

Общая часть

1. Вводные положения

- 1.1. Туристическое медицинское страхование иностранцев (далее именуемое «ТМС»), заключаемое страховой компанией UNIQA pojišťovna, a. s. (далее по тексту «страховщик»), руководствуется правом порядком Чешской Республики (далее по тексту «ЧР»). В его отношении действует закон о страховой деятельности, соответствующие положения гражданского кодекса, настоящие общие условия страхования (далее именуемые «ОУС») и другие договорные соглашения. Если какое-либо из вышеперечисленных условий в соответствии с законом будет содержать другое регулирование, то действуют положения, приведенные в условиях страхования или в самом договоре страхования.
- 1.2. ТМС заключается как страхование убытков и является страхованием на случай болезни согласно ст. 2847 Гражданского кодекса, однако его объем на совпадает с объемом обязательного общественного медицинского страхования.
- 1.3. В рамках ТМС можно согласовать нижеперечисленные типы страховок, которые далее регулируются в особой части настоящих ОУС:
 - A) Страхование комплексного медицинского обслуживания для иностранцев (далее по тексту «КМО»)
 - B) Страхование необходимого и неотложного медицинского обслуживания для иностранцев (далее по тексту «ННО»)
 - C) Страхование ответственности
Страхование распространяется только на те типы страхования, которые в договоре страхования определены указаны.
- 1.4. Договор страхования ТМИ является документом, подтверждающим туристическое страхование при пребывании на территории страны на протяжении более 90 суток согласно ст. 180 параграф j) закона № 326/1999 Св. з. «О пребывании иностранцев на территории ЧР» в редакции позднейших поправок.

2. Общие положения

- 2.1. На основании заключенного договора страхования страховщик, в случае возникновения страхового случая, обязуется предоставить страховое обеспечение в согласованном размере, а страхователь обязуется заплатить страховщику одноразовый страховой взнос. Страхование согласовывается без франшизы.
- 2.2. Лимиты страхового обеспечения указаны в договоре страхования.
- 2.3. Все правовые сделки, связанные со страхованием, должны заключаться в письменной форме. Любые изменения также требуют письменной формы, иначе они не действительны. Письменной формой считается только подписанный документ на бумажном носителе. Языком для связи является чешский язык.
- 2.4. Партнерской организацией страховщика может быть служба поддержки или другая медицинская страховая компания, работающие на территории ЧР.
- 2.5. Настоящие ОУС страховщик публикует на чешском языке, предоставляя переводы на английский и русский языки. Решающей является чешская языковая версия.
- 2.6. Права и обязанности, вытекающие из ТМС, руководствуются правом ЧР. Любые споры, вытекающие из страхования или возникшие в связи с ней, будут решаться подведомственным судом ЧР.

3. Период действия страхования, период страхования

- 3.1. ТМС заключается на определенный срок. ТМС начинает действовать с 0:00 часов дня, согласованного в договоре страхования в качестве начала страхования, но не раньше чем с 0:00 часов дня, следующего сразу после дня заключения договора страхования, и прекращает действовать в 24:00 для, согласованного в договоре страхования в качестве конца страхования. Если застрахованное лицо заключило договор страхования по тарифу KOMPLEX2, то действие КМС распространяется также на его новорожденного, вплоть до 14-го дня жизни ребенка включительно.
- 3.2. В страховании КМС на случай беременности оговаривается выжидательный период со дня начала действия страхования продолжительностью 3 месяца, на случай родов – выжидательный период со дня начала действия страхования продолжительностью 8 месяцев – установленные выжидательные периоды не применяются при заключении страхования КМС по тарифу KOMPLEX2.
- 3.3. В страховании КМС на случай предоставления попечительных услуг оговаривается выжидательный период со дня начала действия страхования продолжительностью 36 месяцев.
- 3.4. Договор страхования вступает в силу не ранее, чем в момент оплаты всей суммы одноразового страхового взноса, если в тексте договора страхования не было согласовано иначе.
- 3.5. ТМС нельзя прекратить досрочно, если не было согласовано иначе.

4. Территория действия страховой защиты

- 4.1. Страхование покрывает только те страховые случаи, которые возникли при законном пребывании застрахованного лица на территории, указанной в договоре страхования.
- 4.2. Страхование может быть заключено по территории ЧР или по всей территории Шенгенской зоны.

5. Страховой взнос

- 5.1. Страховой взнос является платой за страховую защиту. Размер страхового взноса исходит из ставок страховщика, рассчитанных для конкретных типов страхования по правилам страховой математики.
- 5.2. Страховой взнос рассчитывается на весь согласованный срок действия страховой защиты (одноразовый страховой взнос), если в договоре страхования не согласовано иначе.
- 5.3. Одноразовый страховой взнос подлежит оплате в день заключения договора страхования. У страховщика возникает право на получение страхового взноса на весь срок действия страховой защиты в день заключения договора страхования.

6. Страховое обеспечение

- 6.1. Страховщик предоставляет страховое обеспечение максимум до суммы согласованных страховых сумм, лимитов и частичных лимитов, с учетом всех исключений. Страховое обеспечение выплачивается либо выгодоприобретателю после предъявления оригинальных экземпляров предписанных документов, либо непосредственно компетентному договорному медицинскому учреждению.
- 6.2. Страховое обеспечение подлежит выплате в течение 15 дней со

дня завершения расследования страхового случая, необходимого для определения объема страховых обязанностей страховщика. Страховщик обязан провести такое расследование в течение 3 месяцев со дня, когда он был проинформирован о страховом случае, с которым связано требование по выплате страхового обеспечения. Если он не способен завершить расследование страхового случая в установленный срок, то он обязан сообщить лицу, в отношении которого должно возникнуть или возникло право на страховое обеспечение, причины, по которым расследование не может быть завершено, и по требованию лица предоставить ему авансовую выплату в умеренном размере, если нет разумных оснований отказать в такой выплате. Данный срок не отсчитывается в случае, если расследование не может быть проведено или усложняется по вине выгодоприобретателя, страхователя или застрахованного лица.

6.3. Страховое обеспечение выплачивается в ЧР, в национальной валюте, безналичным платежом, если в договоре страхования не согласовано иначе. При пересчете иностранной валюты применяется валютный курс ЧНБ, действительный на 1-й рабочий день месяца, в котором произошел страховой случай.

6.4. Страховые выплаты, выплачиваемые по страхованию убытков, страховщик вправе снизить на сумму компенсации, которая была или будет выплачена третьим лицом, обязанным возместить ущерб, возникший при страховом случае.

6.5. У страховых случаев, продолжительность которых выходит за рамки действия страховой защиты, право на выплату страхового обеспечения возникает только за период до прекращения действия страховой защиты.

7. Прекращение действия страховой защиты

7.1. Если действие страхования будет прекращено еще до начала страховой защиты, то страховщик, после предъявления клиентом всех предписанных бланков, возвращает страхователю полученный страховой взнос, уменьшенный на расходы, связанные с оформлением и администрированием страхования. Такие расходы обычно достигают 20% от суммы внесенного страхового взноса.

7.2. Если страховая защита будет прекращена по какой бы то ни было причине в течение своего действия, то страхователь имеет право на одnorазовый страховой взнос, оплаченный на весь период страховой защиты.

7.3. Страховая защита прекращается в случае смерти застрахованного лица (кроме тарифа КОМПЛЕКС2), в день отказа от репатриации со стороны застрахованного лица или его законного представителя, истечением срока действия визы, позволяющей проживать на территории ЧР, а также в случае отказа в визе на проживание на территории ЧР.

7.4. Кроме того, страховая защита прекращает действие в день, указанный в письменном соглашении страховщика и страхователя, а также по истечении срока, на который был заключен договор страхования.

8. Права и обязанности страхователя, застрахованного лица и выгодоприобретателей

8.1. Застраховывая чужие страховые риски, страхователь обязан ознакомить застрахованное лицо с содержанием договора страхования, а также с его правами и обязанностями, вытекающими из такого договора, не позднее чем в день возникновения страховой защиты.

8.2. Страхователь или застрахованное лицо, либо тот, кто считается выгодоприобретателем, кроме обязанностей, установленных законными актами, обязан:

- правдиво и полностью ответить на письменные вопросы страховщика, приведенные во вступительной анкете;
- незамедлительно информировать страховщика об изменении данных, приведенных в договоре страхования и в ответах в анкете;
- стараться воспрепятствовать возникновению страхового случая

и сделать все от него зависящее для того, чтобы такой случай не произошел, или же чтобы последствия были как можно меньшими;

d) руководствоваться указаниями партнера страховщика, указаниями страховщика, приведенными в информационной брошюре к договору страхования, ОУС и в до-говоре страхования;

e) если расходы не были оплачены напрямую партнером страховщика или самим страховщиком, письменно сообщить о факте страхового случая страховщику; без излишнего отлагательства заполнить бланк сообщения о страховом случае и отправить его страховщику наряду с другими затребованными документами, а по требованию страховщика дополнительные сведения о страховом случае и предоставить дополнительные необходимые документы; все предъявляемые документы должны быть заполнены на английском или чешском языке – в обратном случае страховщик закажет их перевод за счет клиента;

f) предоставить страховщику комплексную правдивую информацию о возникновении, процессе и последствиях страхового случая, а в случае возникновения каких бы то ни было сомнений доказать страховщику, что право на выплату страхового обеспечения действительно возникло;

g) в процессе расследования страхового случая предоставить страховщику все необходимое содействие, в частности сообщить страховщику обо всех других страховщиках и суммах страхового обеспечения, согласованных в остальных договорах страхования, покрывающих те же риски;

h) по требованию страховщика избавить третье лицо (в частности, врача) от обязанности сохранять конфиденциальность о фактах, связанных со страховым случаем;

i) обеспечить право другого лица на возмещение ущерба, возникшего в результате страхового случая, или другое аналогичное право, которое затем должно быть в письменной форме передано страховщику до суммы выплаченного или выплаты подлежащего страхового обеспечения.

8.3. При наступлении страхового случая застрахованное лицо, помимо обязанностей, перечисленных в общей части настоящих ОУС, обязано:

a) сделать все рационально возможное для смягчения последствий страхового случая;

b) **всегда и безотлагательно, насколько это позволяет состояние здоровья, связаться с партнерской организацией страховщика или с самим страховщиком**, соблюдать его указания и по его требованию подвергнуться медицинскому обследованию в медицинском учреждении, указанном партнерской организацией страховщика;

c) в случае необходимости обратиться к врачу и предъявить ему удостоверение застрахованного лица;

d) соблюдать указания партнерской организации страховщика, врача, соблюдать установленный режим лечения;

e) подвергнуться медицинскому обслуживанию или обследованию со стороны врача, указанного партнерской организацией страховщика или самим страховщиком;

f) подвергнуться репатриации, организованной партнерской организацией страховщика, если состояние здоровья позволяет, или если период предоставления медицинского обслуживания превысил срок действия страхования;

g) по требованию страховщика выдать лицу, предоставляющему медобслуживание, письменное разрешение на разглашение конфиденциальной информации; предоставить страховщику письменное разрешение на получение сведений, которые являются предметом обязательной конфиденциальности медицинских учреждений, коммерческих и медицинских страховых компаний, Полиции ЧР и МВД, но которые необходимы для расследования страхового случая, проводимого страховщиком.

8.4. Если медицинское учреждение не заключало со страховой компанией договор и требует оплаты расходов, связанных со страховым случаем, от застрахованного лица, то застрахованное лицо обязано:

a) получить оригинальные экземпляры всех необходимых документов и передать их без излишнего промедле-

- ния партнерской организации страховщика или самому страховщику;
- b) заплатить медицинскому учреждению, которое не заключало со страховой компанией договор, расходы в разумном размере наличностью; иметь ко всем расходам соответствующие доказывающие справки.
- 8.5. Сообщение о страховом случае, включая все приложения, должно содержать:
- a) точную дату, место, причину и обстоятельства возникновения страхового случая, его объем;
- b) оригинальный экземпляр медицинской справки или другого документа, в котором будет описано состояние здоровья застрахованного лица со всеми кодами установленных диагнозов; полный перечень выполненных медицинских процедур с описанием, кодами, очками, а также ценой и датой их посещения; названия и количества прописанных лечебных препаратов с указанием цен; список использованного медицинского материала и услуг с указанием цен; оригинальные экземпляры документов (счетов-фактур и чеков), подтверждающих оплату расходов с указанием суммы и предмета оплаты;
- c) копию рецепта, выставленного врачом в рамках амбулаторного обследования;
- d) оплату расходов с указанием суммы и предмета оплаты. Страховщик вправе затребовать также дополнительную документацию, например, полицейский протокол, официальное свидетельство о смерти и т. п.
- 8.6. Страхователь, застрахованное лицо или выгодоприобретатель вправе обратиться с жалобой к отделу контроля страховщика или же к Чешскому Национальному банку (секция регулирования и надзора за деятельности страховых компаний).
- 8.7. В случае необходимости внесудебного разрешения спора, возникшего между сторонами договора страхования, по вопросам страхования жизни подведомственным органом является Финансовый арбитр, ул. Легерова, 1581/69, 110 00 Прага-1, www.finarbitr.cz, а в области остальных страховых отраслей подведомственным органом является Чешская торговая инспекция, ул. Штепанска, 567/15, 120 00 Прага-2, www.coi.cz. Если договор страхования был заключен онлайн, то страхователь вправе решать спор посредством электронной виртуальной платформы, которая находится на веб-сайте <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>.

9. Права и обязанности страховщика

- 9.1. Страховщик вправе снизить сумму страхового обеспечения в случае, если застрахованный не соблюдает согласованные договорные обязанности, в частности, в случае позднего сообщения о страховом случае, предоставления неполных данных в бланке сообщения, а также если застрахованный тем, что не связался с партнерской организацией страхователя, усложнил расследование ущерба или повысил расходы страхователя.
- 9.2. У страховщика возникает право на возмещение расходов, включая средства, которые были целесообразно потрачены на расследование фактов, о которых застрахованный сознательно лгал, грубо их исказил или умолчал.
- 9.3. Кроме обязанностей, установленных законными актами, страховщик обязан предоставить страхователю по требованию и за счет последнего дубликат договора страхования или удостоверения застрахованного лица, если оригинальные экземпляры будут утрачены или уничтожены.

10. Вручение корреспонденции

- 10.1. Всю корреспонденцию страховщик отправляет по чешскому адресу посредством почты в форме обыкновенных или заказных отправлений, или другим подходящим способом, если не было оговорено иначе. При совершении правовых действий посредством электронных или других технических средств страхователь отправляет все документы по электронному адресу, указанному в проекте договора / договоре страхования или в предложении по внесению поправок

в текст договора страхования, или по другому электронному адресу, о котором он был, в случае изменения первоначального электронного адреса, очевидно проинформирован.

- 10.2. Если адресата конкретной корреспонденции не удалось застигнуть, хотя он проживает по указанному адресу, то корреспонденция может быть передана другому взрослому лицу, проживающему в той же квартире или в том же доме, работающему в той же фирме или на том же рабочем месте, если это лицо готово передать корреспонденцию адресату. Если корреспонденцию невозможно передать и последним способом, то она остается на хранении на почте, которая надлежащим образом проинформирует адресата о необходимости получения корреспонденции. Отправление считается переданным на третий рабочий день после отправления, или на 15-й рабочий день при отправлении за границу.

Особая часть

Часть А

Страхование комплексного медицинского обслуживания для иностранцев (далее по тексту «КМО»)

Статья 1 – Толкование понятий

1. **Комплексное медицинское обслуживание** подразумевает медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу с целью сохранения его состояния здоровья таким, каким оно было до заключения договора страхования. Комплексное медобслуживание в себя включает: амбулаторный уход, больничное медицинское обслуживание, диагностику, профилактику, уход в диспансерах, а также услуги скорой медицинской помощи, предоставление лекарств, транспортировку пациентов, а в случае необходимости и репатриацию застрахованного лица или его телесных останков. Тариф KOMPLEX2, кроме вышеуказанного, включает в себя также уход, связанный с беременностью и родами застрахованной матери. Предоставление комплексного медицинского обслуживания гарантируется сетью договорных медицинских учреждений (т. е. учреждений, расположенных на территории ЧР, с которыми страховщик заключил договор о предоставлении медицинского ухода, связанного с настоящим страхованием), максимум в объеме медицинского обслуживания, стандартно оплачиваемого в рамках общественного медицинского страхования в ЧР (т. е. максимум в размере платежей и объема медицинского обслуживания, который полностью, а у лекарств иногда частично, оплачивается из фонда общественного медицинского страхования в ЧР, предоставление и оплата которого не зависит от решения надзорного врача, экспертной комиссии или другого органа медицинской страховой компании – регуляторные сборы и дополнительные платежи оплатой медицинского обслуживания не считаются). Наряду с вышесказанным действует, что размер страхового обеспечения, предоставленного недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), не должен превышать суммы стандартного платежа из общественного медицинского страхования в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая обычно за аналогичное обслуживание выплачивается.
2. **Необходимое и неотложное медицинское обслуживание** подразумевает медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу или его новорожденному в рамках тарифа KOMPLEX2. Необходимое и неотложное медобслуживание в себя включает: необходимое обслуживание, предоставляемое службой скорой медицинской помощи, врачом предписанную транспортировку в ближайшее специализированное медицинское учреждение, постановку диагноза и определение процесса лечения, включая все необходимые обследования, необходимые и неотложные лечебные вмешательства и процедуры, включая необходимые лекарства и медицинский материал, необходимую госпитализацию в течение установленного срока, максимум в объеме обязательного и неотложного обслуживания, оплачиваемого в рамках общественного медицинского страхования в ЧР. Наряду с вышесказанным действует, что размер страхового обеспечения, предоставленного недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или в другом государстве-члене

Шенгенской зоны), не должен превышать суммы стандартного платежа из общественного медицинского страхования в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая обычно за аналогичное обслуживание выплачивается.

Статья 2 – Предмет страхования

1. Предметом страхования являются расходы на медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу в объеме максимального комплексного медицинского обслуживания. Объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного лица на территории страны, от места его пребывания и от лица, предоставляющего медобслуживание, которым является либо договорное, либо недоговорное медицинское учреждение.
2. Расходы должны быть напрямую связаны с ухудшением (изменением) состояния здоровья застрахованного лица или же с необходимостью воспрепятствовать неблагоприятным изменениям его состояния здоровья.

Статья 3 – Застрахованные лица

1. Застрахован может быть только иностранец в хорошем состоянии здоровья.
2. Не могут быть застрахованы лица с тяжелыми расстройствами нервной системы, лица с душевными заболеваниями, лица, страдающие глухотой (на оба уха), слепотой (на оба глаза), парализованные, лица с алкогольной или наркотической зависимостью, с зависимостью от медицинских препаратов, лица с циррозом печени, раком, злокачественной опухолью (карцинома), туберкулезом, диализом почек, ВИЧ-инфицированные, болеющие СПИДом.
3. Если лицо попадает в категорию лиц, которые не могут быть застрахованы, то договор страхования не возникает.

Статья 4 – Страховой случай

1. Страховым случаем является болезнь, травма или другое неблагоприятное изменение состояния здоровья застрахованного лица, в результате которого возникла необходимость предоставить застрахованному лицу медобслуживание или ассистентские услуги в объеме заключенного страхования, причем для застрахованного лица возникла обязанность заплатить медицинскому учреждению расходы, связанные с предоставлением такой медицинской помощи, или обязанность оплатить расходы за ассистентские услуги лицу, предоставившему таковые.
2. Предметом страхового обеспечения являются необходимые расходы в разумном размере, обоснованно и очевидно затраченные в соответствии с действующими медицинскими и другими законными актами, конкретно на:
 - a) комплексное медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу со стороны договорного медицинского учреждения;
 - b) необходимое и неотложное медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу со стороны местного недоговорного медицинского учреждения в необходимом объеме или до состояния, позволяющего перевезти застрахованное лицо в договорное медицинское учреждение или репатриировать его;
 - c) послеродовой медицинский уход за новорожденным, застрахованным по тарифу KOMPLEX2;
 - d) репатриацию больного застрахованного лица, организованную партнерской организацией страховщика;
 - e) репатриацию телесных останков застрахованного лица, организованную партнерской организацией страховщика.
3. Страховые случаи, возникшие по одной и той же причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми имеется причинная, хронологическая или другая непосредственная связь, считаются одним страховым случаем.

Статья 5 – Страховое обеспечение

1. Страхование заключается в объеме комплексного медобслуживания, которое предоставляется максимум в объеме

общественного медицинского страхования, однако с оговоренными исключениями из страхования и с оговоренными лимитами страхового обеспечения.

2. Страхование покрывает:
 - a) амбулаторное медицинское обслуживание;
 - b) пребывание в больнице в стандартной палате в течение необходимого времени, подтвержденное медицинской справкой;
 - c) медицинские средства, связанные с процессом лечения застрахованного лица, оплачиваемые из фонда общественного медицинского страхования;
 - d) диагностические обследования, оплачиваемые из фонда общественного медицинского страхования;
 - e) расходы, связанные с перевозкой по состоянию здоровья в ближайшую больницу или к врачу;
 - f) неотложные операции;
 - g) лекарства, прописанные врачом при амбулаторном обследовании на имя застрахованного лица в связи с предоставлением медицинского обслуживания в объеме согласованного тарифа страхования с оговоренными исключениями согласно настоящим ОУС до размера лимита, указанного в договоре страхования. Максимальный размер страхового обеспечения на оплату расходов за лекарство, которое врач прописал застрахованному лицу при амбулаторном медобслуживании, равен сумме, выплачиваемой за такое лекарство из фонда общественного медицинского страхования в ЧР, которая указана в действующем регламенте МЗ (список лечебных препаратов, полностью или частично оплачиваемых из фонда медицинского страхования);
 - h) диспансерное наблюдение, связанное с заболеваниями и травмами, возникшими после начала действия страхования;
 - i) медицинское обслуживание, связанное с аллергией, при условии, что признаки аллергии данного типа проявились у застрахованного лица впервые, включая последующие необходимые аллергологические и иммунологические обследования – не распространяется на лекарства и другие вспомогательные препараты, связанные с диагнозом;
 - j) если на момент возникновения страхового случая вступило в действие страхование типа KOMPLEX2, либо истек выжидательный период у тарифа KOMPLEX, то оплачивается также все медобслуживание, которое застрахованному лицу будет предоставлено в связи с беременностью и последующими родами в договорном роддоме страховщика или в другом роддоме, который должен быть заблаговременно согласован со страховщиком;
 - k) последующий послеродовой уход за новорожденным по тарифу KOMPLEX2, вплоть до 14-дневного возраста;
 - l) страхование покрывает стоматологическое обслуживание, предоставляемое в целях избавления пациента от боли, обыкновенные пломбы и стоматологическое лечение в случае травмы;
 - m) страховщик предоставит страховое обеспечение в форме предоставления ассистентских услуг, а именно: репатриация больного застрахованного лица или его телесных останков, организованная партнерской организацией страховщика, после получения разрешения терапевта застрахованного лица или профессионального врача партнерской организации страховщика, в страну, паспорт которой был застрахованному лицу выдан, или в страну, в которой застрахованное лицо проживало или проживает.
3. Страхование также покрывает профилактическое обслуживание в следующем объеме, если в договоре не согласовано иначе:
 - Один раз в год для взрослых и один раз в год для детей в возрасте до 18 лет
 - a. профилактическое обследование у врача-терапевта, 10 раз в год – у врача-терапевта по тарифу KOMPLEX EXTRA (макс. раз в месяц);
 - b. для женщин с 15 лет раз в год – профилактическое обследование у врача-гинеколога;
 - c. раз в год – профилактическое обследование у врача-стоматолога;

- d. обязательные прививки до макс. лимита 1000 крон в год или до 5000 в год по тарифу KOMPLEX EXTRA;
4. Размер согласованного лимита страхового обеспечения по одному страховому случаю составляет 60 000 евро, если в договоре страхования не согласовано иначе.

Статья 6 – Исключения из страхования

1. Страхование не распространяется на события, которые произошли:
 - a) до оплаты страхового взноса;
 - b) вне территории ЧР, если застрахованный там пребывал не в качестве туриста;
 - c) вне согласованной территории действия страховой защиты, а также вне согласованного объема страховой защиты;
2. Страховщик не обязан предоставлять страховое обеспечение в случае:
 - a) болезней и травм, возникших в связи с военными событиями, гражданской войной, гражданскими беспорядками, актами насилия, включая теракты, в которых застрахованное лицо принимало активное участие; острой радиации, ядерной реакции или радиоактивной контаминации; воздействия химического или биологического оружия;
 - b) искусственного оплодотворения, обследования и лечения бесплодия или стерильности, использования противозачаточных средств и вмешательств с ними связанных, искусственного прерывания беременности без документально подтвержденной важной медицинской причины;
 - c) предоставления услуг физиотерапевта, пребывания в курортных спа, санаториях, лечебницах, других лечебных учреждениях санаторного типа и т. п.;
 - d) косметического ухода и его последствий, хиропрактических вмешательств или терапии, акупунктуры и гомеопатии, выравнивания зубов и челюсти, изготовления и ремонта протезов, ортезов, эпитезов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, электрических инвалидных колясок и миоэлектрических протезов, лечения дефектов речи;
 - e) выполнения процедур вне медицинских учреждений, процедур, не проводимых врачами и медсестрами, обладающими необходимой квалификацией, а также лечения, которое не признано наукой и медицинской средой; не оплачиваются также процедуры, выполненные в медицинском учреждении, но стандартно гражданам ЧР не предоставляемые (напр., частные клиники);
 - f) реабилитации, тренировочной терапии, отработки самостоятельности, кроме восстановления после травм и операций;
 - g) болезней и травм, которые произошли в связи с организацией общественных спортивных соревнований, поединков и состязаний по любому виду спорта, а также при профессиональных занятиях любым видом спорта. Исключение не распространяется на тариф KOMPLEX+;
 - h) событий, признаки которых наступили еще до заключения договора страхования, либо должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю до заключения договора страхования;
 - i) событий, при которых застрахованное лицо приехало в ЧР или другое государство-член Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания или выполнения медицинского вмешательства (процедуры);
 - j) событий, возникших после того, как врач, установленный страховщиком или его партнерской организацией, отказался выполнить медицинское обследование;
 - k) событий, при которых застрахованное лицо или его представитель уходит из больницы под расписку
 - l) оплаты лекарств и медицинских препаратов и средств, не прописанных врачом;
 - m) послеродового ухода за новорожденным, рожденным в

период страховой защиты, если не был заключен договор по тарифу KOMPLEX2.

Часть В

Страхование необходимого и неотложного медицинского обслуживания для иностранцев (далее по тексту «ННО»)

Статья 1 – Толкование понятий

1. **Необходимое и неотложное медицинское обслуживание** подразумевает медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу или его новорожденному в рамках тарифа KOMPLEX2. Необходимое и неотложное медобслуживание в себя включает: необходимое обслуживание, предоставляемое службой скорой медицинской помощи, врачом предписанную транспортировку в ближайшее специализированное медицинское учреждение, постановку диагноза и определение процесса лечения, включая все необходимые обследования, необходимые и неотложные лечебные вмешательства и процедуры, включая необходимые лекарства и медицинский материал, необходимую госпитализацию в течение установленного срока, максимум в объеме необходимого и неотложного обслуживания, оплачиваемого в рамках общественного медицинского страхования в ЧР. Наряду с вышесказанным действует, что размер страхового обеспечения, предоставленного недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), не должен превышать суммы стандартного платежа из общественного медицинского страхования в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая обычно за аналогичное обслуживание выплачивается.

Статья 2 – Предмет страхования

1. Предметом страхования являются расходы на медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания. Объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного лица на территории страны.

Статья 3 – Застрахованные лица

1. Застрахован может быть только иностранец в хорошем состоянии здоровья.
2. Не могут быть застрахованы лица с тяжелыми расстройствами нервной системы, лица с душевными заболеваниями, лица, страдающие глухотой (на оба уха), слепотой (на оба глаза), парализованные, лица с алкогольной или наркотической зависимостью, с зависимостью от медицинских препаратов, лица с циррозом печени, раком, злокачественной опухолью (карцинома), туберкулезом, диализом почек, ВИЧ-инфицированные, болеющие СПИДом.
3. Если лицо попадает в категорию лиц, которые не могут быть застрахованы, то договор страхования не возникает.

Статья 4 – Страховой случай

1. Страховым случаем является острое заболевание или травма застрахованного лица, в результате которого возникла необходимость предоставить застрахованному лицу медобслуживание или ассистентские услуги в объеме заключенного страхования, причем для застрахованного лица возникла обязанность заплатить медицинскому учреждению расходы, связанные с предоставлением такой медицинской помощи, или обязанность оплатить расходы за ассистентские услуги лицу, предоставившему таковые.
2. Предметом страхового обеспечения являются необходимые расходы в разумном размере, обоснованно и очевидно затраченные в соответствии с действующими медицинскими и другими законными актами, конкретно на:
 - a) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу со стороны договорного медицинского учреждения;
 - b) необходимое и неотложное медобслуживание, предоставленное застрахованному лицу со стороны местного недоговорного

медицинского учреждения в необходимом объеме или до состояния, позволяющего перевезти застрахованное лицо в договорное медицинское учреждение или репатриировать его;

- c) репатриацию больного застрахованного лица, организованную партнерской организацией страховщика;
 - d) репатриацию телесных останков застрахованного лица, организованную партнерской организацией страховщика.
3. Страховые случаи, возникшие по одной и той же причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми имеется причинная, хронологическая или другая непосредственная связь, считаются одним страховым случаем.

Статья 5 – Страховое обеспечение

1. Страхование заключается в объеме необходимого и неотложного медобслуживания, которое предоставляется максимум в объеме общественного медицинского страхования, однако с оговоренными исключениями из страхования и с оговоренными лимитами страхового обеспечения.
2. Страхование покрывает:
 - a) амбулаторное медицинское обслуживание;
 - b) пребывание в больнице в стандартной палате в течение необходимого срока, подтвержденного медицинской справкой, т. е. лечение, процедуры и операции, которые с учетом состояния здоровья застрахованного лица нельзя было отложить;
 - c) бинтовой материал по рецепту врача;
 - d) медицинские средства, необходимые для фиксации конечностей;
 - e) рентген;
 - f) расходы, связанные с перевозкой по состоянию здоровья в ближайшую больницу или к врачу;
 - g) неотложные операции;
 - h) лекарства, прописанные врачом при амбулаторном обследовании на имя застрахованного лица в связи с предоставлением медицинского обслуживания в объеме согласованного тарифа страхования с оговоренными исключениями согласно настоящим ОУС до размера лимита, указанного в договоре страхования. Максимальный размер страхового обеспечения на оплату расходов за лекарство, которое врач прописал застрахованному лицу при амбулаторном медобслуживании, равен сумме, выплачиваемой за такое лекарство из фонда общественного медицинского страхования в ЧР, которая указана в действующем регламенте МЗ (список лечебных препаратов, полностью или частично оплачиваемых из фонда медицинского страхования);
 - i) стоматологическое обслуживание, целью которого является избавление пациента от боли, стандартные пломбы;
 - j) страховщик предоставит страховое обеспечение в форме предоставления ассистентских услуг, а именно: репатриация больного застрахованного лица или его телесных останков, организованная партнерской организацией страховщика, после получения разрешения терапевта застрахованного лица или профессионального врача партнерской организации страховщика, в страну, паспорт которой был застрахованному лицу выдан, или в страну, в которой застрахованное лицо проживало или проживает.
3. Размер согласованного лимита страхового обеспечения по одному страховому случаю составляет 60 000 евро, если в договоре страхования не согласовано иначе

Статья 6 – Исключения из страхования

1. Страхование не распространяется на события, которые произошли:
 - a) до оплаты страхового взноса;
 - b) вне территории ЧР, если застрахованный там пребывал не в качестве туриста;
 - c) вне согласованной территории действия страховой

защиты, а также вне согласованного объема страховой защиты;

2. Страховщик не обязан предоставлять страховое обеспечение в случае:
 - a) болезней и травм, возникших в связи с военными событиями, гражданской войной, гражданскими беспорядками, актами насилия, включая теракты, в которых застрахованное лицо принимало активное участие; острой радиации, ядерной реакции или радиоактивной контаминации; воздействия химического или биологического оружия;
 - b) искусственного оплодотворения, обследования и лечения бесплодия или стерильности, использования противозачаточных средств и вмешательств с ними связанных, искусственного прерывания беременности без документально подтвержденной важной медицинской причины;
 - c) предоставления услуг физиотерапевта, пребывания в курортных спа, санаториях, лечебницах, других лечебных учреждениях санаторного типа и т. п.;
 - d) косметического ухода и его последствий, хиропрактических вмешательств или терапии, акупунктуры и гомеопатии, выравнивания зубов и челюсти, изготовления и ремонта протезов, ортезов, эпитезов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, электрических инвалидных колясок и миоэлектрических протезов, лечения дефектов речи;
 - e) выполнения процедур вне медицинских учреждений, процедур, не проводимых врачами и медсестрами, обладающими необходимой квалификацией, а также лечения, которое не признано наукой и медицинской средой; не оплачиваются также процедуры, выполненные в медицинском учреждении, но стандартно гражданам ЧР не предоставляемые (напр., частные клиники);
 - f) реабилитации, тренировочной терапии, отработки самостоятельности, кроме восстановления после травм и операций;
 - g) болезней и травм, которые произошли в связи с организацией общественных спортивных соревнований, поединков и состязаний по любому виду спорта, а также при профессиональных занятиях любым видом спорта;
 - h) событий, признаки которых наступили еще до заключения договора страхования, либо должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю до заключения договора страхования;
 - i) событий, при которых застрахованное лицо приехало в ЧР или другое государство-член Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания или выполнения медицинского вмешательства (процедуры);
 - j) событий, возникших после того, как врач, установленный страховщиком или его партнерской организацией, отказался выполнить медицинское обследование;
 - k) событий, при которых застрахованное лицо или его представитель уходит из больницы под расписку
 - l) оплаты лекарств и медицинских препаратов и средств, не прописанных врачом;
 - m) обследования, направленного на установку беременности, любых осложнений после 26-й недели беременности, родов, ухода за новорожденным, искусственного оплодотворения, обследования, связанного с лечением бесплодия или стерильности, использования противозачаточных средств и вмешательств с ними связанных, искусственного прерывания беременности без документально подтвержденной важной медицинской причины, если в договоре страхования не приведено иное;
 - n) обследования и лечения венерологических заболеваний или СПИДа, включая анализ на ВИЧ;
 - o) обследования и лечения душевных и психических заболеваний, не связанных с лечением травмы или болезни, на которые страхование распространяется; психологических обследований и психотерапии; лечения зависимости, включая обследование;

Часть С

Страхование ответственности

Статья 1 – Предмет страхования

1. Предметом страхования является имущественный, а при причинении увечья или смерти также немущественный вред, возникший в течение застрахованной поездки, за который застрахованное лицо несет ответственность согласно положениям гражданского права страны, на территории которой убытки возникли.
2. Страхование покрывает обязанность застрахованного лица возместить:
 - a. имущественный и немущественный вред при причинении увечья или смерти;
 - b. ущерб, возникший для другого лица в результате повреждения или уничтожения вещи (под вещь подразумевается материальная вещь, то есть часть внешней реальности, имеющая характер независимого предмета, которым можно обладать);
 - c. другие убытки, вытекающие из вреда, возникшего при причинении увечья или смерти, а также из ущерба, возникшего в результате повреждения вещи согласно настоящему пункту (будущий материальный ущерб); которые произошли в результате обычных действий в ежедневной гражданской жизни или при обычном туристическом времяпровождении.
- b) Данное страхование заключается как страхование убытков.

Статья 2 – Страховой случай

1. Страховым случаем является возникновение обязанности страховщика возместить имущественный, а при причинении увечья или смерти также немущественный вред, за который застрахованное лицо несет ответственность согласно закону (но не согласно договору). Если решение о возмещении имущественного или немущественного вреда выносит компетентный орган, то действует правило, что страховой случай наступил лишь в день вступления такого решения в законную силу.

Статья 3 – Страховое обеспечение

1. В рамках страхования ответственности застрахованное лицо обладает правом, чтобы страховщик за него, вплоть до размера лимита страхового обеспечения, согласованного в договоре страхования, оплатил:
 - a) фактический вред при причинении увечья или смерти, если он за такой вред несет ответственность;
 - b) ущерб, нанесенный вещи третьего лица, если за такой ущерб несет ответственность;
 - c) расходы, необходимые для правовой защиты застрахованного лица от требований, которые застрахованное лицо и страховщик считают необоснованными.
2. Страховщик за застрахованное лицо оплатит расходы:
 - a) максимальный размер которых соответствует внедоговорному вознаграждению адвоката за защиту в рамках предварительного следствия и в рамках производства в суде первой инстанции в случае возбуждения уголовного дела против застрахованного лица в связи с имущественным, а при причинении увечья или смерти также немущественным вредом, подлежащего оплате страховщиком;
 - b) производство по возмещению имущественного, а при причинении увечья или смерти также немущественного вреда, в суде первой инстанции, если данное производство оказалось необходимым для установления ответственности застрахованного лица, если застрахованное лицо обязано эти расходы оплатить; однако расходы за правовое представительство застрахованного лица страховщик оплатит лишь при условии, что он на это обязался в письменной форме;
 - c) внесудебного рассмотрения требования по возмещению имущественного, а при причинении увечья или смерти также немущественного вреда, возникшего для пострадавшего;

- d) на защиту застрахованного лица в апелляционном суде в рамках уголовного производства, производства по возмещению имущественного, а при причинении увечья или смерти также немущественного вреда, перед апелляционным судом, а также его собственные затраты, возникшие в рамках таких производств при условии, что страховщик обязался их уплатить в письменной форме.
3. В случае, если застрахованное лицо сознательно введет страховщика в заблуждение касательно существенных обстоятельств, связанных с правомочностью требований по возмещению имущественного, а при причинении увечья или смерти также немущественного вреда, или касательно размера такого возмещения, страховщик вправе размер страховой выплаты соответствующим образом снизить.
4. Страховщик вправе требовать от застрахованного лица возвращения части возмещения имущественного, а при причинении увечья или смерти также немущественного вреда, если случай произошел под влиянием алкоголя, вещества, вызывающего привыкание, или препарата, содержащего такое вещество.
5. Страховая выплата по одному страховому случаю ограничивается согласованным лимитом страхового обеспечения. **Общий согласованный лимит страхового обеспечения по всем страховым случаям может быть выплачен не более трех раз. При возникновении страхового случая страховая выплата снижается на сумму франшизы, указанную в страховом полисе.**
6. Наличие обязанности возместить имущественный, а при причинении увечья или смерти также немущественный вред, а также установление вины потерпевшего, зависят от обстоятельств каждого конкретного случая. Сам факт возникновения имущественного, а при причинении увечья или смерти также немущественного вреда, не накладывает обязанности такой вред возместить.
7. Если застрахованное лицо вынуждено выплачивать компенсацию в форме пенсионных выплат (ренты), причем капитальная стоимость такой пенсии превышает лимит страхового обеспечения, или же после всех выплат по тому же страховому случаю оставшаяся часть лимита страхового обеспечения, то пенсия выплачивается в соотношении договорного лимита страхового обеспечения или его остаточной стоимости и капитальной стоимости пенсии.

Статья 5 – Исключения из страхования

1. Страхование не покрывает обязанности страхового лица возместить имущественный, а при причинении увечья или смерти также немущественный вред:
 - a) нанесенный умышленно, своевольно, обманом или злорадно, причем умыслом считается также действие или бездействие, при которых возникновения убытков следовало ожидать, чем пренебрегалось (напр., при выборе способа осуществления трудовой деятельности с целью сэкономить время и деньги);
 - b) принятый и признанный застрахованным лицом сверх вреда, установленного законными актами;
 - c) нанесенный при эксплуатации транспортных средств и при другой деятельности, на которую распространяется законная обязанность заключить особое страхование, или который покрывается законным страхованием;
 - d) нанесенный при эксплуатации или управлении моторным или безмоторным воздушным или водным судном, которыми в ЧР или в стране возникновения ущерба можно управлять только с удостоверением, подтверждающим соответствующую квалификацию;
 - e) нанесенный в результате загрязнения воды, почвы, воздуха или окружающей среды вообще;
 - f) нанесенный в результате проникновения или распространения заразных заболеваний людей, животных и растений;

- g) нанесенный в связи с военными событиями, гражданскими беспорядками, восстаниями или репрессивными операциями органов государственной власти;
- h) нанесенный на арендованных вещах, которыми застрахованное лицо пользуется (кроме арендуемых помещений), а также на вещах, которые застрахованное лицо приняло с целью выполнения заказанной деятельности;
- i) при предпринимательской деятельности застрахованного лица, включая ответственность за имущественный и неимущественный вред, нанесенный его работнику в соответствии с положениями трудового права, и ответственность за изделия;
- j) при выполнении трудовых заданий в рамках трудовых правоотношений или в прямой связи с ними, за которые застрахованное лицо отвечает перед своим работодателем;
- к) за который застрахованное лицо отвечает перед супругом или сожителем (зарегистрированным партнером), прямым родственником, лицами, проживающими с ним в квартире (частном доме);
- l) нанесенный животными; данное исключение не применяется в отношении животного, принадлежащего застрахованному лицу;
- m) нанесенный в связи с организацией общественных спортивных соревнований, поединков и состязаний по любому виду спорта, а также при профессиональных занятиях любым видом спорта;
- n) нанесенный вещи, которой застрахованное лицо пользуется незаконно.

2. Далее не застрахованы:

- a) требования, вытекающие из ответственности за дефекты;
- b) требования по выполнению договоров и альтернативного обеспечения по договорам;
- c) обязательства по возмещению неимущественного вреда, возникшего из-за грубой халатности в результате нарушения существенных законных обязанностей, или же из-за мотивов, достойных особого осуждения;
- d) обязательства по возмещению неимущественного вреда, согласованного или возникшего иначе, а не из-за причинения увечья или смерти.

Статья 6 – Обязанности застрахованного лица

Сразу же при наступлении страхового случая застрахованное лицо обращается к партнерской организации страховщика или к самому страховщику, подробно информируя о причинах и объеме убытков.

1. Наряду с обязанностями, определенными в законных актах и в общей части настоящих ОУС, застрахованное лицо обязано:
 - a) предъявить протокол, подтверждающий убытки, нанесенные третьему лицу, заключенный между застрахованным лицом и потерпевшим. В протоколе должно быть указано, каким образом убытки возникли, когда и где произошло событие, что было повреждено, в каком объеме, какова стоимость новой вещи, насколько старой была вещь; далее в протоколе должен быть указан размер убытков; **протокол должен быть подписан застрахованным лицом и потерпевшим, а также как минимум двумя свидетелями, которые не должны быть**

родственниками застрахованного лица или потерпевшего; в протоколе должны быть четко указаны имена, фамилии, даты рождения, адреса постоянного места жительства и телефоны свидетелей; при нанесении ущерба до 10 000 крон он может быть компенсирован, в таком случае застрахованное лицо обязано предъявить подтверждение об оплате ущерба;

- b) предъявить протокол о причинении вреда здоровью третьего лица и медицинскую справку, в которой указан подробный диагноз увечья потерпевшего;
- c) незамедлительно сообщить партнерской организации страховщика или самому страховщику, что в связи со страховым случаем было заведено или в скором времени, вероятно, будет заведено уголовное дело;
- d) если случай может вести к возникновению права на возмещение имущественного, а при причинении увечья или смерти также неимущественного вреда, незамедлительно об этом письменно уведомить страховщика;
- e) принять все возможные меры, чтобы объем имущественного, а при причинении увечья или смерти также неимущественного вреда не увеличивался;
- f) при возникновении страхового случая предоставить страховщику и его партнерской организации все необходимое содействие для выявления причин и размера имущественного, а при причинении увечья или смерти также неимущественного вреда, правдиво объяснить, что и в каком объеме произошло, в установленные сроки предъявить документы, затребованные страховщиком;
- g) незамедлительно сообщить страховщику, что застрахованному лицу было предъявлено требование по возмещению имущественного, а при причинении увечья или смерти также неимущественного вреда; - право на возмещение имущественного, а при причинении увечья или смерти также неимущественного вреда было подано суду или другому компетентному органу; - в отношении застрахованного лица было заведено уголовное дело, указать адвоката.
- h) в производстве по возмещению имущественного, а при причинении увечья или смерти также неимущественного вреда соблюдать все указания партнерской организации страховщика или самого страховщика, кроме прочего, согласно их указаниям обжаловать решение компетентного органа (в таком случае расходы апелляционного производства оплачивает страховщик);
- i) признать или компенсировать имущественный, а при причинении увечья или смерти также неимущественный вред только с предварительным письменным согласием страховщика, кроме ущерба до 10 000 крон, нанесенного вещи третьего лица, см. п. 1а) настоящей статьи.

Нарушение данных обязанностей может привести к снижению или полному отказу от выплаты страхового обеспечения.

Страховщик и его партнерская организация уполномочены в рамках договора страхования от имени застрахованного лица осуществлять все необходимые действия в связи с решением страхового случая. Если застрахованное лицо откажется от решения по удовлетворению предъявленных требований путем признания, удовлетворения или компенсации, предложенного страховщиком, то последний, начиная с момента такого отказа, не обязан оплачивать более высокие затраты по долгим требованиям и их принадлежностям.

Настоящие ОУС вступают в силу 01.01.2018.