozených, zničených, odcizených či ztracených věcí, zdokumentovat poškozené věci nejlépe fotograficky nebo na videozáznam;
 - b) neměnit stav poškozené věc (např. opravou) bez souhlasu pojistitele. To neplatí, pokud by se rozsah škodní události či jejích následků zvětšoval;
 - c) nenechávat zavazadla v zavazadlovém prostoru odstaveného vozidla nebo přívěsu mezi 22:00 a 6:00 hodinou;
 - d) v případě krádeže vloupáním či loupeže oznámit tuto skutečnost policejnímu orgánu a poskytnout pojistiteli kopii tohoto oznámení nebo policejní zprávu o výsledku vyšetřování;
 - e) v případě nálezu odcizené nebo ztracené věci tuto skutečnost ihned oznámit pojistiteli, naleznou věc převzít a vrátit pojistiteli adekvátní část pojistného plnění.

D. Úrazové pojištění – obnosové pojištění

Článek 1. Co je pojištěno

1. Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz, který pojištěný utrpí během trvání pojištění a v jehož důsledku dojde k hospitalizaci nebo k trvalým následkům úrazu či v jehož důsledku nastane smrt pojištěného.

Článek 2. Jaká je výše pojistného plnění za trvalé následky úrazu?

1. Pojistitel vyplatí pojistné plnění nejvýše do limitu pojistného plnění uvedeného v Přehledu pojistného plnění v části II článku 1. odst. 7 těchto pojistných podmínek. Podle druhu a rozsahu následků úrazu vyplatí pojistitel částku ve výši určitého procenta odpovídající procentu tělesného poškození způsobeného úrazem. Výše procenta je uvedena v Oceňovací tabulce, které jsou součástí těchto pojistných podmínek. Přitom platí, že:
 - a) trvalé následky jsou hodnoceny po jejich ustálení, nejdříve však po roce od škodní události a nejdéle po 3 letech ode dne, kdy k škodní události došlo. Hodnocení probíhá na základě lékařských zpráv a případném vyšetření lékařem určeného pojistitelem;
 - b) v případě, že se následky úrazu neustálí do 3 let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel na konci této lhůty pojistné plnění v takové výši, jako by vyplatil, pokud by v tu chvíli následky úrazu ustálené byly; po uplynutí této tříleté lhůty pojistitel z této pojistné události nevyplatí další pojistné plnění ani pokud se následky úrazu dále zhorší;

- c) pojistitel vyplácí pouze nároky, které dosáhnou v součtu alespoň 10 % podle Oceňovací tabulky;
- d) pokud se trvalé následky úrazu týkají části těla nebo orgánu, které byly poškozeny už před úrazem, procentuální ohodnocení podle Oceňovací tabulky se odpovídajícím způsobem sníží o počet procent předcházejícího zranění;
- e) pokud v důsledku úrazu vznikne více trvalých následků, vyplatí pojistitel souhrnné pojistné plnění za všechny trvalé následky; toto pravidlo však neplatí, je-li nutné vyčkat pro ustálení trvalých následků;
- f) pokud dojde k smrti pojištěného z jiné příčiny než v důsledku úrazu ještě před výplatou pojistného plnění, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků v době smrti pojištěného, pokud jejich ohodnocení dosáhne v součtu alespoň 25 % podle Oceňovací tabulky.

Článek 3. Jaká je výše pojistného plnění za smrt způsobenou úrazem?

1. Pokud bylo oprávněné osobě již poskytnuto pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pouze případný rozdíl mezi limitem pojistného plnění a už vyplaceným pojistným plněním za trvalé následky tohoto úrazu.
2. Pojistník nemá právo určit obmyšlenou osobu.

Článek 4. Jaká je výše pojistného plnění v případě hospitalizace pojištěného

1. Pokud je pojistnou událostí hospitalizace pojištěného, s výjimkou sjednaných výluk, vyplatí pojistitel oprávněné osobě jednorázově pojistné plnění ve výši odpovídající součinu pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě pro toto pojištění a počtu dní hospitalizace.
 - a) Nárok na pojistné plnění při hospitalizaci vzniká pouze tehdy, pokud je hospitalizace delší než 3 po sobě jdoucí dny.
 - b) Maximální počet dnů hospitalizace je omezen délkou 30 dnů za jednu pojistnou událost.
 - c) V případě vícenásobných hospitalizací následkem jednoho úrazu se dny hospitalizace sčítají.
 - d) Doba hospitalizace se počítá jako počet celých nocí, které pojištěný strávil na lůžku od zahájení hospitalizace. Jedna celá noc představuje jeden den hospitalizace.
 - e) Pojistné plnění poskytneme oprávněné osobě jednorázově po ukončení hospitalizace následkem úrazu po předložení dokladů nezbytných pro šetření škodní události a prokazujících nárok na pojistné plnění.

Článek 5. Na jaké případy se úrazové pojištění nevztahuje? – výluky z pojištění

1. Vyjma případů uvedených v části II článku 8 těchto pojistných podmínek neposkytne pojistitel pojistné plnění také v případech:
 - a) zhoršení následků úrazu z důvodu úmyslného nebo vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře;
 - b) vzniku a zhoršení kýly libovolného druhu;
 - c) diabetických gangrén a jakýchkoliv nádorů šlachových pochev, svalových úponů, synovitid, tíhových váčků nebo epikondylitid, stejně jako při jejich aseptických zánětech;
 - d) infekčních chorob;
 - e) následků zákroků, které neměly léčit následky úrazu nebo předcházet jejich zhoršení. Tím je myšleno především estetické a kosmetické operace, ale i jiné zákroky, které nesouvisí s ošetřením úrazu;
 - f) zhoršení choroby v důsledku úrazu;
 - g) úrazů vzniklých přímo či nepřímo v důsledku choroby, kterou pojištěný trpěl v době úrazu, a zhoršení následků úrazu chorobou, kterou trpěl v době úrazu;
 - h) srdeční nebo cévní mozkové příhody a následků úrazu, ke kterému došlo v důsledku srdeční nebo cévní mozkové příhody;
 - i) utonutí, ke kterému došlo v důsledku srdeční nebo cévní mozkové příhody;
 - j) následků neurologických, duševních chorob a poruch a s nimi spojenými poruchami či ztrátami vědomí;
 - k) poruch hybnosti či poškození páteře, včetně výhřezů meziobratlové ploténky, pokud nevznikne přímým mechanickým působením zvenčí, a přitom se nejedná o zhoršení projevů nemoci, která existovala před úrazem;
 - l) zlomenin v důsledku vrozené lámavosti kostí nebo metabolických poruch nebo patologických nebo únavových zlomenin, podvrtnutí a vykloubení v důsledku vrozených chyb a poruch;
 - m) že nároky na plnění z trvalých následků úrazu nedosáhnou v součtu alespoň 10 % podle Oceňovací tabulky;
 - n) kdy byl úraz přímo nebo nepřímo způsoben syndromem získaného selhání imunity (AIDS).
 - o) úraz vzniklý při přípravě nebo provozování jiných činností než běžných rekreačních sportů;
 - p) pokud hospitalizace vznikne v souvislosti s doprovodem dítěte v nemocnici.
2. Za hospitalizaci se nepovažuje pobyt v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech; pobyt v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (domově pro seniory, ozdravovně, pečovatelském domě, odvykacím centru, rehabilitačním zařízení a ústavu, v lázních apod.), v dalších odborných léčebných ústavech nebo v ústavech sociální péče a hospitalizace během výkonu trestu odnětí svobody ani pobyt v psychiatrických léčebnách.
3. Pojistitel nemá povinnost poskytnout plnění, pokud nebyly splněny všechny podmínky uvedené v pojistné smlouvě, těchto pojistných podmínkách nebo obecně závazných právních předpisech a dále v případě, že pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba nedodrželi své povinnosti, neposkytli pravdivé, úplné či včasné informace či podklady, nebo jinak ztížili či znemožnili šetření pojistitele, a to bez ohledu na to, zda mělo nebo nemělo toto porušení vliv na vznik pojistné události nebo její rozsah, a bez ohledu na to, zda se jednalo o porušení úmyslné či z nedbalosti.

Článek 6. Povinnosti pojištěného

1. Vyjma povinností uvedených v části II článku 9 těchto pojistných podmínek je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu vyhledat bezprostředně po úrazu lékařské ošetření, dbát pokynů lékaře a při hlášení škodní události doložit lékařskou zprávu. Dojde-li k pozdnímu ošetření zaviněným jednáním pojištěného, které mělo vliv na rozsah trvalých následků, může pojistitel pojistné plnění poměrně snížit nebo zamítnout.

E. Pojištění telemedicína – škodové pojištění

Článek 1. Co je pojištěno

1. Pojistnou událostí z pojištění Telemedicína je škodní událost z pojištění léčebných výloh. V případě pojistné události poskytne pojistitel pojištěnému pojištění plnění spočívající v naturálním plnění v rozsahu:
 - a) telekonzultace, on-line konzultace nebo vyšetření pojištěného prostřednictvím videohovoru nebo chatu;
 - b) doporučení lékaře k dalšímu postupu a možnostem léčby nemoci nebo úrazu, a/nebo
 - c) vystavení lékařské zprávy nebo e-receptu, pokud je to z lékařského hlediska odůvodněné.
2. Možnost objednání služeb v rámci pojištění Telemedicína je k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.
3. Telemedicína nenahrazuje tísňové linky záchrany života. V případě akutního zdravotního stavu, který vyžaduje okamžité ošetření lékařem, by měl pojištěný přivolat záchrannou službu, případně požádat asistenční službu o zajištění lékařské pomoci.
4. V případě nezletilého pojištěného se k on-line konzultaci nebo vyšetření musí spolu s nezletilým připojit i jeho zákonný zástupce. Bez přítomnosti zákonného zástupce nebudou on-line konzultace nebo vyšetření poskytnuty.

Článek 2. na jaké případy se pojištění zavazadel nevztahuje? – výluky z pojištění

1. Vyjma výluk uvedených v části II, článku 8 těchto pojistných podmínek se pojištění Telemedicína dále nevztahuje na náklady související s telefonním hovorem nebo on-line konzultací.
2. Pojištění se nevztahuje na pojistnou událost, která vznikla osobě odlišné od pojištěného.

Článek 3. Povinnosti pojištěného

1. Vyjma povinností uvedených v části II článku 9 těchto pojistných podmínek je pojištěný dále povinen při pokládání dotazů týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu uvést vždy pravdivé a přesné informace.

F. Pojištění pohřební asistence – škodové pojištění

Článek 1. Co je pojištěno

1. Pojištění pohřební asistence kryje náklady na pohřeb nebo kremaci pojištěného na území České republiky v případě jeho úmrtí v době trvání Komplexního zdravotního pojištění cizinců, pokud převoz tělesných ostatků pojištěného do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, není možný, nebo pokud si pojištěný prokazatelným způsobem přál být pohřben v České republice, a to za podmínek uvedených v těchto pojistných podmínkách.
2. Pojistnou událostí je úmrtí pojištěného na území České republiky nebo státu Schengenského prostoru, ke kterému došlo v době trvání Komplexního zdravotního pojištění cizinců, včetně zdravotního pojištění cizinců pro Schengenský prostor, a zároveň existuje:
 - a) nemožnost realizovat převoz tělesných ostatků pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt, zejména z bezpečnostních důvodů (např. válečný konflikt, teroristická hrozba, přírodní katastrofa), administrativních překážek (např. nemožnost získání cestovního dokladu zemřelého, povolení k převozu, neposkytnutí souhlasu státu původu), finanční nebo logistické nemožnosti (např. náklady přesahující sjednaný limit nebo technická nemožnost přepravy), zdravotních nebo hygienických důvodů (např. infekční onemocnění, karanténa) nebo právních překážek (např. zákaz převozu podle právních předpisů země původu nebo tranzitních zemí), nebo
 - b) skutečnost, že pojištěný výslovně projevil přání být pohřben v České republice, přičemž toto přání musí být učiněno prokazatelným způsobem (zejména písemně, notářsky ověřeným prohlášením, protokolárně u obecního úřadu nebo jiným právně uznatelným způsobem).
3. Pojištění zahrnuje základní pohřební služby v rozsahu běžných nákladů na kremaci nebo pohřeb pojištěného slušným způsobem na území České republiky, a to do sjednaného limitu pojistného plnění. Sjednané limity pojistného plnění jsou uvedeny v části II. Obecné informace, článku 1, odstavci 8, a v pojistné smlouvě. Limit pojistného plnění představuje nejvyšší částku, kterou pojistitel uhradí za jednu pojistnou událost.
4. Pojištění pohřební asistence se nevztahuje na mezinárodní převoz tělesných ostatků ze zahraničí na území České republiky; tyto náklady jsou hrazeny z Komplexního zdravotního pojištění cizinců nebo ze Zdravotního pojištění cizinců pro Schengenský prostor a tranzitní země dle DPP ZPCNS ze dne 1. července 2026, je-li toto pojištění sjednáno.
5. Poskytovaný rozsah služeb do sjednaného limitu pojistného plnění pro toto pojištění zahrnuje:
 - a) **Základní pohřební služby**, které zahrnují běžné náklady na zpopelnění nebo uložení do hrobu, včetně základní rakve, obřadu a poplatků za kremaci či hrobové místo;
 - b) **Převoz tělesných ostatků** v rámci České republiky, kterým se rozumí výlučně lokální převoz tělesných ostatků z místa úmrtí na území České republiky do krematoria nebo pohřební služby; tato služba nezahrnuje mezinárodní převoz tělesných ostatků ze zahraničí; náklady na tuto službu jsou hrazeny do výše dílčího limitu z limitu Základních pohřebních služeb, pokud je převoz zprostředkován třetí osobou zajištěnou pojistitelem nebo Asistenční službou;
 - c) **Asistence při komunikaci se správními úřady**, zahrnující pomoc při vyřizování nezbytných úředních úkonů spojených s úmrtím pojištěného nebo jeho pohřbem, zejména vydání úmrtního listu, odhlášení z pobytu a oznámení příslušným správním úřadům;
 - d) **Jazyková asistence pro pozůstalé**, spočívající v online tlumočení při komunikaci s úřady nebo při informování rodiny o úmrtí pojištěného;
 - e) **Psychologická pomoc pro osoby blízké**, poskytovanou formou jednorázové konzultace s psychologem nebo krizová intervence pro pozůstalé, maximálně však do výše dílčího limitu z limitu Základní pohřební služby.

Článek 2. Na jaké případy se pojištění pohřební asistence nevztahuje (výluky z pojištění)

1. Na pojištění pohřební asistence se vztahují také výluky z pojištění uvedené v části II. Obecné informace, článku 8, odstavci 1 těchto pojistných podmínek, pokud z jejich povahy nevyplývá, že se na toto pojištění nepoužijí. Kromě těchto výluk se na pojištění pohřební asistence vztahují rovněž níže uvedené zvláštní výluky.
2. Pojištění pohřební asistence se dále nevztahuje na pojistné události:
 - a) u nichž byl pohřeb nebo kremace pojištěného plně uhrazen z jiného pojištění, zejména z Komplexního zdravotního pojištění cizinců nebo ze zdravotního pojištění cizinců pro Schengenský prostor;
 - b) u nichž byly náklady na pohřeb pojištěného nebo náklady na související služby uhrazeny v plném rozsahu jiným subjektem bez nároku na jejich náhradu, zejména z veřejných prostředků nebo z jiného pojištění, aby se zabránilo duplicitnímu pojistnému plnění;
 - c) kdy pojištěný neprojevili přání být pohřben v České republice a současně byl nebo mohl být realizován převoz tělesných ostatků do státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt;
 - d) kdy přání pojištěného být pohřben v České republice nebylo učiněno prokazatelným způsobem.

Článek 3. Oprávněná osoba a její povinnosti

1. Oprávněnou osobou se pro účely tohoto pojištění a odchylně od pojistné smlouvy rozumí osoba, která zajistila pohřeb pojištěného a vyřizování úředních úkonů spojených s úmrtím pojištěného a jeho pohřbem a/nebo která prokazatelně vynaložila náklady na pohřeb pojištěného nebo na převoz ostatků pojištěného. Oprávněnou osobou jsou pozůstalí pojištěného nebo osoby blízké, jak je uvedeno u jednotlivých plnění písm. F článku 1. odst. 5 těchto pojistných podmínek.
2. Oprávněná osoba je povinna neprodleně oznámit pojistnou událost pojistiteli, předložit úmrtní list a další doklady požadované pojistitelem a poskytnout pojistiteli součinnost, zejména při zajištění pohřebních služeb a asistenční činnosti.

IV. Závěrečná ustanovení

1. Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Přílohou těchto pojistných podmínek je oceňovací tabulka.
3. Tyto pojistné podmínky jsou vyhotoveny v české, anglické verzi a ruské verzi. V případě rozporů mezi jednotlivými jazykovými verzemi převažuje verze v českém jazyce.
4. K řešení sporů vzniklých z pojištění jsou oprávněny příslušné soudy v České republice.
5. Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. července 2026.

Příloha č. 1 – oceňovací tabulka

ÚRAZY HLAVY A SMYSLOVÝCH ORGÁNŮ		
1	Úplný defekt v klenbě lební v rozsahu do 2 cm ²	5 %
2	Úplný defekt v klenbě lební v rozsahu do 10 cm ²	15 %
3	Úplný defekt v klenbě lební v rozsahu nad 10 cm ²	25 %
4	Vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy podle stupně	do 80 %
5	Traumatická porucha lícního nervu	do 10 %
6	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami lehkého stupně	do 10 %
7	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami středního stupně	do 20 %
8	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami těžkého stupně	do 35 %
9	Ztráta celého nosu	20 %
10	Úplná ztráta čichu (pouze částečná není plněna)	10 %
11	Úplná ztráta chuti (pouze částečná není plněna)	5 %
12	Úplná ztráta zraku na jednom oku	25 %
13	Úplná ztráta zraku na druhém oku (Při úplné ztrátě zraku nemůže hodnocení celkových TN činit na jednom oku více než 25 %, na druhém více než 75 % a na obou očích více než 100 %. Výjimku činí trvalá poškození uvedená v bodech 15, 21, 22, která se hodnotí i nad tuto hranici)	75 %
14	Snížení zrakové ostrosti dle pomocné tabulky	
15	Za anatomickou ztrátu nebo atrofii oka se připočítává ke zjištěné hodnotě trvalé zrakové méněcennosti	5 %
16	Koncentrické a nekoncentrické zúžení zorného pole	do 20 %
17	Ztráta čočky na jednom oku, včetně poruchy akomodace při snášenlivosti kontaktní čočky alespoň 4 hod. denně	15 %
18	Ztráta čočky na jednom oku, včetně poruchy akomodace při snášenlivosti kontaktní čočky méně než 4 hod. denně	18 %
19	Ztráta čočky na jednom oku, včetně poruchy akomodace při úplné nesnášenlivosti kontaktní čočky	25 %
20	Traumatická porucha okohybných nervů nebo porucha rovnováhy okohybných svalů	do 25 %
21	Porušení průchodnosti slzných cest na jednom oku	5 %
22	Porušení průchodnosti slzných cest na obou očích	10 %
23	Ztráta jednoho boltce	10 %
24	Ztráta obou boltců	15 %
25	Nedoslýchavost jednostranná lehkého stupně	0 %
26	Nedoslýchavost jednostranná středního stupně	do 5 %
27	Nedoslýchavost jednostranná těžkého stupně	do 12 %
28	Nedoslýchavost oboustranná lehkého stupně	do 10 %
29	Nedoslýchavost oboustranná středního stupně	do 20 %
30	Nedoslýchavost oboustranná těžkého stupně	do 35 %
31	Ztráta sluchu jednoho ucha	15 %
32	Ztráta sluchu obou uší	45 %
33	Porucha labyrintu jednostranná podle stupně	10–20 %
34	Porucha labyrintu oboustranná podle stupně	30–50 %
35	Stavy po poranění jazyka s defektem tkáně nebo jizevnatými deformacemi (jen pokud se již nehodnotí ztráta hlasu dle bodu 42)	15 %
36	Zohyzdující jizvy v obličejové části hlavy	do 5 %
POŠKOZENÍ CHRUPY (ZPŮSOBENÉ ÚRAZEM)		
37	Ztráta jednoho zubu (hradí se pouze ztráta zubu větší než 50 %)	1 %
38	Ztráta každého dalšího zubu	1 %
39	Za ztrátu, odlomení a poškození mléčných zubů a umělých zubních náhrad	0 %
40	Za ztrátu vitality zubu	0 %
ÚRAZY KRKU		
41	Zúžení hrtanu nebo průdušnice lehkého stupně	do 15 %
42	Zúžení hrtanu nebo průdušnice středního a těžkého stupně s částečnou ztrátou hlasu (podle bodu 42 nelze současně oceňovat při hodnocení podle bodů 43–45)	do 60 %
43	Ztráta hlasu (afonie)	25 %

44	Ztráta mluvy následkem poškození ústrojí mluvy	30 %
45	Stav po tracheotomii s trvale zavedenou kanylou (nelze současně oceňovat podle bodu 42–44)	50 %
ÚRAZY HRUDNÍKU, PLIC, SRDCE NEBO JÍCNU		
46	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spiometrické vyš.) lehkého stupně	do 10 %
47	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené (spiometrické vyš.) středního a těžkého stupně	do 30 %
48	Jiné následky poranění plic podle stupně a rozsahu, jednostranně	15–40 %
49	Jiné následky poranění plic podle stupně a rozsahu, oboustranně (spiometrické vyš.)	25–100 %
50	Porucha srdeční a cévní (pouze po přímém poranění, klinicky ověřené, podle stupně poranění, vyš. EKG)	10–100 %
51	Poúrazové zúžení jícnu lehkého stupně	do 10 %
52	Poúrazové zúžení jícnu středního až těžkého stupně	11–50 %
ÚRAZY BŘICHA A TRÁVICÍCH ORGÁNŮ		
53	Porušení břišní stěny provázené porušením břišního lisu	do 25 %
54	Poškození funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy výživy	do 80 %
55	Ztráta sleziny	15 %
56	Nedomykavost řitních svěračů podle rozsahu	do 60 %
57	Zúžení konečníku podle rozsahu	do 40 %
ÚRAZY MOČOVÝCH A POHLAVNÍCH ORGÁNŮ		
58	Ztráta jedné ledviny	20 %
59	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest (včetně druhotné infekce, podle stupně poškození)	do 50 %
60	Ztráta jednoho varlete	10 %
61	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence do 45 let (ověřeno phalloplethysmografií)	35 %
62	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence od 46–60 let (ověřeno phalloplethysmografií)	20 %
63	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence nad 60 let (ověřeno phalloplethysmografií)	10 %
64	Ztráta pyje nebo závažné deformity do 45 let	40 %
65	Ztráta pyje nebo závažné deformity od 46 let do 60 let	20 %
66	Ztráta pyje nebo závažné deformity nad 60 let (Je-li hodnoceno podle bodů 64–66, nelze současně hodnotit ztrátu potence podle bodů 61–63)	10 %
67	Poúrazové deformity ženských pohlavních orgánů	10–50 %
ÚRAZY PÁTEŘE A MÍCHY		
68	Omezení hybnosti páteře lehkého stupně	do 10 %
69	Omezení hybnosti páteře středního stupně	do 25 %
70	Omezení hybnosti páteře těžkého stupně	do 55 %
71	Poúrazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů lehkého stupně	10–25 %
72	Poúrazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů středního stupně	26–40 %
73	Poúrazové poškození páteře a míchy nebo míšních kořenů těžkého stupně	41–100 %
ÚRAZY PÁNVE		
74	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen do 45 let	30–65 %
75	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen po 45 letech	15–50 %
76	Těžké poškození pánve s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u mužů	15–50 %
ÚRAZY HORNÍCH KONČETIN		
Níže uvedené hodnocení se vztahuje na pravou ruku, u levé ruky platí hodnocení opačné nedominantní horní končetiny.		
Poškození oblasti ramene a paže		
77	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem vpravo	70 %
78	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem vlevo	60 %
79	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká) vpravo	35 %
80	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká) vlevo	30 %
81	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50 st., flexe 40–45 st., vnitřní rotace 20 st.) vpravo	30 %
82	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50 st., flexe 40–45 st., vnitřní rotace 20 st.) vlevo	25 %

83	Omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého (vzpažení předpažením, předpažení neúplné nad 135 st.) vpravo	5 %
84	Omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplné nad 135 st.) vlevo	4 %
85	Omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.) vpravo	10 %
86	Omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.) vlevo	8 %
87	Omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.) vpravo	18 %
88	Omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.) vlevo	15 %
89	Habituální posttraumatická luxace ramenního kloubu vpravo (více jak 3× lékařem reponované, luxace RTG ověřena)	20 %
90	Habituální posttraumatická luxace ramenního kloubu vlevo (více jak 3× lékařem reponované, luxace RTG ověřena)	16,5 %
91	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární vpravo	3 %
92	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární vlevo	2,5 %
93	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulárního kloubu vpravo (Tossey II a III)	6 %
94	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulárního kloubu vlevo (Tossey II a III)	5 %
95	Pakloub kosti pažní vpravo	35 %
96	Pakloub kosti pažní vlevo	30 %
97	Chronický zánět kostní dřene pažní kosti jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu vpravo	30 %
98	Chronický zánět kostní dřene pažní kosti jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu vlevo	25 %
99	Trvalé následky po přetržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu vpravo	3 %
100	Trvalé následky po přetržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu vlevo	2 %
Poškození oblasti loketního kloubu a předloktí		
101	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jím blízka) vpravo	30 %
102	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jím blízka) vlevo	25 %
103	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení (úhel ohnutí 90–95 stupňů) vpravo	20 %
104	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení (úhel ohnutí 90–95 stupňů) vlevo	16 %
105	Omezení hybnosti loketního kloubu vpravo	do 18 %
106	Omezení hybnosti loketního kloubu vlevo	do 15 %
107	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních s nemožností přivrácení nebo odvrácení předloktí v nepříznivém postavení (v maximální pronaci nebo supinaci) vpravo	20 %
108	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních s nemožností přivrácení nebo odvrácení předloktí v nepříznivém postavení (v maximální pronaci nebo supinaci) vlevo	16 %
109	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních v příznivém postavení (střední postavení nebo lehká pronace) vpravo	do 20 %
110	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních v příznivém postavení (střední postavení nebo lehká pronace) vlevo	do 16 %
111	Omezení přivrácení a odvrácení předloktí vpravo	do 20 %
112	Omezení přivrácení a odvrácení předloktí vlevo	do 16 %
113	Pakloub obou kostí předloktí vpravo	40 %
114	Pakloub obou kostí předloktí vlevo	35 %
115	Pakloub kosti vřetenní vpravo	30 %
116	Pakloub kosti vřetenní vlevo	25 %
117	Pakloub kosti loketní vpravo	20 %
118	Pakloub kosti loketní vlevo	15 %
119	Viklavý loketní kloub vpravo	do 20 %
120	Viklavý loketní kloub vlevo	do 15 %
121	Ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu vpravo	55 %
122	Ztráta předloktí při zachovaném loketním kloubu vlevo	45 %
123	Chronický zánět kostní dřene kostí předloktí vpravo (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	27 %
124	Chronický zánět kostní dřene kostí předloktí vlevo (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	22 %

Ztráta nebo poškození ruky		
125	Ztráta ruky v zápěstí vpravo	50 %
126	Ztráta ruky v zápěstí vlevo	42 %
127	Ztráta všech prstů ruky, popřípadě včetně záprstních kostí vpravo	50 %
128	Ztráta všech prstů ruky, popřípadě včetně záprstních kostí vlevo	42 %
129	Ztráta prstů ruky mimo palec včetně záprstních kostí vpravo	45 %
130	Ztráta prstů ruky mimo palec včetně záprstních kostí vlevo	40 %
131	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním dlaňovém ohnutí) vpravo	30 %
132	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním dlaňovém ohnutí) vlevo	25 %
133	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním hřbetním ohnutí) vpravo	15 %
134	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení (postavení v krajním hřbetním ohnutí) vlevo	12,5 %
135	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení hřbetní ohnutí 20–40 stupňů vpravo	20 %
136	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení (hřbetní ohnutí 20–40 stupňů) vlevo	17 %
137	Pakloub člunkové kosti vpravo	15 %
138	Pakloub člunkové kosti vlevo	12 %
139	Omezení pohyblivosti zápěstí vpravo	do 20 %
140	Omezení pohyblivosti zápěstí vlevo	do 17 %
141	Viklavost zápěstí vpravo (potvrzeno RTG nebo USG vyš.)	do 12 %
142	Viklavost zápěstí vlevo (potvrzeno RTG nebo USG vyš.)	do 10 %
Poškození palce		
143	Ztráta koncového článku palce vpravo	9 %
144	Ztráta koncového článku palce vlevo	7 %
145	Ztráta palce se záprstní kostí vpravo	25 %
146	Ztráta palce se záprstní kostí vlevo	21 %
147	Ztráta obou článků palce vpravo	18 %
148	Ztráta obou článků palce vlevo	15 %
149	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí) vpravo	8 %
150	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí) vlevo	7 %
151	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi) vpravo	7 %
152	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi) vlevo	6 %
153	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí) vpravo	6 %
154	Úplná ztuhlost mezičlankového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí) vlevo	5 %
155	Úplná ztuhlost základního kloubu palce vpravo	6 %
156	Úplná ztuhlost základního kloubu palce vlevo	5 %
157	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce) vpravo	9 %
158	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce) vlevo	7,5 %
159	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice) vpravo	6 %
160	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice) vlevo	5 %
161	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení vpravo	do 25 %
162	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení vlevo	do 21 %
163	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního a mezičlankového kloubu vpravo	do 6 %
164	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního a mezičlankového kloubu vlevo	do 5 %
165	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu vpravo	do 9 %
166	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu vlevo	do 7,5 %
Poškození ukazováku		
167	Ztráta koncového článku ukazováku vpravo	5 %
168	Ztráta koncového článku ukazováku vlevo	4 %
169	Ztráta dvou článků ukazováku vpravo	8 %
170	Ztráta dvou článků ukazováku vlevo	6 %
171	Ztráta všech tří článků ukazováku vpravo	12 %
172	Ztráta všech tří článků ukazováku vlevo	10 %
173	Ztráta ukazováku se záprstní kostí vpravo	15 %

174	Ztráta ukazováku se záprstní kostí vlevo	12 %
175	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení nebo ohnutí vpravo	15 %
176	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení nebo ohnutí vlevo	12 %
177	Porucha úchopové funkce ukazováku vpravo	do 10 %
178	Porucha úchopové funkce ukazováku vlevo	do 8 %
179	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlankových kloubů ukazováku vpravo, při neporušené úchopové funkci	1,5 %
180	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlankových kloubů ukazováku vlevo, při neporušené úchopové funkci	1 %
181	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce vpravo	2,5 %
182	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce vlevo	2 %
Poškození prostředníku, prsteníku a malíku		
183	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní vpravo	9 %
184	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní vlevo	7 %
185	Ztráta všech tří článků nebo dvou článků se ztuhlostí základního kloubu vpravo	8 %
186	Ztráta všech tří článků nebo dvou článků se ztuhlostí základního kloubu vlevo	6 %
187	Ztráta dvou článků prstu se zachovalou funkcí základního kloubu vpravo	5 %
188	Ztráta dvou článků prstu se zachovalou funkcí základního kloubu vlevo	4 %
189	Ztráta koncového článku jednoho z těchto prstů vpravo	3 %
190	Ztráta koncového článku jednoho z těchto prstů vlevo	2 %
191	Úplná ztuhlost všech tří kloubů jednoho z těchto prstů v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránícím funkci sousedních prstů) vpravo	9 %
192	Úplná ztuhlost všech tří kloubů jednoho z těchto prstů v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránícím funkci sousedních prstů) vlevo	7 %
193	Porucha úchopové funkce prstu (omezení flexe do dlaně) vpravo	do 8 %
194	Porucha úchopové funkce prstu (omezení flexe do dlaně) vlevo	do 6 %
195	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlankových kloubů při neporušené úchopové funkci prstu, vlevo, vpravo	1 %
196	Nemožnost úplného natažení základního kloubu prstu s poruchou abdukce vpravo	1,5 %
197	Nemožnost úplného natažení základního kloubu prstu s poruchou abdukce vlevo	1 %
Traumatické poruchy nervů horní končetiny		
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické		
198	Traumatická porucha nervu axilárního vpravo	do 30 %
199	Traumatická porucha nervu axilárního vlevo	do 25 %
200	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů vpravo	do 45 %
201	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů vlevo	do 37 %
202	Traumatická porucha nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu vpravo	do 35 %
203	Traumatická porucha nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu vlevo	do 27 %
204	Traumatická porucha nervu muskulokutánního vpravo	do 30 %
205	Traumatická porucha nervu muskulokutánního vlevo	do 20 %
206	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů vpravo	do 40 %
207	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů vlevo	do 33 %
208	Traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohýbače karpu a části hlubokého ohýbače prstů vpravo	do 30 %
209	Traumatická porucha distální části loketního kloubu se zachováním funkce ulnárního ohýbače karpu a části hlubokého ohýbače prstů vlevo	do 25 %
210	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů vpravo	do 30 %
211	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů vlevo	do 25 %
212	Traumatická porucha distální části středního nervu s postižením hlavně thenarového svalstva vpravo	do 15 %
213	Traumatická porucha distální části středního nervu s postižením hlavně thenarového svalstva vlevo	12 %
214	Traumatická porucha všech tří nervů, popřípadě i celé pleteně pažní vpravo	do 60 %
215	Traumatická porucha všech tří nervů, popřípadě i celé pleteně pažní vlevo	do 50 %

ÚRAZY DOLNÍCH KONČETIN**Poškození kyčle, stehna a kolene**

216	Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo v oblasti mezikyčelním a kolenním kloubem	50 %
217	Pakloub stehenní kosti nebo nekróza hlavičky	40 %
218	Endoprotéza kyčelního kloubu (mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu)	15 %
219	Chronický zánět kostní dřeni kosti stehenní jen po otevřených zlomeninách nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	25 %
220	Zkrácení jedné dolní končetiny do 1 cm	0 %
221	Zkrácení jedné dolní končetiny do 4 cm	do 5 %
222	Zkrácení jedné dolní končetiny do 6 cm	do 15 %
223	Zkrácení jedné dolní končetiny přes 6 cm	do 25 %
224	Poúrazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené) s odchylkou osovou nebo rotační, za každých celých 5° odchylky (prokázané RTG)	5 %
	Odchylky přes 45° se hodnotí jako ztráta končetiny.	
225	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v nepříznivém postavení (úplné přitažení nebo odtažení, natažení nebo ohnutí a postavení těmto blízká)	40 %
226	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v příznivém postavení (lehké odtažení od základního postavení nebo nepatrné ohnutí)	30 %
227	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu lehkého stupně	do 10 %
228	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu středního stupně	do 20 %
229	Omezení pohyblivosti kyč. kloubu těžkého stupně	do 30 %

Poškození kolena

230	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo ohnutí v úhlu 20° a větším)	30 %
231	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení (ohnutí v úhlu 30° a větším)	45 %
232	Úplná ztuhlost kolena v příznivém postavení (úhel ohnutí do úhlu 20°)	do 30 %
233	Endoprotéza v oblasti kolenního kloubu (mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu)	15 %
234	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu lehkého stupně	do 10 %
235	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu středního stupně	do 15 %
236	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu těžkého stupně	do 25 %
237	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti jednoho postranního vazy	5 %
238	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti předního nebo zadního zkříženého vazy	do 15 %
239	Viklavost kolenního kloubu při nedostatečnosti předního a zadního zkříženého vazy	do 25 %
240	Trvalé následky po operativním vynětí jednoho menisku (podle rozsahu odstraněné části – minimálně 1/3 menisku, průkaz operačním nálezem)	do 5 %
241	Trvalé následky po operativním vynětí obou menisků	do 10 %
242	Trvalé následky po vynětí česky včetně atrofie stehenních a lýtkových svalů	do 10 %

Poškození bérce

243	Ztráta dolní končetiny v bérce se zachovaným kolenem	45 %
244	Ztráta dolní končetiny v bérce se ztuhlým kolenním kloubem	50 %
245	Pakloub kosti holenní nebo obou kostí bérce	30 %
246	Chronický zánět kostní dřeni kosti bérce jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	22 %
247	Poúrazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomenin v osové nebo rotační odchylce (odchylky musí být prokázány na RTG), za každých celých 5°	5 %
	Odchylky přes 45° se hodnotí jako ztráta bérce.	

Poškození v oblasti hlezenního kloubu

248	Ztráta nohy v hlezenném kloubu nebo pod ním	40 %
249	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu	30 %
250	Ztráta chodidla v Lisfrankově kloubu nebo pod ním	25 %
251	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v nepříznivém postavení (dorzální flexe nebo plantární flexe nad 20°)	30 %
252	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v pravoúhlém postavení	25 %
253	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v příznivém postavení (ohnutí do plosky kolem 5°)	20 %
254	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu lehkého stupně	do 6 %

255	Omezení pohyblivosti hlezenného kloubu středního stupně	do 12 %
256	Omezení pohyblivosti hlezenného kloubu těžkého stupně	do 20 %
257	Omezení pronace a supinace nohy	do 12 %
258	Úplná ztráta pronace a supinace nohy	15 %
259	Viklavost hlezenného kloubu (nutný průkaz RTG nebo USG)	do 20 %
260	Plochá nebo vybočená noha následkem úrazu a jiné poúrazové deformity v oblasti hlezna a nohy	do 25 %
261	Chronický zánět kostní dřeně v oblasti tarzu a metatarzu a kostí patní, jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	15 %
Poškození v oblasti nohy		
262	Ztráta všech prstů nohy	15 %
263	Ztráta obou článků palce nohy	10 %
264	Ztráta obou článků palce nohy se záprstní kostí nebo s její částí	15 %
265	Ztráta koncového článku palce nohy	3 %
266	Ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku), za každý prst	2 %
267	Ztráta malíku nohy se záprstní kostí nebo s její částí	10 %
268	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce nohy	3 %
269	Úplná ztuhlost základního kloubu palce nohy	7 %
270	Úplná ztuhlost obou kloubů palce nohy	8 %
271	Omezení pohyblivosti mezičlánkového kloubu palce nohy	do 3 %
272	Omezení pohyblivosti základního kloubu palce nohy	do 7 %
273	Porucha funkce kteréhokoliv jiného prstu nohy než palce, za každý prst	1 %
274	Poúrazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	do 15 %
275	Poúrazové oběhové a trofické poruchy na obou dolních končetinách	do 30 %
276	Poúrazová atrofie svalstva dolních končetin při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu na stehně	5 %
277	Poúrazová atrofie svalstva dolních končetin, při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu na bérce	3 %
Traumatické poruchy nervů dolní končetiny		
V hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vazomotorické a trofické		
278	Traumatická porucha nervu sedacího	do 50 %
279	Traumatická porucha nervu stehenního	do 30 %
280	Traumatická porucha nervu obturatorního	do 20 %
281	Traumatická porucha kmene nervu holenního s postižením všech inervovaných svalů	do 35 %
282	Traumatická porucha distální části nervu holenního s postižením funkce prstů	do 5 %
283	Traumatická porucha kmene nervu lýtkového s postižením všech inervovaných svalů	do 30 %
284	Traumatická porucha hluboké větve nervu lýtkového	do 20 %
285	Traumatická porucha povrchní větve nervu lýtkového	do 10 %
OSTATNÍ DRUHY TRVALÝCH NÁSLEDKŮ		
286	Jizvy a deformity (kromě bodu 36 těchto tabulek), které nezanechají funkční poškození	nehradí se
287	Poúrazové pigmentační změny	nehradí se
288	Poúrazové bolesti bez funkčního poškození	nehradí se
289	Duševní poruchy způsobené úrazem	nehradí se

Trvalé následky úrazu v oceňovací tabulce neobsažené stanoví likvidátor ve spolupráci s posudkovým lékařem pojišťovny na základě srovnání stupně závažnosti.

Pomocná tabulka pro hodnocení stupně poškození při snížení zrakové ostrosti s optimální brýlovou korekcí

Vizus	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60
6/6	0 %	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	25 %
6/9	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	28 %
6/12	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	31 %
6/15	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	35 %
6/18	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	39 %
6/24	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	44 %
6/36	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %
6/60	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %	55 %
3/60	25 %	28 %	31 %	35 %	39 %	44 %	49 %	55 %	65 %



Doplňkové pojistné podmínky zdravotního pojištění cizinců pro Schengenský prostor a tranzitní země

DPP ZPCNS ze dne 1. července 2026

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. K Pojistným podmínkám Komplexního zdravotního pojištění cizinců – PREMIUM účinným od 1. července 2026 (dále jen „pojistné podmínky“) se sjednávají tyto Doplnkové pojistné podmínky zdravotního pojištění cizinců pro Schengenský prostor a tranzitní země DPP ZPCNS (dále jen „doplňkové pojistné podmínky“).
2. V případě rozporu mezi ustanoveními pojistných podmínek a ustanoveními těchto doplňkových pojistných podmínek mají přednost ustanovení těchto doplňkových pojistných podmínek; za rozpor se nepovažuje, pokud ustanovení těchto doplňkových pojistných podmínek obsahují podrobnější úpravu práv a povinností smluvních stran, na kterou odkazují pojistné podmínky.

Článek 2. Výklad pojmů

V návaznosti na ustanovení pojistných podmínek mají pojmy použité v těchto doplňkových pojistných podmínkách následující význam:

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

Nutná a neodkladná zdravotní péče je zdravotní péče poskytnutá pojištěnému v případě úrazu nebo akutního onemocnění, kdy by prodlením mohlo dojít k vážnému zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví nebo ohrožení života. Její rozsah je dále vymezen výlukami z pojištění a sjednanými limity pojistného plnění uvedenými v těchto doplňkových pojistných podmínkách. Nutná a neodkladná péče je poskytována na území Schengenského prostoru vyjma území ČR a na území tranzitní země.

Schengenský prostor je území evropských států, které jsou účastny Smlouvy o postupném rušení hraničních kontrol (tzv. Schengenské dohody) na kterém mohou osoby překračovat hranice smluvních států na kterémkoliv místě, aniž by musely projít hraniční kontrolou. Pro účely tohoto pojištění se území ČR nepovažuje za schengenský prostor.

Tranzitní země se rozumí země, jejíž státní hranici je nezbytné překročit, aby se pojištěný nejkratším a nejrychlejším způsobem přepravil z výchozí země, jejíž je státním občanem, do některé ze zemí Schengenského prostoru.

Článek 3. Územní rozsah, účel pobytu

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které vznikly při turistickém pobytu na území Schengenského prostoru či na území tranzitní země.
2. Pojištění se vztahuje pouze na turistické pobyty, jejichž délka nepřesahuje 90 dní.

Článek 4. Pojistné plnění

1. Horní hranice pojistného plnění za škody vzniklé na území Schengenského prostoru je určena limitem pojistného plnění, který je uveden v Přehledu pojistného plnění níže.

Přehled pojistného plnění	Limit pojistného plnění
Horní hranice celkového limitu pojistného plnění	1 600 000 CZK / 60 000 EUR
– repatriace a transporty	skutečné náklady do celkového limitu
– nutné a neodkladné ošetření zubů	10 000 CZK / 400 EUR

2. Uvedené limity pojistného plnění se vztahují na jednu pojistnou událost jednoho pojištěného. Bez ohledu na změnu kurzu EUR vůči CZK garantuje pojistitel limit pojistného plnění ve výši 60 000 EUR přepočtený podle kurzu České národní banky platného v den vzniku pojistné události.

Článek 5. Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je náhlé akutní onemocnění nebo úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a které vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné péče, případně asistenční služby v souladu s podmínkami a sjednaným rozsahem pojištění.
2. Události vzniklé z jedné příčiny a zahrnující všechny skutečnosti a jejich následky, mezi nimiž existuje příčinná a časová nebo jiná přímá souvislost, se považují za jednu pojistnou událost.
3. Pojistitel hradí v souvislosti s pojistnou událostí přiměřené a účelně vynaložené náklady na:
 - a) nutnou a neodkladnou zdravotní péči pojištěného, ve které je zahrnuto:
 - i. nutné a neodkladné vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy a léčebného postupu;

- ii. nutné a neodkladné ambulantní lékařské ošetření;
 - iii. nutný a neodkladný pobyt ve zdravotnickém zařízení (hospitalizace) ve standardním pokoji se standardním vybavením a standardní lékařskou péčí na dobu nezbytně nutnou; diagnostická vyšetření, léčení včetně operace, anestézie, léky, zdravotnický materiál a nemocniční stravu;
 - iv. léky předepsané lékařem v souvislosti s pojistnou událostí a odpovídající nutné a neodkladné péči;
 - v. nutné a neodkladné ošetření zubním lékařem při akutních bolestivých stavech zubů, léčených extrakcí nebo jednoduchou výplní (včetně RTG), a ošetření za účelem bezprostřední úlevy od bolesti vztahující se ke sliznicím dutiny ústní, a to do limitu pojistného plnění uvedeného v těchto doplňkových pojistných podmínkách;
- b) přepravu pojištěného od lékaře do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do jiného specializovaného zdravotnického zařízení, pokud to stav pojištěného dle posouzení pojistitele vyžaduje a ošetřující lékař ji doporučí;
 - c) přepravu pojištěného ze zdravotnického zařízení zpět do místa pobytu na území Schengenského prostoru, pokud není ze zdravotních důvodů možné k přepravě použít veřejný dopravní prostředek;
 - d) repatriaci pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná a možná; repatriace je posuzována, schvalována a organizována pojistitelem, a pojištěný je repatriován na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt
 - e) přepravu tělesných ostatků pojištěného zpět na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastnil, popřípadě do jiného státu, ve kterém měl pojištěný povolen pobyt; přeprava ostatků je provedena specializovanou organizací po předchozím schválení pojistitelem.

Článek 6. Výluky z pojištění

1. Na toto pojištění se vztahují výluky a omezení, které jsou uvedeny v pojistných podmínkách.
2. Pojistitel dále není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud:
 - a) ke škodní události došlo mimo Schengenský prostor a/nebo tranzitní zemi;
 - b) škodní událost nastala v důsledku porušení právních předpisů na území Schengenského prostoru a/nebo tranzitní země, pojištěným nebo osobou, která uplatňuje právo na pojistné plnění;
 - c) škodní událost nastala na území České republiky a/nebo v zemi, jejíž cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě v zemi, ve které je pojištěný účastníkem veřejného zdravotního pojištění;
 - d) škodní událost nastala v důsledku sebevraždy, pokusu o ni nebo v důsledku úmyslného sebepoškození pojištěného.
3. Pojistitel dále není povinen poskytnout pojistné plnění v případech:
 - a) kdy léčebná péče pojištěného souvisí s ošetřením onemocnění či úrazu, které existovaly nebo jejichž příčina či příznaky nastaly před uzavřením pojistné smlouvy, a to včetně podávání léků;
 - b) kdy je lékařská péče pro pojištěného vhodná a účelná, avšak odkladná a lze ji poskytnout až po návratu na území státu, jehož cestovní doklad pojištěný vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má pojištěný povolen pobyt;
 - c) preventivních prohlídek pojištěného, kontrolních vyšetření nebo lékařských vyšetření a ošetření nesouvisejících přímo s náhlým onemocněním nebo úrazem pojištěného; prohlídky, vyšetření a ošetření dle tohoto ustanovení jsou možná jen po schválení pojistitelem;
 - d) vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony v osobním zájmu pojištěného, které nesledují léčebný účel;
 - e) vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony týkající se laboratorních vyšetření, (včetně laboratorního a ultrazvukového) ke zjištění těhotenství, interrupce, jakýchkoliv komplikací rizikového těhotenství, jakýchkoliv komplikací po 18. týdnu těhotenství, porodu včetně předčasného a šestinedělí, vyšetření a léčby neplodnosti a umělého oplodnění a nákladů spojených s anti-koncepcí a hormonální léčbou; jakýchkoliv komplikací těhotenství, pokud byla pojištěná při sjednání pojištění gravidní;
 - f) neakutního ošetření zubů pojištěného a služeb s tím spojených, nákladů na zubní náhrady, korunky nebo úpravy čelistí, zubní rovnátka, můstky, odstranění zubního kamene nebo povlaku;
 - g) léčení pojištěného osobou blízkou nebo osobou bez odpovídající kvalifikace, léčebných úkonů mimo zdravotnické zařízení registrované na území Schengenského prostoru a/nebo tranzitních zemí, léčení metodami vědecky neuznávanými na území Schengenského prostoru;
 - h) zakoupení léků a zdravotnických pomůcek bez lékařského předpisu;
 - i) kdy lékařská péče pojištěnému je poskytnuta nad rámec rozsahu nutné a neodkladné zdravotní péče;
 - j) vyšetření a léčení vrozených vývojových vad pojištěného;
 - k) zhotovení a opravy protéz (ortopedických, zubních), brýlí, kontaktních čoček nebo naslouchacích přístrojů a nákupu ortéz v jiném než základním provedení;
 - l) náhrad za nadstandardní lékařskou péči a služby;
 - m) náhrad za podpůrné léky, vitamínové preparáty a doplňkovou stravu;
 - n) vyšetření a léčení hepatitidy;
 - o) orgánové transplantace, léčení hemofilie, inzulinové terapie kromě poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy, peritoneální dialýzy, léčení růstovým hormonem, léčení interferonem a podávání léků, které bylo zahájeno před vznikem pojištění;
 - p) vyšetření pojištěného a léčení nakažlivých pohlavních chorob včetně infekce HIV/AIDS.

Článek 7. Závěrečná ustanovení

1. Tyto doplňkové pojistné podmínky doplňují ujednání pojistných podmínek a spolu s pojistnými podmínkami jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Tyto pojistné podmínky upravují pojištění od 1. července 2026.



Terms and Conditions of Comprehensive Health Insurance for Foreign – PREMIUM

PP KZPC – PREMIUM dated 1 July 2026

I. Introductory Provisions

1. Comprehensive health insurance for foreigners – PREMIUM is governed by the insurance contract and the insurance terms and conditions for comprehensive health insurance for foreigners – PREMIUM – PP KZPC – PREMIUM dated 1 July 2026 (hereinafter referred to as the “insurance terms and conditions”). These insurance terms and conditions form an integral part of the insurance contract.
2. The insurance contract is concluded by the insurer INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., with its registered office at 8-10 rue Paul Vaillant Couturier, 92240 Malakoff, France, registered in the Commercial Register maintained by the Commercial Court of Nanterre under registration number 316 139 500 R.C.S. Nanterre, acting in the Czech Republic through INTER PARTNER ASSISTANCE, organisational unit, with its registered office at Generála Píky 430/26, 160 00 Prague 6, Company ID No.: 28225619, registered in the Commercial Register maintained by the Municipal Court in Prague under file number A 59647.
3. The insurance is governed by Act No. 326/1999 Coll., on the Residence of Foreign Nationals in the Territory of the Czech Republic, Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code, and other generally binding legal regulations of the Czech Republic, these insurance terms and conditions, and the provisions of the insurance contract. Where these insurance terms and conditions or the insurance contract contain provisions that deviate from the provisions of the Civil Code in cases where the Civil Code permits such deviation, the provisions set out in the insurance contract and these insurance terms and conditions shall apply. If the insurance contract or these insurance terms and conditions do not contain any other provisions, or if they contain no provisions at all, the provisions of the Civil Code shall apply.

II. General Information

Article 1. Types of insurance

1. Comprehensive health insurance (hereinafter also referred to as “the insurance”) is primarily intended to cover healthcare provided to the insured by the insurer’s contracted healthcare providers, with the aim of maintaining the insured’s state of health as it was prior to taking out the insurance. Comprehensive health insurance applies to foreign nationals’ tourist, study and work stays in the Czech Republic.
2. Comprehensive health insurance is taken out to cover the following risks:
 - a) Comprehensive healthcare insurance;
 - b) Liability insurance;
 - c) Luggage insurance;
 - d) Accident insurance;
 - e) Telemedicine insurance;
 - f) Funeral assistance insurance.
3. The insurance benefit limits for the individual insurance policies listed in the table ‘Overview of Insurance Benefits’ in paragraph 8 of this article represent the upper limit of the insurance benefit that the insurer will provide per insured person for the entire insurance period, unless otherwise stated, with the exception of comprehensive healthcare.
4. The total limit for comprehensive healthcare insurance represents the upper limit of the insurance benefit that the insurer will provide per insured event and per insured person under the comprehensive healthcare insurance.
5. The total limit for luggage insurance represents the upper limit of the insurance benefit that the insurer will provide per insured person for the entire insurance period under the luggage insurance.
6. If an excess is specified in the Claims Overview table, this is deducted from the total claim payment
7. If partial claim limits are listed in the Claim Overview table, these represent the upper limit of the claim for a specific insured risk and apply to each insured event of the insured person.

8. Overview of Insurance Benefits:

Overview of Insurance Benefits	
Comprehensive Healthcare Insurance	
Upper limit of the total insurance benefit	CZK 25,000,000 / EUR 1,000,000
– Repatriation and transport	actual costs up to the total limit
– Dental treatment	actual costs up to the total limit
– Prescription medication	actual costs up to the total limit
– Assistance service	Yes
– Premium healthcare and other services	CZK 2,500 / EUR 100 / year
Liability insurance	
Cheers	CZK 2,500,000 / EUR 100,000
Property	CZK 1,250,000 / EUR 50,000
Insured person's excess	CZK 2,500 / EUR 100
Luggage insurance	
Total limit	CZK 12,500 / EUR 500
– Limit per item	CZK 6,000 / EUR 250
– Loss of personal documents	CZK 2,500 / EUR 100
– Electronics, sports equipment	CZK 6,000 / EUR 250
Accident insurance	
Accidental death	CZK 120,000 / EUR 5,000
Permanent consequences of an accident	CZK 250,000 / EUR 10,000
Hospitalisation following an accident	CZK 300 / day EUR 12 / day
Telemedicine insurance	Yes
Funeral assistance	Once per policy period
– Basic funeral services	CZK 15,000
– Transport of the body within the Czech Republic – partial limit	CZK 5,000
– Psychological support for relatives – sub-limit	CZK 4,000

Article 2. Definition of terms

Medicines prescribed on an outpatient basis are medicines and medical devices prescribed by a doctor in the name of the insured person.

An assistance service is a legal entity which, on behalf of the insurer, provides assistance services to the insured person and represents the insurer in the reporting, investigation and settlement of claims. Assistance services are provided by AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o. Where these insurance terms and conditions confer rights and obligations on the insurer, the assistance service has the same rights and obligations.

Common sports are the following common leisure sports activities and sports practised at a recreational level: aerobics, airsoft, aqua aerobics, badminton, baseball, basketball, running, cross-country skiing on marked trails, boccia, bowling, bridge, ice skating, boomerang, bungee running, bungee trampoline, curling, cycling, cycle touring, dragon boat racing, fitness and bodybuilding, floorball, footbag, football, frisbee, goalball, golf, handball, mountain biking (excluding downhill), cheerleading, pedal boating, yoga, card and other board games, scooter, rounders, football, korfbal, cricket, billiards, marbles, bodybuilding, skittles, archery, skiing on marked trails, curling, low rope obstacles (up to 1.5 m), mini trampoline, rhythmic gymnastics, foot tennis, orienteering (including radio-controlled), petanque, swimming, beach volleyball, showdown, snowboarding on marked trails, softball, spinning, model aircraft flying, sport fishing, sport shooting (target shooting with firearms), squash, table football, table hockey, board games, table tennis, streetball, synchronised swimming, chess, fencing (classical), darts, snorkelling, ballroom dancing, tennis, tchoukball, rowing, water skiing, water polo, volleyball, high-altitude hiking on marked trails without the use of mountaineering equipment and Via Ferrata of difficulty level A, juggling (diabolo, fire show, juggling, yoyo) and other sports of similar risk.

Valuables are items which, in addition to their intrinsic utility value, possess other value, e.g. artistic, historical or collectable value; these may include smaller items of higher value, such as items made from precious metals, precious stones, pearls, valuable stamps or coins.

A foreign national is a natural person who is not a citizen of the Czech Republic.

The waiting period is the period during which the insurer is not obliged to pay insurance benefits in respect of events that would otherwise constitute insured events. The waiting period is calculated from the start date of the insurance period.

Dental hygiene is a preventive procedure carried out by a qualified dental hygienist or dentist for the purpose of removing dental plaque, tartar and other deposits that form in the oral cavity.

Hospitalisation is a condition of the insured person where, as a result of an insured event, it is medically necessary for them to be admitted to a healthcare facility providing inpatient care for the purpose of receiving hospital diagnostic and treatment care for the period strictly necessary.

A single premium is a premium set for the entire term of the insurance. The entire single premium always belongs to the insurer.

Comprehensive healthcare is healthcare covered by insurance, the scope of which is similar to that of public health insurance in the Czech Republic, but with the agreed exclusions from cover set out in Article 8 of Part II, Article 2 of Part III, paragraph A of these insurance terms and conditions, and with the agreed limits on insurance benefits set out in Article 1, paragraph 8 of Part I of these insurance terms and conditions.

Burglary is the theft of property whereby the perpetrator takes possession of it by forcibly breaking a lock or by other violent and unlawful means.

Robbery is the use of violence or the threat of imminent violence against another person with the intention of seizing another person's property.

Dangerous and high-risk sports and activities are those whose danger exceeds the normal risk associated with sporting activities, such as bungee jumping, ski jumping, parachuting, all types of powered and unpowered flying, all types of mountaineering, water skiing, river rafting of all kinds and diving of all kinds, ski mountaineering, skiing and snowboarding outside marked trails or outside the designated operating hours on marked trails, freestyle skiing, bobsleighing and skibobbing, snow rafting, all types of motor sports, motor sports on snow, ice and water, canyoning and caving, stunt work, combat sports, downhill mountain biking, horse riding, skateboarding, skeleton, inline skating and activities aimed at breaking sporting records, and other extreme and adrenaline sports. The insurer determines the riskiness of sports and activities.

Sum-insured cover means that, in the event of an insured event, the insured person, as the beneficiary, will be paid the agreed sum of money.

The usual price is the price the item had immediately prior to the insured event; it is determined on the basis of the item's new price, taking into account the degree of wear and tear or other depreciation, or any increase in value resulting from repair, modernisation or other means.

The assessment table is a table used to determine the amount of compensation payable for permanent disability, based on the extent of bodily injury resulting from an accident under accident insurance. The table forms part of the policy conditions.

An entitled person is a person who, as a result of an insured event, is entitled to an insurance benefit.

A close relative is a person as defined in Section 22 of the Civil Code, i.e. a direct relative, sibling, spouse, or partner under another law governing registered partnerships; other persons in a family or similar relationship are considered to be close to one another if the harm suffered by one of them would reasonably be felt by the other as harm to themselves. Persons-in-law or persons living together permanently are also deemed to be close persons.

For the purposes of this insurance, **personal documents** are exclusively an identity card, a passport and a driving licence.

The insurance period is the period for which the insurance is arranged.

An insured event is a fortuitous loss event covered by the insurance, as specified in the insurance contract or the insurance terms and conditions, which occurs during the insurance period and on the basis of which the insurer is obliged to provide the policyholder or a third party with an insurance benefit in accordance with the provisions of the insurance terms and conditions.

Insurance benefit is the benefit provided by the insurer in connection with an insured event, which the insurer is obliged to provide in accordance with the terms of the insurance conditions and/or the contractual provisions of the insurance policy.

The policyholder is the person who has entered into an insurance contract with the insurer.

Insurance is a legal relationship established by an insurance contract, whereby the insurer undertakes to provide the policyholder with an insurance benefit to the beneficiary should an insured event occur, and the policyholder undertakes to pay the insurer the premium in return.

The insured person is the natural person named in the insurance contract.

A work stay is a stay connected with the pursuit of business activities, a profession, employment or other gainful activity.

Professional sport is the pursuit of sporting results in return for payment or other remuneration.

A study stay is a stay for the purpose of study.

An insured event is a fortuitous event that occurred during the term of the insurance and which could give rise to a claim for insurance benefits under these insurance terms and conditions. If the conditions set out in these insurance terms and conditions are met, the insured event becomes an insured event and the insurer is obliged to provide insurance benefits.

Indemnity insurance is insurance the purpose of which is to compensate for loss or damage arising as a result of an insured event. This may be loss or damage suffered by the insured person, or loss or damage caused by the insured person to another party.

An excess is the amount that the insured person contributes towards the cost of a claim, by which the insurance payout is reduced.

A terrorist act is the use of force or violence, or the threat of force or violence, by any person or group of persons, acting alone or on behalf of another, or in collaboration with any organisation or government, committed for political, religious, ideological or ethnic reasons or purposes, causing harm to human health, tangible or intangible property or infrastructure, including the intention to influence any government or to intimidate the population or a section of the population.

A tourist stay is a recreational and/or sightseeing stay, including the pursuit of common sports and activities at a recreational level; a tourist stay does not include the pursuit of dangerous and high-risk sports and activities.

An accident is an unexpected and sudden impact of external forces or the insured person's own physical force, independent of the insured person's will, which occurred during the term of the insurance and which caused injury or death to the insured person. The following are also considered accidents:

- a) an illness caused exclusively as a result of an accident;
- b) suppuration at the site of a wound caused by an accident, as well as tetanus contracted during an accident;
- c) medical procedures intended to treat the consequences of an injury or prevent them from worsening;
- d) drowning;
- e) joint dislocations, or tears or strains of muscles, tendons, ligaments and joint capsules, caused by the force of the body itself or other external forces;
- f) injuries caused by electric current or a lightning strike.

A publicly organised sports competition (hereinafter referred to as the “competition”) is a competition organised by any sports or other organisation, sports or other club, as well as all preparation for this activity or a pre-organised expedition with the aim of achieving specific sporting results.

The luggage compartment is a space intended solely for the carriage of luggage, i.e. a space distinct and separate from the passenger compartment, which is not visible from the outside.

Above-standard healthcare is a healthcare service which, in scope, exceeds the standard range of healthcare provided by public health insurance. Above-standard healthcare refers to a contribution towards the purchase of nutritional supplements and vitamins at a pharmacy, optional vaccinations or medical aids not covered by public health insurance, and undergoing dental hygiene treatment.

A natural disaster is the action of a natural force, particularly where it has a destructive effect. For the purposes of this insurance, a natural disaster means: fire, explosion, lightning strike, gale, hailstorm, flood, avalanche, landslide, volcanic activity, earthquake and the like.

Article 3. Conclusion of the insurance contract

1. The insurance contract, the subject of which is insurance, is concluded upon payment of the premium in the amount and within the time limit specified in the draft insurance contract. If the policyholder fails to pay the premium within the time limit specified in the previous sentence, the draft insurance contract shall cease to be valid.
2. The insurance contract and other legal acts relating to the insurance must be in writing, unless these insurance terms and conditions provide otherwise.

Article 4. Insurance Premium

1. The premium constitutes the consideration for the insurance and includes the insurer's anticipated costs of insurance benefits, administrative costs, profit and the costs of loss prevention. The amount of the premium is determined by the insurer on the basis of actuarial methods using its own statistical data.
2. The amount of the premium is stated in the draft insurance contract. The premium is payable in CZK. The premium is a one-off payment.
3. Payment of the premium means:
 - a) the moment the premium is credited to the insurer's account, if the policyholder pays the premium to the insurer;
 - b) the moment the premium is credited to the insurer's sales representative's account, if the policyholder pays the premium to the sales representative;
 - c) the handover of cash to the insurer's sales representative, if the policyholder pays the premium in cash to the sales representative.
4. The insurer is entitled to the premium for the duration of the insurance.

Article 5. Duration of the insurance

1. Once an insurance contract has been concluded, the cover commences (i.e. becomes effective) at 00:00 on the date specified in the insurance contract as the date on which the cover begins.
2. The insurance is arranged for the period specified in the insurance contract and ends at 24:00 on the date specified in the insurance contract as the date of termination of the insurance.
3. The insurance ceases:
 - a) upon expiry of the insurance period;
 - b) upon the death of the insured person;
 - c) by written agreement between the contracting parties. The agreement must specify the time of termination of the insurance and the method of mutual settlement of obligations;
 - d) upon written notice of termination by the insurer or the policyholder:
 - within 2 months of the conclusion of the insurance contract. In such a case, the insurance shall terminate upon the expiry of an eight-day notice period from the date of delivery of the notice, or
 - within 3 months of notification of the occurrence of an insured event. In such a case, the insurance shall terminate upon the expiry of a one-month notice period from the date of delivery of the notice.
 - e) upon the insured person becoming covered by statutory health insurance under Act No. 48/1997 Coll., on Statutory Health Insurance;
 - f) on the date the decision becomes final
 - rejecting an application for a residence visa for the insured person in the Czech Republic, or
 - on the rejection of the application for a long-term residence permit for the insured person to reside in the Czech Republic;
 - g) on the date of expiry
 - of the insured person's visa to reside in the Czech Republic, or
 - the long-term residence permit of the insured person in the Czech Republic;
 - h) the termination of the insured person's stay in the Czech Republic for other serious and objective reasons, on the date on which the insured person leaves the Czech Republic;
 - i) by withdrawing from the insurance contract. Withdrawal results in the termination of the insurance contract.
 - I. If the insurance contract was concluded by means of a distance contract, the policyholder may withdraw from the insurance contract without giving any reason within fourteen days of the date of its conclusion or from the date on which the insurance terms and conditions were communicated to them (if this occurred only after the conclusion of the insurance contract). Withdrawal is not possible if the insurance was taken out for a period of less than one month. In the event of withdrawal, the insurance contract is cancelled with future effect; the insurer is entitled to the premium for the duration of the insurance.
 - II. The policyholder may also withdraw from the insurance contract if, in the circumstances, the insurer has breached its duty to draw the policyholder's attention, at the time of concluding the insurance contract, to any discrepancies between the insurance

offered and the policyholder's requirements, provided that the insurer must have been aware of them. In this case, the policyholder may withdraw within two months of the date on which they discovered or ought to have discovered the insurer's breach of the duty to provide truthful information. In doing so, account shall be taken of the circumstances and manner in which the insurance contract was concluded, as well as whether the policyholder was assisted by the insurer's sales representative when concluding the insurance contract.

III. The insurer is entitled to withdraw from the insurance contract in accordance with the provisions of the Civil Code.

IV. If the policyholder withdraws from the insurance contract in accordance with paragraph II(i) of this article, the insurer shall, within one month of the date on which the withdrawal takes effect, reimburse the policyholder for the premiums paid, less any sums already paid out by the insurer under the insurance. If the insurer withdraws from the insurance contract in accordance with paragraph III(i) of this article, the insurer shall be entitled to set off the costs associated with the establishment and administration of the insurance. If the insurer withdraws from the insurance contract and the policyholder or the insured has already received an insurance benefit, they shall reimburse the insurer within the same period for the amount by which the insurance benefit paid exceeds the premiums paid. Upon withdrawal, the insurance contract is cancelled with effect from the outset.

j) other methods specified in the Civil Code.

4. If the insurance ceases for any of the reasons set out in paragraph 3(b) to (g) and (i) of Section III of this Article, the insurer shall refund to the policyholder the unspent premium, less the insurer's costs associated with the early termination of the insurance, which amount to 20% of the unspent premium. For these purposes, the unspent premium shall be deemed to be the premium received by the insurer for the period from the date on which the insurance ceased to the date of the end of the insurance period agreed in the insurance contract.
5. The policyholder and the insured person are obliged to notify the insurer without undue delay of any event that may affect the duration of the insurance within the meaning of paragraph 3(e) to (h) of this article.
6. The insurance shall not be suspended due to non-payment of the premium.

Article 6. Territorial scope of cover

1. Insurance under these insurance terms and conditions covers insured events occurring within the territory of the Czech Republic, with the exception of luggage insurance, for which the territorial scope is not limited.

Article 7. Notification and investigation of an insured event

1. If an insured event occurs, it must be reported to the insurer without undue delay, a truthful explanation must be provided regarding the cause and extent of the consequences of such an event, the rights of third parties and any multiple insurance, the necessary documents must be submitted to the insurer, and the procedure set out in these insurance terms and conditions must be followed.
2. An insured event may be reported to the insurer:
 - by telephone on: **+420 292 292 220** or
 - by email to: **insurance@axa-assistance.cz**
3. The claim shall be reported to the insurer by the person who considers themselves to be the beneficiary and who is claiming the insurance benefit. If the beneficiary is not also the policyholder or the insured, the obligations set out in this paragraph shall also apply to the policyholder and the insured.
4. Without undue delay following the notification referred to in paragraph 1 of this Article, the insurer shall commence the investigation necessary to determine the existence and extent of its obligation to pay the insurance benefit. The investigation shall be concluded by communicating its results to the person who has claimed the insurance benefit; at the request of that person, the insurer shall provide a written explanation of the amount of the insurance benefit or, where applicable, the reason for its refusal.
5. Where a right to insurance benefits arises, the insurer shall provide such benefits to the extent agreed in the insurance contract and in accordance with these insurance terms and conditions. The insurer shall provide insurance benefits up to the limit specified in the Overview of Insurance Benefits in Part II, Article 1, paragraph 7 of these insurance terms and conditions.
6. If a claim notification contains knowingly false or grossly distorted material information regarding the extent of the reported incident, or if it knowingly omits information relating to that incident, the insurer shall be entitled to reimbursement of the costs reasonably incurred in investigating the facts in respect of which such information was provided or withheld. If the policyholder, the insured or any other person claiming insurance benefits causes the costs of the investigation or an increase in such costs by breaching their obligations, the insurer shall be entitled to reasonable compensation from them.
7. Where there are grounds relating to the investigation of an insured event, the insurer may request information regarding the insured person's state of health and an assessment of their state of health or the cause of death, provided that the insured person or, in the event of the insured person's death, the beneficiary has given their consent to the insurer. If the insured person or the beneficiary does not give the insurer their consent, or if they withdraw their consent during the investigation of the insured event, and if this fact has a material impact on the determination or calculation of the amount of the insurance benefit, the insurer shall be entitled to reduce the insurance benefit in proportion to the extent to which this fact affected the scope of the insurer's obligation to pay.
8. The assessment of the state of health referred to in the preceding paragraph shall be carried out on the basis of an examination by a doctor appointed by the insurer. In this case, the insurer shall cover:
 - the costs associated with this medical examination or check-up;
 - travel costs equivalent to the fare for second-class public bus or rail passenger transport;
 - the costs of issuing a medical report, if required by the insurer.
9. If the insurer does not require a medical examination, test or medical report, it shall not cover the costs associated with them.
10. The insurance benefit is payable within 15 days of the conclusion of the investigation in accordance with the preceding paragraphs. If the investigation necessary to establish the insured event, the extent of the insurance benefit or the person entitled to receive the insurance benefit cannot be concluded within 3 months of the date of notification, the insurer shall inform the notifier of the reasons why the investigation cannot be concluded; if the notifier so requests, the insurer shall provide the reasons in writing. The insurer shall

provide the person claiming the insurance benefit with a reasonable advance payment upon their request; this shall not apply if there is a reasonable ground for refusing to provide the advance payment.

11. The insurance benefit is always payable in CZK, unless otherwise agreed.

Article 8. Exclusions from cover

1. The Insurer is not obliged to provide insurance benefits for all risks covered by this insurance if:

- a) the loss event occurred in connection with a riot caused by the insured or the person claiming the insurance benefit, or in connection with a criminal offence committed by the insured or the person claiming the insurance benefit, or an attempt to commit such an offence; this exclusion does not apply in the case of an accident;
- b) the loss event occurred in connection with the active or passive participation of the insured or the person claiming the insurance benefit in a war, in peacekeeping missions, in combat or war operations, the insured's participation in a rebellion, demonstration, uprising or riots, public violence, strikes or intervention or decisions by public authorities;
- c) the loss was caused by the beneficiary or another person acting at the instigation of the insured or the beneficiary;
- d) the loss occurred in connection with the active participation of the insured person or the person claiming the insurance benefit in a terrorist act or in preparations for such an act
- e) the loss event occurred in connection with the consumption of alcohol or other narcotic, toxic or psychotropic substances; this exclusion does not apply in the case of an accident;
- f) the loss event occurred in connection with the pursuit of a dangerous or high-risk sport or activity, or in connection with the pursuit of professional sport, or during participation in competitions and preparation for them;
- g) the loss event was caused by nuclear energy or nuclear risks, or by chemical or biological contamination;
- h) the loss event occurred as a result of wilful misconduct or gross negligence on the part of the insured person or the person claiming the insurance benefit; this exclusion does not apply in the event of an accident intentionally caused by a person other than the injured party;
- i) the loss occurred whilst handling pyrotechnics or firearms;
- j) the loss event occurred as a result of the insured person's failure to comply with the legal regulations in force in the Czech Republic;
- k) The insurer shall not provide any insurance benefit or other benefit or service under this insurance to the extent that the provision thereof would be contrary to international sanctions, trade or economic sanctions, or financial embargoes binding on the insurer. Sanctions and embargoes shall mean, in particular, sanctions and embargoes imposed by the United Nations, the European Union, the United States of America, the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, and the Czech Republic. The provisions of this paragraph shall apply both to loss or damage occurring in states or regions subject to sanctions and embargoes, and to cases where benefits are to be provided for the benefit of persons to whom sanctions and embargoes apply, or for the benefit of citizens or residents of states and regions subject to sanctions and embargoes.

Article 9. Rights and obligations of the policyholder and the insured

1. The policyholder is obliged

- a) provide the insurer with true and complete information necessary for the conclusion of the insurance or in the event of a change to the insurance. If a lower premium was agreed on the basis of false information, the insurer is entitled to reduce the insurance benefit by the proportion of the premium received to the premium that should have been received;
- b) to familiarise themselves with, and ensure that the insured parties are familiar with, the contents of the insurance policy and these insurance terms and conditions, and to provide the insured parties with the relevant documents received upon taking out the insurance;
- c) if requested to do so by the insurer, to prove that they have duly paid the premium in the amount specified in the insurance policy (e.g. by submitting a copy of a bank statement);
- d) notify the insurer of any change to the details provided by the policyholder in the insurance policy and of any fact that may affect the duration of the insurance.

2. If the policyholder takes out insurance in favour of the insured person, the policyholder is deemed to have an insurable interest in the life and health of the insured person.

3. The insured person or the person claiming the insurance benefit is obliged to:

- a) take care to ensure that an insured event does not occur, and take all possible measures to avert its imminent occurrence or to minimise its extent;
- b) notify the insurer immediately of the occurrence of a loss event; if the objective circumstances of the loss event prevent the insured from contacting the insurer before receiving medical treatment, they are obliged to do so as soon as the circumstances of the loss event permit;
- c) provide a truthful account of the occurrence and extent of the consequences of the insured event, the rights of third parties and any multiple insurance;
- d) to follow the insurer's instructions, cooperate effectively with the insurer and answer questions truthfully and fully, to enable the insurer to carry out all necessary investigations decisive for the assessment of the claim for insurance benefits and their amount, and at the same time to submit the necessary documents or documents requested by the insurer;
- e) to report the loss immediately to the police at the place where the incident occurred, if the incident took place under circumstances suggesting that a criminal offence or administrative offence has been committed, and to submit the police report to the insurer;
- f) after the loss has occurred, secure sufficient evidence of the extent of the loss by means of photographic material or video recordings, third-party witness statements, etc.;
- g) notify the insurer without undue delay that criminal or other similar proceedings have been initiated against the insured in connection with the loss, and truthfully inform the insurer of the course and outcome of such proceedings;

- h) to arrange, at their own expense, for an official translation into Czech of the documents required for the investigation of the incident, if the insurer so requests;
 - i) inform the insurer of any similar insurance taken out with another insurer, including its scope, the name of the insurer and the policy number;
 - j) to secure a right to compensation from a third party for damage caused by the loss event;
 - k) at the insurer's request, release a third party (in particular a doctor) from their duty of confidentiality regarding facts relating to the insured event;
 - l) to undergo a medical examination by a doctor designated by the insurer in order to verify facts that are relevant to determining the insurer's obligation to pay benefits under the insurance policy;
 - m) if the insured has been paid an insurance benefit to which they are not entitled under the insurance contract or these insurance terms and conditions, to repay the insurer the full amount paid, even after the insurance has lapsed;
 - n) upon the insurer's request, to submit the original documents required for the provision of the insurance benefit, in particular original invoices and other original documents proving the actual costs incurred.
 - o) not to sign a document which the insured person does not understand and, if forced to sign, to write on the document that they do not understand the content and therefore do not agree (this obligation applies to liability insurance).
4. In the event of the insurance policy lapsing before the end of the agreed insurance period, the policyholder is obliged to return the insured person's insurance card and the insurance policy to the insurer within 5 working days of the date of the policy's lapse.
 5. In the event of withdrawal from the insurance contract in accordance with the Civil Code, the policyholder is obliged to return the insurance certificate to the insurer no later than 5 working days from the date on which the policyholder sent the insurer a written notice of their intention to withdraw from the insurance contract.
 6. If the policyholder, the insured person or any other person entitled to the insurance benefit breaches an obligation laid down in these insurance terms and conditions, and if such a breach had a material effect on the occurrence of the insured event, its course, the extent of its consequences, or the determination of the amount of the insurance benefit, the insurer shall be entitled to reduce the insurance benefit in proportion to the extent to which such breach affected the scope of the insurer's obligation to pay.
 7. Further obligations of the policyholder, the insured or the person claiming the insurance benefit may be laid down in the Civil Code.

Article 10. Rights and obligations of the insurer

1. The insurer is obliged:
 - a) without undue delay following notification of the loss event, commence an investigation to determine the existence and extent of the obligation to provide insurance cover and conclude the investigation within 3 months of the date of notification of the loss event;
 - b) in the event of an insured event, to provide insurance benefits to the extent specified in the insurance contract and these insurance terms and conditions;
 - c) to discuss the results of the investigation into the claim with the insured person and the person who has made a claim, or to notify these persons of the results of the investigation without undue delay;
 - d) to state the reasons why the investigation cannot be concluded within 3 months of the insured event being reported to the insurer;
 - e) provide the entitled person, upon their request, with a reasonable advance payment of the insurance benefit, unless there is a reasonable ground for refusing to do so;
 - f) to provide the entitled person with the insurance benefit within 15 days of the date on which the investigation of the claim is concluded; and
 - g) return to the insured or the person claiming the insurance benefit any documents they request, with the exception of original payment documents on the basis of which the insurance benefit was paid.
2. The insurer is entitled to reduce the insurance benefit in the cases specified in Part II, Article 7(7) and Article 9(7) of these insurance terms and conditions.
3. The insurer is entitled to claim reimbursement of costs from the insured in the circumstances set out in Part II, Article 7(6) of these insurance terms and conditions.
4. Further rights and obligations of the insurer may be defined by the Civil Code.

Article 11. Transfer of the Insured's Rights to the Insurer

1. If, in connection with an impending or occurred insured event, a person entitled to insurance benefits the insured or a person who has incurred rescue costs, a claim for damages or any other similar right against another party, this claim, including any accessories, security and other rights associated with it, shall pass to the insurer upon payment of the insurance benefit, up to the amount of the benefit paid by the insurer to the entitled person. This shall not apply if such a right arose for that person against a person living in the same household or dependent on them for maintenance, unless the insured event was caused intentionally.
2. The person to whom the claim against the insurer has been transferred shall provide the insurer with the necessary documents and disclose to the insurer all information required to pursue the claim; in particular, they shall provide the insurer with true and complete information regarding the insured event, about the third party against whom they have a right to compensation or any other similar right, about that third party's insurer or, where applicable, their legal representative, or about other persons acting on behalf of the third party, and furthermore, where applicable, about any compensation received from the third party or another insurer.
3. If the person to whom the insurer's right has been transferred asserts a claim for compensation against a third party liable for the occurrence of the insured event or against the third party's insurer, that person is obliged to inform the third party or the third party's insurer of the existence of the insurer's right to compensation under this Article. The person whose right has been transferred to the insurer is also obliged to provide the necessary cooperation so that the insurer's right against the third party or against the third party's insurer may be exercised. The person whose right has been transferred to the insurer is also obliged to take all measures to prevent the insurer's right to compensation under this Article from becoming time-barred or lapsing.

4. If the person whose right has been transferred to the insurer frustrates the transfer of the right to the insurer, the insurer shall be entitled to reduce the insurance benefit by the amount which it would otherwise have been able to recover. If the insurer has already paid the benefit, it shall be entitled to compensation up to the amount of that benefit.

Article 12. Form of legal acts, service of documents

1. Any legal act aimed at the creation, amendment or termination of an insurance contract must be made in writing. The written form requirement is also satisfied where the act is performed by electronic or other technical means that allow its content to be recorded and the identity of the person performing the act to be established. The signature of the person acting is required for a legal act in writing to be valid. The signature of the person acting may be replaced by mechanical means where this is customary. The written form for the conclusion of an insurance contract is satisfied by the payment of the premium.
2. Other legal acts, notifications or communications may be made orally. In the event of doubt regarding the identification of the sender of such legal acts or communications, the addressee may request that they be supplemented in writing.
3. The parties to the insurance contract shall deliver documents:
 - a) in person, by handing over and accepting the document;
 - b) using a postal service provider to the registered office/residence address or to the address designated as the contact address,
 - c) via a public data network to an email address or to a data box.
4. Documents intended for the policyholder shall be sent to the postal address of the registered office or to the contact postal address, to the data box address or to the email address. The aforementioned addresses and other contact details are set out in the pre-contractual information.
5. Documents intended for the policyholder, the insured person or the beneficiary shall be sent to the address provided by them, or to their last known postal address (residential address or contact address), their data box address or their email address. These persons may also be contacted by telephone on the telephone number they have provided to the insurer for this purpose.
6. A document sent to the addressee via a postal service provider by ordinary post shall be deemed to have been delivered on the third working day after dispatch, provided it has been delivered. A document sent by registered post or recorded delivery shall be deemed to have been delivered on the date of receipt by the addressee. If the addressee prevents the delivery of the document by refusing to accept it or by failing to collect it after it has been held by the postal service provider, the document shall be deemed to have been delivered on the date of the addressee's refusal to accept it or on the date on which the retention period expires without collection. If the addressee otherwise prevents the delivery of the document (for example, by failing to properly label the postbox with their first name and surname or business name), it shall be deemed to have been delivered on the date of its return to the sender.
7. A document sent to the addressee via a public data network to an email address is deemed to have been delivered on the date it was delivered to the addressee's email inbox; in cases of doubt, it is deemed to have been delivered on the date of its dispatch by the sender.
8. A document sent to the addressee via a public data network to a data box is deemed to have been delivered at the moment when a person who, by virtue of their authorisation, has access to the document logs into the data box.
9. Monetary sums are provided exclusively by non-cash payment.
10. Delivery is governed by the provisions of Section 573 of the Civil Code.
11. Legal acts and notifications may be made in Czech, Slovak, English or Russian.

III. Individual insurance policies

A. Comprehensive healthcare insurance – indemnity insurance

Article 1. What is insured?

1. The subject of the insurance is the insured person's health and the provision of comprehensive healthcare by the insurer to an extent similar to that of public health insurance, including preventive care, outpatient care and care related to pregnancy.
2. An insured event under comprehensive healthcare insurance is an illness, accident or other change in the insured person's state of health that occurred during the period of validity of the insurance, within the territory of the Czech Republic and after the expiry of the waiting period, if a waiting period applies.
3. The waiting period applies to the reimbursement of healthcare costs:
 - a) during pregnancy, for a period of 3 months from the start of the insurance period,
 - b) in the event of childbirth, namely 8 months from the start of the insurance period.
4. An insured event also includes the provision of preventive care to the insured person.
5. Comprehensive healthcare is provided at the insurer's contracted healthcare facilities within the Czech Republic.
6. In the event of a sudden deterioration in the insured person's state of health where there is a risk of serious harm to their health or a threat to their life as a result of delay, the insurer shall reimburse the costs of healthcare provided by a healthcare facility within the Czech Republic which does not have a contract with the insurer for this insurance. In such a case, the insurer shall reimburse:
 - a) necessary and reasonably incurred costs,
 - b) up to the amount it would have paid to a contracted healthcare provider for similar medical care, and
 - c) up to the period during which it was not possible for the Insurer's contracted healthcare facility to provide healthcare.
7. Insured events arising from a single cause and comprising all facts and their consequences, between which there is a causal, temporal or other direct connection, shall be deemed to constitute a single insured event.
8. In connection with an insured event, the insurer shall reimburse reasonable and necessary costs for:
 - a) comprehensive healthcare provided to the insured person at a contracted healthcare facility;

- b) dental treatment for the insured person within the scope of public health insurance, including preventive check-ups, up to the limit of the insurance benefit specified in Part II, Article 1(8) of these insurance terms and conditions;
- c) medicines and medical devices prescribed on an outpatient basis by a doctor in the insured person's name;
- d) pregnancy care and childbirth for the insured person, subject to the waiting period specified in paragraph 3 of this article of these insurance terms and conditions;
- e) transport of the insured person from a doctor to a healthcare facility or from a healthcare facility to another specialist healthcare facility, provided that the insured person's condition, as assessed by the insurer, requires it and the attending doctor recommends it;
- f) arrangement of the insured person's examination at a contracted healthcare facility for the purpose of providing medical care and reimbursement of the costs incurred in this way;
- g) telephone interpreting during the insured person's stay in a healthcare facility
- h) repatriation of the insured person, where this is medically necessary and feasible; repatriation is assessed, approved and organised by the insurer, and the insured person is repatriated to the territory of the country for which the insured person holds a travel document, or to another country in which the insured person has a residence permit;
- i) the repatriation of the insured person's remains to the country for which the insured person held a travel document, or to another country in which the insured person was legally resident; the repatriation of the remains is carried out by a specialist organisation, subject to prior approval by the insurer.

9. Comprehensive health insurance also covers the reimbursement of costs incurred for outpatient and preventive care.

10. Beyond the limits of comprehensive health insurance, the insurer shall reimburse the costs of the following **above-standard medical and other services**, which exceed the scope of standard healthcare covered by public health insurance and are provided in accordance with the laws of the Czech Republic. The insurer shall reimburse these costs to the insured person, or to the person who can prove they incurred them, upon presentation of proof of payment, up to a maximum of the supplementary limit agreed in accordance with these insurance terms and conditions. The supplementary limit is automatically agreed together with the comprehensive healthcare insurance, and its maximum amount is specified in Part II, Article 1, paragraph 8, and in the insurance contract. This supplementary limit represents the aggregate limit for all the above-mentioned above-standard medical and other services for each year of the insurance period (or for the duration of the insurance, if shorter than one year) of the Premium Comprehensive Health Insurance for Foreigners. The listed above-standard medical and other services are:

- a) vaccinations (vaccine including administration) not covered by comprehensive health insurance (e.g. against tick-borne encephalitis),
- b) over-the-counter medicines and medical devices purchased in pharmacies (without a prescription) and in medical supply shops,
- c) plastic casts (lightweight plaster casts),
- d) hormonal contraception,
- e) hearing aids, glasses and contact lenses,
- f) walkers and wheelchairs (including electric models),
- g) examinations and consultations undertaken at the insured person's own initiative to identify a possible specific condition (e.g. laboratory blood tests, prostate examinations; screening for malignant skin melanoma), including the provision of an extract from medical records, and other examinations not covered by public health insurance (e.g. for a driving licence, sporting activities),
- h) dental hygiene and premium dental materials (e.g. ceramic/zirconia or premium composite fillings), a premium room or diet in hospital during the insured person's hospitalisation,
- i) physiotherapy and rehabilitation beyond the scope of public health insurance,
- j) premium maternity services (e.g. the presence of a partner during childbirth; a midwife of your choice, etc.).

Article 2. Obligations of the Insured

1. In addition to the obligations set out in Part II, Article 9 of these insurance terms and conditions, the insured person is also obliged:
 - a) in the event of illness or injury, to seek medical treatment without undue delay, to present proof of identity and the insured person's insurance card, to follow the doctor's instructions, and, if subsequently required by the insurer, to undergo, at the insurer's expense, an examination by a doctor designated by the insurer;
 - b) to obtain the insurer's prior approval for the transport referred to in the provisions of Part III, Section A, Article 1(8)(e), (f) and (h), and to follow the insurer's instructions;
 - c) in the event of repatriation, to cooperate in arranging subsequent hospitalisation in a healthcare facility within the territory of the country for which the insured holds a travel document, or in another country in which the insured has a valid residence permit;
 - d) submit the following documents to the insurer: complete medical records, original invoices and proof of payment for medical treatment, medicines prescribed by a doctor (including a copy of the prescription issued in the insured person's name) and transport, a police report (if the incident was investigated by the police), including any other supporting documents requested by the insurer.
2. The insured person is obliged, at the insurer's request, to undergo repatriation if their state of health permits.

Article 3. In which cases does the comprehensive healthcare insurance not apply? – Exclusions from cover

1. Apart from the cases specified in Part II, Article 8 of these insurance terms and conditions, the insurer shall not provide insurance benefits under the comprehensive healthcare insurance in the following cases:
 - a) where medical treatment relates to the treatment of an illness or injury of the insured person which existed, or the cause or symptoms of which arose, prior to the conclusion of the insurance contract,
 - b) provided after the insured person refuses, without good reason, to undergo repatriation proposed by the insurer;

- c) where the insured person refuses treatment or necessary medical examinations by a doctor or healthcare facility designated by the insurer;
- d) complications arising during the treatment of illnesses or injuries not covered by this insurance;
- e) where the purpose of the stay is the insured person's treatment or the continuation of treatment commenced outside the Czech Republic;
- f) examinations, check-ups and other medical procedures in the insured person's personal interest which do not serve a medical purpose (e.g. termination of pregnancy, examinations and treatment for infertility and artificial insemination, and costs associated with contraception and hormone therapy, the preparation of a medical certificate at the insured person's own request);
- g) orthodontic treatment, non-emergency dental treatment of the insured person and related services and costs;
- h) treatment by a relative or a person without the appropriate qualifications, medical procedures outside a healthcare facility registered in the Czech Republic, treatment using methods not scientifically recognised in the Czech Republic;
- i) vaccination of the insured person, with the exception of compulsory vaccination in accordance with Act No. 258/2000 Coll. on the protection of public health, as amended, and vaccination against tetanus and rabies in connection with an accident;
- j) rehabilitation, spa care or treatment, and physical and balneotherapy for the insured person;
- k) acupuncture and homeopathy provided to the insured person;
- l) where medical care is provided in a non-contracted healthcare facility, except in cases under Part III, Section A, Article 1(6) of these insurance terms and conditions;
- m) postnatal care for the insured mother's newborn, examination and treatment of congenital developmental defects in the newborn from the time of diagnosis;
- n) treatment of addictions, including all complications and related diagnoses of the insured person;
- o) contributions towards above-standard healthcare exceeding the limit specified in Part II, Article 1(8);
- p) costs of providing medical care that would not be covered by public health insurance if the insured person were a participant in it, provided that such care does not constitute above-standard healthcare;
- q) reimbursement for cosmetic and aesthetic procedures undertaken by the insured person;
- r) reimbursement of costs for regulatory fees and additional payments;
- s) complications caused by the insured person's failure to follow the treatment regimen prescribed by their attending doctor.

B. Liability insurance – indemnity insurance

Article 1. What is insured?

1. An insured event under liability insurance is the insured person's liability to compensate for damage for which the insured person is liable under generally applicable legal regulations and is obliged to compensate. The condition for the entitlement to compensation is that the insured event occurred during the period of validity of the insurance, in connection with the insured person's activities in everyday civil life, and a claim for damages has been made against the insured person by the injured party.
2. The insurance covers the insured's liability to compensate for damage caused to:
 - a) to the health or life of the injured party, including compensation for pain and suffering and compensation for death;
 - b) damage to, destruction of or loss of property;
 - c) as loss of earnings and as a result of reduced social standing.
3. In the event of damage, destruction or loss of property, the insurer shall pay the market value.
4. The insurance also covers the reimbursement of medical expenses for healthcare provided to the injured party, provided that a claim for reimbursement of such expenses has arisen under the relevant legislation as a result of the insured person's actions, and provided that liability for bodily injury to which these expenses relate has given rise to a claim for insurance benefits under these insurance terms and conditions.
5. Multiple claims for compensation arising from a single cause or from multiple causes that are connected in time, place or otherwise, regardless of the number of injured parties, shall be considered a single insured event.
6. The limit of indemnity set out in Part II, Article 1(8) of these insurance conditions applies to a single insured event, regardless of the number of injured parties. If the sum of the claims of several injured parties exceeds the limit of indemnity set out in Part II, Article 8 of these insurance terms and conditions, the indemnity payable to each of them shall be reduced in proportion to this limit in relation to the sum of the claims of all injured parties.
7. If the insured has compensated the injured party directly for the loss for which he is liable, the insured is entitled to reimbursement from the insurer of the amount paid, up to the limit to which the insurer would have been obliged to pay under these insurance conditions.
8. If a court or other competent public authority decides on the existence of the insured's liability to compensate for the loss, its extent or the amount of compensation, the insurer is obliged to pay only on the basis of a final decision in the matter.

Article 2. In which cases does liability insurance not apply? – Exclusions from cover

1. With the exception of the cases specified in Part II, Article 8 of these insurance terms and conditions, the insurer shall not provide insurance benefits under the comprehensive healthcare insurance policy in cases of damage caused by the insured:
 - a) to a close relative and/or a person living with the insured person in a shared household at the time the loss event occurred;
 - b) by a breach of a contractual obligation by the insured person or arising from the provision of guarantees beyond the scope prescribed by law;
 - c) a breach of a legal obligation by the insured person prior to the commencement of the insurance, or a failure to fulfil an obligation imposed by law to prevent damage or mitigate the extent of damage;

- d) the operation or driving of, and as a result of the operation or driving of, a motorised or non-motorised vehicle, vessel or aircraft by the insured person (hang gliders, etc.). Bicycles and children's inflatable boats are not considered non-motorised vehicles;
- e) to transported cargo, or damage arising from delayed delivery of cargo;
- f) to third-party movable property taken over and used, or to property left behind or brought onto the premises;
- g) arising from any pollution of water or the environment caused by the release of substances (gases, vapours, ash, smoke, oil, diesel or similar liquids from containers or tanks, waste and rubbish of various kinds) or by the effects of temperature, humidity, noise or radiation of various kinds; nor does the insurer cover costs associated with cleaning or decontamination, erosion or undermining;
- h) the transmission or spread of infectious diseases affecting humans, animals or plants;
- i) in connection with the ownership, keeping or use of weapons, whilst hunting or exercising hunting rights;
- j) in connection with the ownership and keeping of animals;
- k) in connection with the ownership, possession, letting or management of immovable property, including work carried out on such property by the insured themselves;
- l) to property or its fixtures which the insured person is using without authorisation;
- m) as a result of a gross breach by the insured of the obligations imposed on them by law or in these insurance terms and conditions, which demonstrates their manifest disregard for the consequences thereby caused.
- n) in connection with business activities, the practice of a profession or other gainful employment.

Article 3. Obligations of the Insured

1. In addition to the obligations set out in Part II, Article 9 of these insurance terms and conditions, the insured person is also obliged to:
 - a) notify the insurer that the injured party has asserted a claim for damages against the insured, and comment on the obligation to compensate for the damage or injury incurred, the compensation claimed and its amount;
 - b) provide the name, address and contact details of the injured party and any witnesses, obtain their written statements regarding the injury and its extent, and provide these to the insurer;
 - c) to secure and provide the insurer with evidence demonstrating the occurrence and extent of the loss, photographic documentation, and to secure and submit the police report (if the loss event was investigated by the police);
 - d) to inform the insurer without delay of the commencement of proceedings before public authorities or in arbitration proceedings, to inform the insurer whether the insured person requires legal representation for such proceedings, and to keep the insurer informed of the progress and outcome of the proceedings;
 - e) raise a defence of limitation in cases where the injured party's claim has become time-barred;
 - f) not to make any statements by which he would acknowledge his liability for the damage incurred or by which he would, on his own behalf or on behalf of the insurer, commit to any settlement of the damage incurred;
 - g) not to enter into a court settlement or reach any amicable settlement without the insurer's prior consent;
 - h) to lodge an appeal against the decision of the competent authority in good time, unless the insurer provides other instructions; this obligation on the part of the insured person applies even if they are not awarded costs;
 - i) to act in such a way as not to give cause for a decision to be issued by default or by admission in proceedings before a public authority.

C. Luggage insurance – indemnity insurance

Article 1. What is insured?

1. The subject of the insurance is travel luggage and personal effects customary for the purpose of the journey, which are owned by the insured and which they have taken on the journey, or items which they can prove to have acquired during the journey, with the exception of items defined in the exclusions of these insurance terms and conditions.
2. When determining the amount of the insurance payout, the insurer bases its calculation on the usual market value of the item at the time of damage or theft.
3. An insured event under luggage insurance is:
 - a) damage to or destruction of the insured item by a natural disaster;
 - b) theft, damage or destruction of the insured item as a result of theft from a locked room designated for that purpose in an accommodation facility, or from a storage facility designated for the storage of the insured item, or from other similar facilities, confirmed by a police report;
 - c) theft, damage to or destruction of the insured item by robbery from a vehicle or by burglary of a means of transport, provided that the insured item was stolen from a properly locked luggage compartment of a motor vehicle, on condition that the item was not visible from the outside or did not protrude into the interior of the motor vehicle (the space intended for the carriage of passengers);
 - d) theft, damage or destruction of the insured item by burglary or robbery occurring in causal connection with a natural disaster;
 - e) theft, damage or destruction of the insured item, provided that the insured person was unable to look after the item following an accident or as a result of a road traffic accident;
 - f) loss or theft of personal documents; in such a case, the insurer shall cover the insured person's travel to the place where a replacement document is issued and the delivery of replacement documents to the insured person's place of stay abroad.

Article 2. What cases are not covered by luggage insurance? – exclusions from cover

1. Except in the cases specified in Part II, Article 8 of these insurance terms and conditions, the insurer shall also not pay any insurance benefit in the event of:
 - a) burglary from a tent or caravan, even if the tent or caravan was locked. However, this exclusion does not apply to burglary from a motorhome;

- b) theft from a public locker;
 - c) theft, damage or destruction of the insured property whilst it was in the care of a carrier;
 - d) damage to the insured item caused by a close relative or a person living with the insured in the same household;
 - e) damage to vehicles of any kind (including trailers, their parts, components or spare parts), with the exception of bicycles and wheelchairs stored in locked and designated rooms or in the luggage compartment.
2. Luggage insurance also does not cover spectacles, contact lenses, prostheses of any kind, tickets, admission tickets, vouchers, valuables and securities, cheque books and passbooks, payment cards, public documents and certificates (with the exception of personal identification documents), keys and other locking systems, tobacco products, alcohol of any kind, narcotic and psychotropic substances, weapons and ammunition, plans and designs, prototypes and media containing image, sound and data recordings, including their content, the value of copyright and industrial property rights pertaining to the item, and animals.

Article 3. Obligations of the Insured

1. In addition to the obligations set out in Part II, Article 9 of these insurance terms and conditions, the insured person is also obliged:
- a) in the event of a claim under the luggage insurance, to provide the insurer with documents proving the purchase price and date of all damaged, destroyed, stolen or lost items, and to document the damaged items, preferably by photograph or video recording;
 - b) not to alter the condition of the damaged item (e.g. by repairing it) without the insurer's consent. This does not apply if the extent of the claim or its consequences would be increased;
 - c) not to leave luggage in the boot of a parked vehicle or trailer between 10.00 pm and 6.00 am;
 - d) in the event of burglary or robbery, report the incident to the police and provide the insurer with a copy of the report or the police report on the outcome of the investigation;
 - e) in the event of the discovery of a stolen or lost item, immediately notify the insurer of this fact, take possession of the item and return an appropriate portion of the insurance benefit to the insurer.

D. Accident insurance – fixed-sum insurance

Article 1. What is insured

1. An insured event under accident insurance is an accident suffered by the insured person during the term of the insurance, resulting in hospitalisation or permanent consequences of the accident, or resulting in the death of the insured person.

Article 2. What is the amount of the insurance benefit for permanent consequences of an accident?

1. The insurer shall pay the insurance benefit up to the limit specified in the Overview of Insurance Benefits in Part II, Article 1(7) of these insurance terms and conditions. Depending on the nature and extent of the consequences of the accident, the insurer shall pay an amount equal to a certain percentage corresponding to the percentage of bodily injury caused by the accident. The percentage is specified in the Assessment Table, which forms part of these insurance terms and conditions. In this regard, the following applies:
- a) permanent consequences are assessed once they have stabilised, but no earlier than one year after the loss event and no later than three years from the date on which the loss event occurred. The assessment is based on medical reports and, where applicable, an examination by a doctor appointed by the insurer;
 - b) if the consequences of the accident have not stabilised within 3 years of the date of the accident, the insurer shall pay the insurance benefit at the end of this period in the amount that would have been paid had the consequences of the accident been stable at that time; after the expiry of this three-year period, the insurer shall not pay any further insurance benefit in respect of this insured event, even if the consequences of the accident worsen further;
 - c) the insurer shall pay only those claims which, when aggregated, amount to at least 10% according to the Assessment Table;
 - d) if the permanent consequences of the accident relate to a part of the body or an organ that was already damaged prior to the accident, the percentage assessment according to the Assessment Table shall be reduced accordingly by the percentage of the pre-existing injury;
 - e) if the accident results in multiple permanent consequences, the insurer shall pay a single aggregate sum for all permanent consequences; however, this rule does not apply if it is necessary to wait for the permanent consequences to stabilise;
 - f) if the insured person dies from a cause other than an accident before the insurance benefit is paid out, the insurer shall pay the insured person's heirs an amount corresponding to the extent of the permanent consequences at the time of the insured person's death, provided that their combined assessment reaches at least 25% according to the Assessment Table.

Article 3. What is the amount of the insurance benefit for death caused by an accident?

1. If the beneficiary has already received an insurance benefit for the permanent consequences of this accident, the insurer shall pay the beneficiary only the difference, if any, between the insurance benefit limit and the insurance benefit already paid for the permanent consequences of this accident.
2. The policyholder is not entitled to designate a beneficiary.

Article 4. What is the amount of the insurance benefit in the event of the insured person's hospitalisation

1. If the insured person's hospitalisation constitutes an insured event, subject to the agreed exclusions, the insurer shall pay the beneficiary a one-off insurance benefit equal to the product of the sum insured agreed in the insurance contract for this cover and the number of days of hospitalisation.
- a) Entitlement to the insurance benefit in the event of hospitalisation arises only if the hospitalisation lasts for more than 3 consecutive days.
 - b) The maximum number of days of hospitalisation is limited to 30 days per insured event.
 - c) In the event of multiple hospitalisations resulting from a single accident, the days of hospitalisation are added together.

- d) The period of hospitalisation is calculated as the number of full nights the insured person has spent in bed from the start of hospitalisation. One full night counts as one day of hospitalisation.
- e) We will pay the insurance benefit to the beneficiary in a single lump sum upon completion of hospitalisation resulting from an accident, following the submission of the documents necessary for investigating the claim and proving entitlement to the insurance benefit.

Article 5. What cases are not covered by accident insurance? – exclusions from cover

1. Apart from the cases specified in Part II, Article 8 of these insurance terms and conditions, the insurer shall also not provide insurance benefits in the event of:
 - a) aggravation of the consequences of an accident due to the intentional or deliberate failure to seek medical care or the deliberate failure to follow a doctor's advice and recommendations;
 - b) the occurrence and worsening of a hernia of any kind;
 - c) diabetic gangrene and any tumours of the tendon sheaths, muscle insertions, synovitis, bursitis or epicondylitis, as well as their aseptic inflammations;
 - d) infectious diseases;
 - e) consequences of procedures not intended to treat the consequences of an injury or prevent their worsening. This primarily refers to aesthetic and cosmetic surgery, but also to other procedures not related to the treatment of an injury;
 - f) aggravation of a disease as a result of an injury;
 - g) injuries arising directly or indirectly as a result of a disease from which the insured person was suffering at the time of the injury, and the aggravation of the consequences of the injury by a disease from which the insured person was suffering at the time of the injury;
 - h) heart attacks or strokes and the consequences of an injury resulting from a heart attack or stroke;
 - i) drowning resulting from a heart attack or stroke;
 - j) consequences of neurological or mental illnesses and disorders, and associated disorders or loss of consciousness;
 - k) mobility impairments or spinal injuries, including herniated discs, provided they are not caused by direct external mechanical force and do not constitute a worsening of symptoms of a condition that existed prior to the injury;
 - l) fractures resulting from congenital bone fragility or metabolic disorders, or pathological or fatigue fractures, sprains and dislocations resulting from congenital defects and disorders;
 - m) claims for benefits arising from permanent consequences of an injury do not amount to at least 10% in total according to the Assessment Table;
 - n) where the accident was directly or indirectly caused by acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).
 - o) an injury sustained during the preparation for or the pursuit of activities other than ordinary recreational sports;
 - p) if hospitalisation arises in connection with accompanying a child in hospital.
2. A stay in sanatoriums, spa treatment centres and rehabilitation centres is not considered hospitalisation; stays in facilities for the chronically ill (retirement homes, convalescent homes, nursing homes, rehabilitation centres, rehabilitation facilities and institutions, spas, etc.), in other specialist medical institutions or in social care institutions, and hospitalisation during the serving of a prison sentence, nor stays in psychiatric hospitals.
3. The insurer is not obliged to provide cover if all the conditions set out in the insurance contract, these insurance terms and conditions or generally binding legal regulations have not been met, and furthermore if the policyholder, the insured person or the beneficiary have failed to fulfil their obligations, have not provided true, complete or timely information or documentation, or otherwise hindered or prevented the insurer's investigation, regardless of whether this breach had an impact on the occurrence of the insured event or its extent, and regardless of whether the breach was intentional or due to negligence.

Article 6. Obligations of the Insured

1. In addition to the obligations set out in Part II, Article 9 of these insurance terms and conditions, the insured person is obliged to seek medical treatment without undue delay immediately following an accident, to follow the doctor's instructions, and to provide a medical report when reporting a claim. If treatment is delayed due to the insured person's culpable conduct, which has affected the extent of permanent consequences, the insurer may reduce the insurance benefit proportionally or refuse to pay it.

E. Telemedicine Insurance – Indemnity Insurance

Article 1. What is insured

1. An insured event under the Telemedicine insurance is a claim under medical expenses insurance. In the event of an insured event, the insurer shall provide the insured with an insurance benefit consisting of a benefit in kind to the extent of:
 - a) teleconsultation, online consultation or examination of the insured via video call or chat;
 - b) a doctor's recommendation regarding the next steps and treatment options for the illness or injury, and/or
 - c) the issue of a medical report or e-prescription, provided this is medically justified.
2. The option to book services under the Telemedicine insurance cover is available 24 hours a day, 7 days a week.
3. Telemedicine does not replace life-saving emergency hotlines. In the event of an acute medical condition requiring immediate treatment by a doctor, the insured person should call the emergency services or ask the assistance service to arrange medical help.
4. In the case of a minor insured person, their legal guardian must join the online consultation or examination alongside the minor. Online consultations or examinations will not be provided without the presence of a legal guardian.

Article 2. What cases are not covered by luggage insurance? – Exclusions from cover

1. Apart from the exclusions set out in Part II, Article 8 of these insurance terms and conditions, the Telemedicine insurance does not cover costs associated with a telephone call or online consultation.
2. The insurance does not cover an insured event that has befallen a person other than the insured person.

Article 3. Obligations of the Insured

1. In addition to the obligations set out in Part II, Article 9 of these insurance terms and conditions, the insured person is also obliged to provide truthful and accurate information when answering questions regarding their current state of health.

F. Funeral Assistance Insurance – Indemnity Insurance

Article 1. What is insured

1. Funeral assistance insurance covers the costs of the insured person's funeral or cremation within the territory of the Czech Republic in the event of their death during the term of the Comprehensive Health Insurance for Foreigners, provided that the transfer of the insured person's remains to the country for which the insured person held a travel document, or to another country in which the insured person had a residence permit, is not possible, or if the insured demonstrably wished to be buried in the Czech Republic, under the conditions set out in these insurance terms and conditions.
2. An insured event is the death of the insured person on the territory of the Czech Republic or a Schengen Area country, which occurred during the term of the Comprehensive Health Insurance for Foreigners, including Health Insurance for Foreigners for the Schengen Area, and at the same time:
 - a) it is impossible to transport the insured person's remains back to the territory of the state for which the insured person held a travel document, or to another state in which the insured person had a residence permit, in particular for security reasons (e.g. armed conflict, terrorist threat, natural disaster), administrative obstacles (e.g. the inability to obtain the deceased's travel document, a transport permit, or the failure of the country of origin to grant consent), financial or logistical impossibility (e.g. costs exceeding the agreed limit or technical impossibility of transport), health or hygiene reasons (e.g. infectious disease, quarantine) or legal obstacles (e.g. a ban on transport under the laws of the country of origin or transit countries), or
 - b) the fact that the insured person has expressly expressed a wish to be buried in the Czech Republic, whereby this wish must be made in a verifiable manner (in particular in writing, by a notarised declaration, by a formal record at a municipal office, or by another legally recognised means).
3. The insurance covers basic funeral services to the extent of the usual costs of cremation or burial of the insured person in a dignified manner within the territory of the Czech Republic, up to the agreed limit of insurance cover. The agreed limits of insurance cover are set out in Part II. General Information, Article 1, paragraph 8, and in the insurance contract. The insurance benefit limit represents the maximum amount that the insurer will pay for a single insured event.
4. Funeral assistance insurance does not cover the international transport of mortal remains from abroad to the territory of the Czech Republic; these costs are covered by Comprehensive Health Insurance for Foreigners or Health Insurance for Foreigners for the Schengen Area and Transit Countries in accordance with the General Terms and Conditions of the ZPCNS dated 1 July 2026, if such insurance has been taken out.
5. The scope of services provided up to the agreed insurance benefit limit for this insurance includes:
 - a) **Basic funeral services**, which include the standard costs of cremation or burial, including a basic coffin, the ceremony and fees for cremation or a grave site;
 - b) **Transport of the deceased** within the Czech Republic, which means exclusively local transport of the deceased from the place of death within the Czech Republic to a crematorium or funeral home; this service does not include international transport of the deceased from abroad; the costs of this service are covered up to a sub-limit of the Basic Funeral Services limit, provided that the transport is arranged by a third party secured by the insurer or the Assistance Service;
 - c) **Assistance in communicating with administrative authorities**, including help with completing the necessary administrative formalities associated with the insured person's death or their funeral, in particular the issue of a death certificate, deregistration of residence and notification to the relevant administrative authorities;
 - d) **Language assistance for the bereaved**, consisting of online interpreting when communicating with authorities or when informing the family of the insured person's death;
 - e) **Psychological support for close relatives**, provided in the form of a one-off consultation with a psychologist or crisis intervention for the bereaved, up to a maximum of the sub-limit under the Basic Funeral Services limit.

Article 2. Cases not covered by funeral assistance insurance (exclusions)

1. The exclusions from cover set out in Part II. General Information, Article 8, paragraph 1 of these insurance terms and conditions also apply to funeral assistance insurance, unless it is clear from their nature that they do not apply to this insurance. In addition to these exclusions, the specific exclusions listed below also apply to funeral assistance insurance.
2. Furthermore, funeral assistance insurance does not cover insured events:
 - a) where the insured person's funeral or cremation was fully covered by other insurance, in particular Comprehensive Health Insurance for Foreigners or Health Insurance for Foreigners for the Schengen Area;
 - b) where the costs of the insured person's funeral or the costs of related services were paid in full by another entity without entitlement to reimbursement, in particular from public funds or from other insurance, in order to prevent duplicate insurance payments;
 - c) where the insured person did not express a wish to be buried in the Czech Republic and, at the same time, the transfer of the mortal remains was or could have been carried out to the country for which the insured person held a travel document, or to another country in which the insured person had a residence permit;
 - d) where the insured person's wish to be buried in the Czech Republic was not expressed in a demonstrable manner.

Article 3. Beneficiary and their obligations

1. For the purposes of this insurance and notwithstanding the insurance contract, the beneficiary is defined as the person who arranged the insured's funeral and the handling of official formalities associated with the insured's death and funeral and/or who demonstrably incurred costs for the insured's funeral or for the transport of the insured's remains. The beneficiary is the insured person's surviving relatives or close persons, as specified for individual benefits in Article 1(5)(F) of these insurance terms and conditions.
2. The beneficiary is obliged to notify the insurer of the insured event without delay, to submit the death certificate and other documents required by the insurer, and to cooperate with the insurer, in particular in arranging funeral services and assistance.

IV. Final Provisions

1. These insurance terms and conditions form an integral part of the insurance contract.
2. An appraisal table is attached to these insurance terms and conditions.
3. These insurance terms and conditions are available in Czech, English and Russian. In the event of any discrepancy between the different language versions, the Czech version shall prevail.
4. The competent courts in the Czech Republic shall have jurisdiction to resolve any disputes arising from the insurance.
5. These insurance terms and conditions shall come into effect on 1 July 2026.

Appendix No. 1 – Valuation table

HEAD AND SENSE ORGAN INJURIES		
1	Complete defect of the cranial vault up to 2 cm ²	5 %
2	Complete defect of the cranial vault up to 10 cm ²	15 %
3	Complete defect of the cranial vault over 10 cm ²	25 %
4	Serious neurological brain disorders caused by a severe injury, according to degree	up to 80 %
5	Traumatic disorder of the facial nerve	up to 10 %
6	Facial damage accompanied by functional disorders, mild degree	up to 10 %
7	Facial damage accompanied by functional disorders, moderate degree	up to 20 %
8	Facial damage accompanied by functional disorders, severe degree	up to 35 %
9	Loss of the entire nose	20 %
10	Complete loss of smell (Only partial loss is not compensated.)	10 %
11	Complete loss of taste (Only partial loss is not compensated.)	5 %
12	Complete loss of vision in one eye	25 %
13	Complete loss of vision in the second eye (In case of complete loss of vision, the assessment of total permanent consequences cannot be more than 25% in one eye, more than 75% in the second eye and more than 100% in both eyes. Permanent damages stated in points 15, 21 and 22 are exceptions that can be evaluated also above this limit.)	75 %
14	Decrease in visual acuity according to the auxiliary table	
15	For anatomical eye loss or atrophy an amount is added to the detected value of permanent visual impairment	5 %
16	Concentric and nonconcentric narrowing of the field of vision	up to 20 %
17	Loss of the lens in one eye, including an accommodation disorder with contact lens tolerance for at least 4 hours a day	15 %
18	Loss of the lens in one eye, including an accommodation disorder with contact lens tolerance for less than 4 hours a day	18 %
19	Loss of the lens in one eye, including an accommodation disorder with total contact lens intolerance	25 %
20	Traumatic disorder of oculomotor nerves or impaired balance of oculomotor nerves	up to 25 %
21	Impaired patency of the lacrimal duct in one eye	5 %
22	Impaired patency of the lacrimal duct in both eyes	10 %
23	Loss of one earlobe	10 %
24	Loss of both earlobes	15 %
25	Hearing impairment on one side, mild degree	0 %
26	Hearing impairment on one side, moderate degree	up to 5 %
27	Hearing impairment on one side, severe degree	up to 12 %
28	Hearing impairment on both sides, mild degree	up to 10 %
29	Hearing impairment on both sides, moderate degree	up to 20 %
30	Hearing impairment on both sides, severe degree	up to 35 %
31	Hearing loss in one ear	15 %
32	Hearing loss in both ears	45 %
33	Labyrinth disorder on one side, according to degree	10–20 %
34	Labyrinth disorder on both sides, according to degree	30–50 %
35	Conditions after tongue injury with tissue defect or scarred deformations (only if loss of voice is not being assessed according to point 42)	15 %
36	Disfiguring scars in facial part of the head	up to 5 %
DAMAGE TO TEETH (CAUSED BY INJURY)		
37	Loss of one tooth (only loss greater than 50% is compensated)	1 %
38	Loss of each additional tooth	1 %
39	For loss, chipping and damage to deciduous teeth and artificial dentures	0 %
40	For loss of tooth vitality	0 %
NECK INJURIES		
41	Narrowing of the larynx or trachea, mild degree	up to 15 %

42	Narrowing of the larynx or trachea, from moderate to severe degree with partial loss of voice (When evaluated according to points 43–45, it is not possible to evaluate according to the point 42.)	up to 60 %
43	Loss of voice (aphonia)	25 %
44	Loss of ability to speak caused by damage to speech organs	30 %
45	Condition after tracheotomy with permanently inserted cannula (It is not possible to evaluate according to points 42–44 at the same time.)	50 %
CHEST, LUNGS, HEART OESOPHAGUS INJURIES		
46	Limitation of chest movements and lung and chest wall adhesions, clinically verified (spirometric examination), mild degree	up to 10 %
47	Limitation of chest movements and lung and chest wall adhesions, clinically verified (spirometric examination), moderate to severe degree	up to 30 %
48	Other consequences of lung injuries, according to degree and extent, on one side	15–40 %
49	Other consequences of lung injuries by degree and extent, on both sides (spirometric examination)	25–100 %
50	Heart and vein impairment (only after direct injury, clinically verified, according to injury degree, ECG examination)	10–100 %
51	Posttraumatic narrowing of the oesophagus, mild degree	up to 10 %
52	Posttraumatic narrowing of the oesophagus, from moderate to severe degree	11–50 %
ABDOMINAL AND DIGESTIVE ORGAN INJURIES		
53	Abdominal wall disruption accompanied by abdominal press impairment	up to 25 %
54	Damaged function of the digestive system according to degree of nutritional disorder	up to 80 %
55	Loss of the spleen	15 %
56	Dysfunction of anal sphincters according to degree	up to 60 %
57	Rectal narrowing according to degree	up to 40 %
INJURIES TO THE URINARY AND REPRODUCTIVE SYSTEM		
58	Loss of one kidney	20 %
59	Posttraumatic consequences caused by injuries to the kidneys and urinary tract (including secondary infection according to degree of damage)	up to 50 %
60	Loss of one testicle	10 %
61	Loss of both testicles or loss of potency in the age up to 45 years (verified by penile plethysmography)	35 %
62	Loss of both testicles or loss of potency in the age from 46 to 60 years (verified by penile plethysmography)	20 %
63	Loss of both testicles or loss of potency in the age over 60 years (verified by penile plethysmography)	10 %
64	Loss or serious deformities of the penis in the age up to 45 years	40 %
65	Loss or serious deformities of the penis in the age from 46 to 60 years	20 %
66	Loss or serious deformities of the penis over 60 years of age (In case of evaluation according to points 64–66, it is not possible to evaluate the loss of potency according to points 61–63 at the same time.)	10 %
67	Posttraumatic deformities of female reproductive organs	10–50 %
SPINE AND SPINAL CORD INJURIES		
68	Limitation of spinal motion, mild degree	up to 10 %
69	Limitation of spinal motion, moderate degree	up to 25 %
70	Limitation of spinal motion, severe degree	up to 55 %
71	Posttraumatic damage to the spine and spinal cord or spinal roots, mild degree	10–25 %
72	Posttraumatic damage to the spine and spinal cord or spinal roots, moderate degree	26–40 %
73	Posttraumatic damage to the spine and spinal cord or spinal roots, severe degree	41–100 %
PELVIC INJURIES		
74	Severe pelvic damage with spinal static disorder and lower limb dysfunction in women up to 45 years of age	30–65 %
75	Severe pelvic damage with spinal static disorder and lower limb dysfunction in women over 45 years of age	15–50 %
76	Severe pelvic damage with spinal static disorder and lower limb dysfunction in men	15–50 %
UPPER LIMB INJURIES		
Assessment on the right side means damage to the dominant upper limb, on the left side means damage to the non-dominant upper limb.		
Damage to the area of the shoulder and arm		
77	Upper limb loss in the area of the shoulder joint or between the elbow and the shoulder joint on the right side	70 %
78	Upper limb loss in the area of the shoulder joint or between the elbow and the shoulder joint on the left side	60 %

79	Total stiffness of the shoulder joint in an unfavourable position (full abduction, adduction or similar positions) on the right side	35 %
80	Total stiffness of the shoulder joint in an unfavourable position (full abduction, adduction or similar positions) on the left side	30 %
81	Total stiffness of the shoulder joint in a favourable position (abduction 50 degrees, flexion 40–45 degrees, inner rotation 20 degrees) on the right side	30 %
82	Total stiffness of the shoulder joint in a favourable position (abduction 50 degrees, flexion 40–45 degrees, inner rotation 20 degrees) on the left side	25 %
83	Limitation of motion of the shoulder joint, mild degree (arm raising up in front of the body, forward arm raise incomplete above 135 degrees) on the right side	5 %
84	Limitation of motion of the shoulder joint, mild degree (arm raising up in front of the body, forward arm raise incomplete above 135 degrees) on the left side	4 %
85	Limitation of motion of the shoulder joint, moderate degree (forward arm raise up to 135 degrees) on the right side	10 %
86	Limitation of motion of the shoulder joint, moderate degree (forward arm raise up to 135 degrees) on the left side	8 %
87	Limitation of motion of the shoulder joint, severe degree (forward arm raise up to 90 degrees) on the right side	18 %
88	Limitation of motion of the shoulder joint, severe degree (forward arm raise up to 90 degrees) on the left side	15 %
89	Habitual posttraumatic luxation (dislocation) of the shoulder joint on the right side (relocated by physician more than 3 times, luxation verified by X-rays)	20 %
90	Habitual posttraumatic luxation (dislocation) of the shoulder joint on the left side (relocated by physician more than 3 times, luxation verified by X-rays)	16,5 %
91	Incurable sternoclavicular dislocation on the right side	3 %
92	Incurable sternoclavicular dislocation on the left side	2,5 %
93	Incurable dislocation of the acromioclavicular joint on the right side (Tossy II and III)	6 %
94	Incurable dislocation of the acromioclavicular joint on the left side (Tossy II and III)	5 %
95	False joint (pseudoarthrosis) of the right humerus	35 %
96	False joint (pseudoarthrosis) of the left humerus	30 %
97	Chronic inflammation of the bone marrow of the humerus, only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences on the right side	30 %
98	Chronic inflammation of the bone marrow of the humerus, only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences on the left side	25 %
99	Permanent consequences after rupture of the long head of biceps tendon on the right side	3 %
100	Permanent consequences after rupture of the long head of biceps tendon on the left side	
Damage in the area of the elbow joint and the forearm		
101	Total stiffness of the elbow joint in an unfavourable position (full extension or full flexion and similar positions) on the right side	30 %
102	Total stiffness of the elbow joint in an unfavourable position (full extension or full flexion and similar positions) on the left side	25 %
103	Total stiffness of the elbow joint in a favourable position (flexion angle 90–95 degrees) on the right side	20 %
104	Total stiffness of the elbow joint in a favourable position (flexion angle 90–95 degrees) on the left side	16 %
105	Limitation of motion of the elbow joint on the right side	up to 18 %
106	Limitation of motion of the elbow joint on the left side	up to 15 %
107	Total stiffness of the radioulnar joints with impossibility to adduct or abduct the forearm in an unfavourable position (in maximal pronation or supination) on the right side	20 %
108	Total stiffness of the radioulnar joints with impossibility to adduct or abduct the forearm in an unfavourable position (in maximal pronation or supination) on the left side	16 %
109	Total stiffness of the radioulnar joints in a favourable position (middle position or slight pronation) on the right side	up to 20 %
110	Total stiffness of the radioulnar joints in a favourable position (middle position or slight pronation) on the left side	up to 16 %
111	Limitation of abduction or adduction of the forearm on the right side	up to 20 %
112	Limitation of abduction or adduction of the forearm on the left side	up to 16 %
113	False joint (pseudoarthrosis) of both forearm bones on the right side	40 %
114	False joint (pseudoarthrosis) of both forearm bones on the left side	35 %

115	False joint (pseudoarthrosis) of the radius on the right side	30 %
116	False joint (pseudoarthrosis) of the radius on the left side	25 %
117	False joint (pseudoarthrosis) of the ulna on the right side	20 %
118	False joint (pseudoarthrosis) of the ulna on the left side	15 %
119	Loose elbow joint on the right side	up to 20 %
120	Loose elbow joint on the left side	up to 15 %
121	Forearm loss with preserved elbow joint on the right side	55 %
122	Forearm loss with preserved elbow joint on the left side	45 %
123	Chronic inflammation of the bone marrow of the right forearm bones (only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences)	27 %
124	Chronic inflammation of the bone marrow of the left forearm bones (only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences)	22 %
Loss or damage to the hand		
125	Loss of the hand in wrist on the right side	50 %
126	Loss of the hand in wrist on the left side	42 %
127	Loss of all fingers or all fingers including metacarpal bones on the right side	50 %
128	Loss of all fingers or all fingers including metacarpal bones on the left side	42 %
129	Loss of fingers except the thumb including metacarpal bones on the right side	45 %
130	Loss of fingers except the thumb including metacarpal bones on the left side	40 %
131	Total stiffness of the wrist in an unfavourable position (position of extreme palmar flexion) on the right side	30 %
132	Total stiffness of the wrist in an unfavourable position (position of extreme palmar flexion) on the left side	25 %
133	Total stiffness of the wrist in an unfavourable position (position of extreme dorsal flexion) on the right side	15 %
134	Total stiffness of the wrist in an unfavourable position (position of extreme dorsal flexion) on the left side	12,5 %
135	Total stiffness of the wrist in a favourable position (dorsal flexion 20–40 degrees) on the right side	20 %
136	Total stiffness of the wrist in a favourable position (dorsal flexion 20–40 degrees) on the left side	17 %
137	False joint (pseudoarthrosis) of scaphoid bone on the right side	15 %
138	False joint (pseudoarthrosis) of scaphoid bone on the left side	12 %
139	Limitation of motion of the wrist on the right side	up to 20 %
140	Limitation of motion of the wrist on the right side	up to 17 %
141	Loose wrist on the right side (verified by X-Rays or USG examination)	up to 12 %
142	Loose wrist on the left side (verified by X-Rays or USG examination)	up to 10 %
Thumb damage		
143	Loss of the distal phalanx of the thumb on the right side	9 %
144	Loss of the distal phalanx of the thumb on the left side	7 %
145	Loss of the thumb with metacarpal bone on the right side	25 %
146	Loss of the thumb with metacarpal bone on the left side	21 %
147	Loss of both phalanges of the thumb on the right side	18 %
148	Loss of both phalanges of the thumb on the left side	15 %
149	Total stiffness of the interphalangeal joint of the thumb in an unfavourable position (extreme flexion) on the right side	8 %
150	Total stiffness of the interphalangeal joint of the thumb in an unfavourable position (extreme flexion) on the left side	7 %
151	Total stiffness of the interphalangeal joint of the thumb in an unfavourable position (in hyperextension) on the right side	7 %
152	Total stiffness of the interphalangeal joint of the thumb in an unfavourable position (in hyperextension) on the left side	6 %
153	Total stiffness of the interphalangeal joint of the thumb in a favourable position (slight flexion) on the right side	6 %
154	Total stiffness of the interphalangeal joint of the thumb in a favourable position (slight flexion) on the left side	5 %
155	Total stiffness of the basal joint of the thumb in the right side	6 %
156	Total stiffness of the basal joint of the thumb on the left side	5 %
157	Total stiffness of the carpometacarpal joint of the thumb in a favourable position (total abduction or adduction) on the right side	9 %

158	Total stiffness of the carpometacarpal joint of the thumb in a favourable position (total abduction or adduction) on the left side	7,5 %
159	Total stiffness of the carpometacarpal joint of the thumb in a favourable position (slight opposition) on the right side	6 %
160	Total stiffness of the carpometacarpal joint of the thumb in a favourable position (slight opposition) on the left side	5 %
161	Total stiffness of all thumb joints in an unfavourable position on the right side	up to 25 %
162	Total stiffness of all thumb joints in an unfavourable position on the left side	up to 21 %
163	Grip dysfunction with limitation of motion of the basal and the interphalangeal joint on the right side	up to 6 %
164	Grip dysfunction with limitation of motion of the basal and the interphalangeal joint on the left side	up to 5 %
165	Grip dysfunction with limitation of motion of the carpometacarpal joint on the right side	up to 9 %
166	Grip dysfunction with limitation of motion of the carpometacarpal joint on the left side	up to 7,5 %
Forefinger (index finger) damage		
167	Loss of the distal phalanx of the forefinger on the right side	5 %
168	Loss of the distal phalanx of the forefinger on the left side	4 %
169	Loss of two phalanges of the forefinger on the right side	8 %
170	Loss of two phalanges of the forefinger on the left side	6 %
171	Loss of all three phalanges of the forefinger on the right side	12 %
172	Loss of all three phalanges of the forefinger on the left side	10 %
173	Loss of the forefinger with metacarpal bone on the right side	15 %
174	Loss of the forefinger with metacarpal bone on the left side	12 %
175	Total stiffness of all three joints of the forefinger in extreme extension or flexion on the right side	15 %
176	Total stiffness of all three joints of the forefinger in extreme extension or flexion on the left side	12 %
177	Grip dysfunction of the forefinger on the right side	up to 10 %
178	Grip dysfunction of the forefinger on the left side	up to 8 %
179	Impossibility of total extension of some of the interphalangeal joints of the forefinger on the right side, with unimpaired grip function	1,5 %
180	Impossibility of full extension of some of the interphalangeal joints of the forefinger on the left side, with unimpaired grip function	1 %
181	Impossibility of full extension of the basal joint of the forefinger with impaired abduction on the right side	2,5 %
182	Impossibility of full extension of the basal joint of the forefinger with impaired abduction on the left side	2 %
Damage to the middle finger, ring finger and little finger		
183	Loss of the whole finger with corresponding metacarpal bone on the right side	9 %
184	Loss of the whole finger with corresponding metacarpal bone on the left side	7 %
185	Loss of all three phalanges or two phalanges with stiffness of the basal joint on the right side	8 %
186	Loss of all three phalanges or two phalanges with stiffness of the basal joint on the left side	6 %
187	Loss of two phalanges of the finger with preserved function of the basal joint on the right side	5 %
188	Loss of two phalanges of the finger with preserved function of the basal joint on the left side	4 %
189	Loss of the distal phalanx of one of these fingers on the right side	3 %
190	Loss of the distal phalanx of one of these fingers on the left side	2 %
191	Total stiffness of all three joints of one of these fingers in extreme extension or flexion (in position which prevents adjacent fingers from moving) on the right side	9 %
192	Total stiffness of all three joints of one of these fingers in extreme extension or flexion (in position which prevents adjacent fingers from moving) on the left side	7 %
193	Grip dysfunction of the finger (limitation of palmar flexion) on the right side	up to 8 %
194	Grip dysfunction of the finger (limitation of palmar flexion) on the left side	up to 6 %
195	Impossibility of full extension of one of the interphalangeal joints with unimpaired grip function of the finger, on the left side, on the right side	1 %
196	Impossibility of full extension of the basal finger joint with impaired abduction on the right side	1,5 %
197	Impossibility of full extension of the basal finger joint with impaired abduction on the left side	1 %
Traumatic disorders of nerves of the upper limb		
Possible vasomotor and trophic disorders are already included in the evaluation		
198	Traumatic disorder of the axillary nerve on the right side	up to 30 %

199	Traumatic disorder of the axillary nerve on the left side	up to 25 %
200	Traumatic disorder of the trunk of the radial nerve with impairment of all innervated muscles on the right side	up to 45 %
201	Traumatic disorder of the trunk of the radial nerve with impairment of all innervated muscles on the left side	up to 37 %
202	Traumatic disorder of the radial nerve with preserved function of the triceps on the right side	up to 35 %
203	Traumatic disorder of the radial nerve with preserved function of the triceps on the left side	up to 27 %
204	Traumatic disorder of the musculocutaneous nerve on the right side	up to 30 %
205	Traumatic disorder of the musculocutaneous nerve on the left side	up to 20 %
206	Traumatic disorder of the ulnar nerve with impairment of all innervated muscles on the right side	up to 40 %
207	Traumatic disorder of the ulnar nerve with impairment of all innervated muscles on the left side	up to 33 %
208	Traumatic disorder of the distal part of the ulnar nerve with preserved function of the flexor carpi ulnaris and a part of the flexor digitorum profundus on the right side	up to 30 %
209	Traumatic disorder of the distal part of the ulnar nerve with preserved function of the flexor carpi ulnaris and a part of the flexor digitorum profundus on the left side	up to 25 %
210	Traumatic disorder of the trunk of the median nerve with impairment of all innervated muscles on the right side	up to 30 %
211	Traumatic disorder of the trunk of the median nerve with impairment of all innervated muscles on the left side	up to 25 %
212	Traumatic disorder of the distal part of the median nerve with impairment mainly of the thenar muscle on the right side	up to 15 %
213	Traumatic disorder of the distal part of the median nerve with impairment mainly of the thenar muscle on the left side	12 %
214	Traumatic disorder of all three nerves or the whole brachial plexus on the right side	up to 60 %
215	Traumatic disorder of all three nerves or the whole brachial plexus on the left side	up to 50 %
LOWER LIMB INJURIES		
Damage to the hip, thigh and knee		
216	Loss of one lower limb in the hip joint or in the area between the hip joint and the knee joint	50 %
217	False joint (pseudoarthrosis) of the thigh bone or necrosis of the joint head	40 %
218	Hip endoprosthesis (except for the evaluation of limitation of joint motion)	15 %
219	Chronic inflammation of the bone marrow of the thigh bone (only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences)	25 %
220	Shortening of one lower limb up to 1 cm	0 %
221	Shortening of one lower limb up to 4 cm	up to 5 %
222	Shortening of one lower limb up to 6 cm	up to 15 %
223	Shortening of one lower limb over 6 cm	up to 25 %
224	Posttraumatic deformities of the thigh bone (healed fractures) with axial or rotational deviation, for every complete 5° of deviation (proven by X-Rays)	5 %
	Deviations over 45° are evaluated as loss of the limb.	
225	Total stiffness of the hip joint in an unfavourable position (full abduction or adduction, extension or flexion and similar positions)	40 %
226	Total stiffness of the hip joint in a favourable position (slight adduction from the basic position or very slight flexion)	30 %
227	Limitation of motion of the hip joint, mild degree	up to 10 %
228	Limitation of motion of the hip joint, moderate degree	up to 20 %
229	Limitation of motion of the hip joint, severe degree	up to 30 %
Damage to the knee		
230	Total stiffness of the knee in an unfavourable position (full extension or flexion angle of 20° and greater)	30 %
231	Total stiffness of the knee in an unfavourable position (flexion angle of 30° and greater)	45 %
232	Total stiffness of the knee in a favourable position (flexion angle up to 20°)	up to 30 %
233	Endoprosthesis in the area of the knee joint (except the evaluation of limitation of joint motion)	15 %
234	Limitation of motion of the knee joint, mild degree	up to 10 %
235	Limitation of motion of the knee joint, moderate degree	up to 15 %
236	Limitation of motion of the knee joint, severe degree	up to 25 %
237	Loose knee joint with insufficiency of one lateral ligament	5 %

238	Loose knee joint with insufficiency of the anterior or posterior cruciate ligament	up to 15 %
239	Loose knee joint with insufficiency of the anterior and posterior cruciate ligament	up to 25 %
240	Permanent consequences after surgical removal of one meniscus (according to extent of the removed part – minimum 1/3 of meniscus, proven by surgical findings)	up to 5 %
241	Permanent consequences after surgical removal of both meniscus	
242	Permanent consequences after removal of the kneecap including atrophy of the thigh and calf muscles	up to 10 %
Damage to the lower leg		
243	Loss of the lower limb in the area of the lower leg with preservation of the knee	45 %
244	Loss of the lower limb in the area of the lower leg with stiff knee joint	50 %
245	False joint (pseudoarthrosis) of the tibia or both bones of the lower leg	30 %
246	Chronic inflammation of the bone marrow of the lower leg only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences	22 %
247	Posttraumatic deformities of the lower leg caused by healed fractures in axial or rotational deviation (the deviations must be proven by X-Rays), for every complete 5°	5 %
	Deviations above 45° are evaluated as loss of the lower leg.	
Damage in the area of the ankle joint		
248	Loss of the leg in the ankle joint or below	40 %
249	Loss of the foot in the Chopart (midtarsal) joint	30 %
250	Loss of the foot in the Lisfranc (tarsometatarsal) joint	25 %
251	Total stiffness of the ankle joint in an unfavourable position (dorsal flexion or plantar flexion over 20°)	30 %
252	Total stiffness of the ankle joint in the right angle position	25 %
253	Total stiffness of the ankle joint in a favourable position (plantar flexion around 5°)	20 %
254	Limitation of motion of the ankle joint, mild degree	up to 6 %
255	Limitation of motion of the ankle joint, moderate degree	up to 12 %
256	Limitation of motion of the ankle joint, severe degree	up to 20 %
257	Limitation of pronation and supination of the foot	up to 12 %
258	Complete loss of pronation and supination of the foot	15 %
259	Loose ankle joint (confirmation by X-Rays or USG is required)	up to 20 %
260	Flat or turning outward foot caused by an injury and other posttraumatic deformities in the area of the ankle and the foot	up to 25 %
261	Chronic inflammation of the bone marrow in the area of the tarsus and metatarsus and the heel bone, only after open injuries or after surgeries required for the treatment of injury consequences	15 %
Damage in the area of the foot		
262	Loss of all toes	15 %
263	Loss of both phalanges of the first toe	10 %
264	Loss of both phalanges of the first toe with the metatarsal bone or its part	15 %
265	Loss of the distal phalanx of the first toe	3 %
266	Loss of another toe (including the fifth toe), for each toe	2 %
267	Loss of the fifth toe with the metatarsal bone or its part	10 %
268	Total stiffness of the interphalangeal joint of the first toe	3 %
269	Total stiffness of the basal joint of the first toe	7 %
270	Total stiffness of both joints of the first toe	8 %
271	Limitation of motion of the interphalangeal joint of the first toe	up to 3 %
272	Limitation of motion of the basal joint of the first toe	up to 7 %
273	Impaired function of any toe other than the first toe, for each finger	1 %
274	Posttraumatic circulatory and trophic disorders of one lower limb	up to 15 %
275	Posttraumatic circulatory and trophic disorders of both lower limbs	up to 30 %
276	Posttraumatic atrophy of muscles of the lower limbs with unlimited range of joint motion, on the thigh	5 %
277	Posttraumatic atrophy of muscles of the lower limbs with unlimited range of movements of joints, on the lower leg	3 %
Traumatic disorders of nerves of the lower limb		
Possible vasomotor and trophic disorders are already included in the evaluation.		
278	Traumatic disorder of the sciatic nerve	up to 50 %

279	Traumatic disorder of the femoral nerve	up to 30 %
280	Traumatic disorder of the obturator nerve	up to 20 %
281	Traumatic disorder of the trunk of the tibial nerve with impairment of all innervated muscles	up to 35 %
282	Traumatic disorder of the distal part of the tibial nerve with impairment of toe function	up to 5 %
283	Traumatic disorder of the trunk of the fibular nerve with impairment of all innervated muscles	up to 30 %
284	Traumatic disorder of the deep branch of the fibular nerve	up to 20 %
285	Traumatic disorder of the superficial branch of the fibular nerve	up to 10 %
OTHER TYPES OF PERMANENT CONSEQUENCES		
286	Scars and deformities (except point 36 of this table), which up to not leave functional damage	not compensated
287	Posttraumatic pigmentary changes	not compensated
288	Posttraumatic pains without functional damage	not compensated
289	Mental disorder caused by injury	not compensated

Permanent consequences of an injury not included in this valuation table will be assessed by an insurance assessor in cooperation with a medical assessor of the insurance company on the basis of comparison of the degree of severity.

Auxiliary table for assessment of the degree of damage in reduced visual acuity with optimal spectacle correction

Vizus	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60
6/6	0 %	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	25 %
6/9	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	28 %
6/12	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	31 %
6/15	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	35 %
6/18	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	39 %
6/24	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	44 %
6/36	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %
6/60	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %	55 %
3/60	25 %	28 %	31 %	35 %	39 %	44 %	49 %	55 %	65 %



Supplementary Terms and Conditions of Health Insurance for Foreign Nationals in the Schengen Area and transit countries

DPP ZPCNS dated 1 July 2026

Article 1. Introductory Provisions

1. The following Supplementary Insurance Conditions for Health Insurance for Foreign Nationals for the Schengen Area and Transit Countries (DPP ZPCNS) (hereinafter referred to as the “Supplementary Insurance Conditions”) are agreed in conjunction with the Insurance Conditions for Comprehensive Health Insurance for Foreign Nationals – PREMIUM, effective from 1 July 2026 (hereinafter referred to as the “Insurance Conditions”).
2. In the event of any conflict between the provisions of the Insurance Terms and Conditions and the provisions of these Supplementary Insurance Terms and Conditions, the provisions of these Supplementary Insurance Terms and Conditions shall prevail; no conflict shall be deemed to exist if the provisions of these Supplementary Insurance Terms and Conditions contain a more detailed regulation of the rights and obligations of the contracting parties to which the Insurance Terms and Conditions refer.

Article 2. Interpretation of Terms

In accordance with the provisions of the insurance terms and conditions, the terms used in these supplementary insurance terms and conditions have the following meanings:

An acute illness is a sudden health disorder of the insured person which arose during the term of the insurance and which, by its nature, directly threatens the life or health of the insured person independently of their will and requires necessary and urgent treatment. An acute illness does not include a health condition where treatment began before the start of the insurance or where the health condition manifested itself before the start of the insurance, even if it was not medically examined or treated. Furthermore, an acute illness does not include a health condition of the insured person where medical care is appropriate and necessary but can be postponed and provided only after returning to the country for which the insured person holds a travel document, or to another country in which the insured person has a valid residence permit.

Essential and urgent medical care is medical care provided to the insured person in the event of an accident or acute illness where any delay could lead to a serious deterioration in their condition, damage to their health or a threat to their life. The scope of such care is further defined by the exclusions from cover and the agreed limits on insurance benefits set out in these supplementary insurance terms and conditions. Essential and urgent care is provided within the Schengen Area, excluding the territory of the Czech Republic, and within the territory of a transit country.

The Schengen Area is the territory of the European states that are parties to the Agreement on the Gradual Abolition of Border Controls (the so-called Schengen Agreement), within which persons may cross the borders of the contracting states at any point without having to undergo border checks. For the purposes of this insurance, **the territory of the Czech Republic is not considered part of the Schengen Area**.

A **transit country** is defined as a country whose national border must be crossed in order for the insured person to travel by the shortest and quickest route from the country of departure, of which they are a national, to one of the countries of the Schengen Area.

Article 3 Territorial scope, purpose of stay

1. The insurance covers insured events that occur during a tourist stay within the Schengen Area or within the territory of a transit country.
2. The insurance covers only tourist stays not exceeding 90 days in duration.

Article 4. Insurance benefits

1. The upper limit of the insurance cover for damage occurring within the Schengen Area is determined by the insurance cover limit specified in the Insurance Cover Summary below.

Overview of Insurance Benefits	Insurance cover limit
Upper limit of the total insurance cover	CZK 1,600,000 / EUR 60,000
– repatriation and transport	actual costs up to the total limit
– necessary and urgent dental treatment	CZK 10,000 / EUR 400

2. The stated insurance benefit limits apply to a single insured event per insured person. Regardless of any change in the EUR/CZK exchange rate, the insurer guarantees an insurance benefit limit of EUR 60,000, converted at the Czech National Bank's exchange rate valid on the date the insured event occurred.

Article 5. Insured Event

1. An insured event is a sudden acute illness or injury suffered by the insured person during the term of the insurance and requiring the provision of necessary and urgent care, or assistance services, in accordance with the terms and conditions and the agreed scope of cover.

2. Events arising from a single cause and comprising all facts and their consequences, between which there is a causal, temporal or other direct link, shall be regarded as a single insured event.
3. In connection with an insured event, the insurer shall reimburse reasonable and necessary costs incurred for:
 - a) necessary and urgent medical care for the insured person, which includes:
 - i. necessary and urgent examinations required to establish a diagnosis and course of treatment;
 - ii. necessary and urgent outpatient medical treatment;
 - iii. necessary and urgent admission to a healthcare facility (hospitalisation) in a standard room with standard facilities and standard medical care for the period strictly necessary; diagnostic tests, treatment including surgery, anaesthesia, medication, medical supplies and hospital meals;
 - iv. medicines prescribed by a doctor in connection with the insured event and corresponding to necessary and urgent care;
 - v. necessary and urgent treatment by a dentist for acute dental pain, treated by extraction or a simple filling (including X-rays), and treatment for the purpose of immediate pain relief relating to the oral mucosa, up to the limit of the insurance benefit specified in these supplementary insurance conditions;
 - b) transport of the insured person from a doctor to a healthcare facility or from a healthcare facility to another specialist healthcare facility, provided that the insured person's condition, as assessed by the insurer, requires it and the attending doctor recommends it;
 - c) transport of the insured person from a healthcare facility back to their place of stay within the Schengen Area, provided that it is not possible to use public transport for medical reasons;
 - d) repatriation of the insured person, which is medically necessary and feasible; repatriation is assessed, approved and organised by the insurer, and the insured person is repatriated to the territory of the country for which the insured person holds a travel document, or to another country in which the insured person has a residence permit
 - e) the repatriation of the insured person's mortal remains to the country for which the insured person held a travel document, or to another country in which the insured person was legally resident; the repatriation of the remains shall be carried out by a specialist organisation, subject to the insurer's prior approval.

Article 6. Exclusions from cover

1. This insurance is subject to the exclusions and limitations set out in the insurance terms and conditions.
2. Furthermore, the insurer is not obliged to provide insurance benefits if:
 - a) the loss event occurred outside the Schengen Area and/or a transit country;
 - b) the insured event occurred as a result of a breach of the law within the Schengen Area and/or a transit country by the insured person or the person claiming the insurance benefit;
 - c) the insured event occurred within the territory of the Czech Republic and/or in the country for which the insured holds a travel document, or in the country in which the insured is a participant in the public health insurance scheme;
 - d) the insured event occurred as a result of suicide, attempted suicide or intentional self-harm by the insured person.
3. Furthermore, the insurer is not obliged to provide insurance benefits in the following cases:
 - a) where the insured person's medical treatment relates to the treatment of an illness or injury that existed, or the cause or symptoms of which arose, prior to the conclusion of the insurance contract, including the administration of medication;
 - b) where medical care for the insured person is appropriate and necessary, but can be postponed and provided only after their return to the country for which the insured person holds a travel document, or to another country in which the insured person has a valid residence permit;
 - c) preventive check-ups of the insured person, follow-up examinations or medical examinations and treatment not directly related to a sudden illness or injury of the insured person; examinations, check-ups and treatment under this provision are only possible with the insurer's approval;
 - d) examinations, check-ups and other medical procedures in the insured person's personal interest which do not serve a therapeutic purpose;
 - e) examinations, check-ups and other medical procedures relating to laboratory tests, (including laboratory and ultrasound) to confirm pregnancy, termination of pregnancy, any complications of a high-risk pregnancy, any complications after the 18th week of pregnancy, childbirth (including premature birth) and the postnatal period, infertility investigations and treatment, and artificial insemination, as well as costs associated with contraception and hormone therapy; any complications of pregnancy, provided the insured was pregnant at the time the insurance was taken out;
 - f) non-emergency dental treatment of the insured person and related services, costs of dental prostheses, crowns or jaw corrections, braces, bridges, and the removal of tartar or plaque;
 - g) treatment of the insured person by a relative or a person without the appropriate qualifications, medical procedures outside a healthcare facility registered within the Schengen Area and/or transit countries, treatment using methods not scientifically recognised within the Schengen Area;
 - h) the purchase of medicines and medical devices without a doctor's prescription;
 - i) where medical care is provided to the insured person beyond the scope of necessary and urgent medical care;
 - j) examination and treatment of the insured person's congenital developmental defects;
 - k) the manufacture and repair of prostheses (orthopaedic, dental), spectacles, contact lenses or hearing aids, and the purchase of orthoses in a non-basic design;
 - l) reimbursements for above-standard medical care and services;
 - m) reimbursement for supportive medicines, vitamin preparations and dietary supplements;

- n) examination and treatment of hepatitis;
- o) organ transplants, treatment of haemophilia, insulin therapy (excluding first aid), chronic haemodialysis, peritoneal dialysis, growth hormone therapy, interferon therapy and the administration of medication commenced prior to the commencement of the insurance;
- p) examination of the insured person and treatment of sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS.

Article 7. Final Provisions

1. These supplementary insurance terms and conditions supplement the provisions of the insurance terms and conditions and, together with the insurance terms and conditions, form an integral part of the insurance contract.
2. These insurance terms and conditions apply to insurance from 1 July 2026.