



Общие условия туристического медицинского страхования иностранных граждан – ОУС/ТМС (UCZ/CZP)/14

Общая часть

1. Вступительные положения

1.1. Туристическое медицинское страхование иностранных граждан (в дальнейшем „ТМС/СЗР“), которое заключает компания АО «UNIQA страховая компания» (UNIQA pojišťovna, a.s.) (в дальнейшем „страховщик“), регламентируется законодательством Чешской Республики (в дальнейшем „ЧР“). На это страхование распространяются Закон о страховании, соответствующие положения Гражданского кодекса, настоящие Общие условия страхования (в дальнейшем „ОУС/ВРР“) и договорные соглашения. Если некоторые из вышеприведенных условий имеют иную, не противоречащую закону формулировку, то действительными являются положения, приведенные в условиях страхования или непосредственно в договоре страхования.

1.2. ТМС/СЗР заключается как страхование с возмещением ущерба и является страхованием на случай болезни согласно § 2847 Гражданского кодекса, однако, это страхование не заключается в объеме всеобщего медицинского страхования.

1.3. В рамках ТМС/СЗР можно согласовать следующие виды страхования, которые далее оговорены в специальной части настоящих ОУС/ВРР:

А) Страхование комплексного медицинского обслуживания иностранных граждан (в дальнейшем „КМО/КЗР“)

В) Страхование иностранных граждан в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания (в дальнейшем „ННО/ННР“)

1.4. Договор страхования о ТМС/СЗР является документом о туристическом медицинском страховании при пребывании сроком свыше 90 дней согласно § 180j закона № 326/1999 Свода законов «О пребывании иностранных граждан на территории ЧР» в редакции последующих предписаний.

2. Общие положения

2.1. На основании заключенного договора страхования страховщик обязуется в случае возникновения страхового случая предоставить страховое возмещение в согласованном объеме, а страхователь обязуется заплатить страховщику разовый страховой взнос. Совместное участие застрахованного лица не оговаривается.

2.3. Правовые действия, касающиеся страхования, должны осуществляться в письменной форме. Все изменения должны проводиться в письменной форме, в противном случае они будут считаться недействительными. Письменной формой считается исключительно подписанный документ в бумажной форме. Для сообщения о случае, с которым тот, кто считает себя правомочным лицом, связывает требование страхового возмещения, письменная форма считается соблюденной и в случае коммуникации по телефону посредством колл-центра страховщика, сообщения sms и электронного сообщения. Языком коммуникации является чешский язык.

2.4. Партнером страховщика может быть ассистентская служба или медицинская страховая компания, действующая в ЧР.

2.5. Настоящие ОУС/ВРР страховщик издает на чешском языке, а затем предоставляет также переводы на английский, русский и вьетнамский языки. Решающим является текст на чешском языке.

2.6. Права и обязанности, вытекающие из ТМС/СЗР, регламентируются законодательством ЧР. Все споры, вытекающие из страхования или возникающие в связи с ним, будут решаться в соответствующем суде ЧР.

3. Срок действия страхования, страховой период

3.1. ТМС/СЗР заключается на определенный срок. ТМС/СЗР начинается с 0.00 часов дня, согласованного в договоре страхования в качестве начала страхования, однако, не ранее 0.00 часов того дня, который непосредственно следует после дня заключения договора страхования, и прекращается в 24.00 дня, согласованного в договоре страхования в качестве окончания страхования. Если застрахованное лицо согласовало тариф КОМПЛЕКС2, то в период действия его страхования КМО/КЗР распространяется и на его новорожденного, причем до 14-го дня жизни ребенка включительно.

3.2. При страховании КМО/КЗР на случай беременности согласовывается срок ожидания продолжительностью 3 месяца со дня начала страхования, на случай родов согласовывается срок ожидания продолжительностью 8 месяцев со дня начала страхования – эти сроки ожидания не применяются в случае согласования страхования КМО/КЗР в рамках тарифа КОМПЛЕХ2.

3.3. При страховании КМО/КЗР на случай необходимости ухода за больным согласовывается срок ожидания продолжительностью 36 месяцев со дня начала страхования.

3.4. Договор страхования вступает в действие не ранее момента оплаты полной суммы разового страхового взноса, если в договоре страхования не было согласовано иное.

3.5. ТМС/СЗР нельзя прервать, если это не было согласовано иначе.

4. Территориальное действие страхования

4.1. Страхование распространяется только на страховые случаи, которые возникли при легальном пребывании застрахованного лица на территории ЧР или на территории Шенгенской зоны.

4.2. Страхование вне территории ЧР распространяется только на туристическое пребывание застрахованного лица без ведения им какой-либо даже кратковременной предпринимательской деятельности, причем распространяется только на предоставление необходимого и неотложного медицинского обслуживания, включая затраты, связанные с перевозкой в ближайшую подходящую больницу или к врачу.

5. Страховые взносы

5.1. Страховые взносы являются оплатой за предоставление страхования. Сумма страхового взноса определяется на основании тарифов, установленных страховщиком для отдельных видов страхования в соответствии с принципами страховой математики.

5.2. Страховой взнос устанавливается на весь согласованный срок действия страхования (одноразовый страховой взнос) в случае, если в договоре страхования не оговорено иначе.

5.3. Одноразовый страховой взнос подлежит к оплате в полном размере в день заключения договора страхования. У страховщика возникает право на страховой взнос за весь срок действия страхования в день заключения договора страхования.

6. Страховое возмещение

6.1. Страховщик предоставляет страховое возмещение максимум до размера согласованных страховых сумм, лимитов и частичных лимитов, с учетом исключений из страхования, либо уполномоченному лицу после передачи оригиналов предписанных документов, либо непосредственно соответствующему договорному медицинскому учреждению.

6.2. Страховое возмещение подлежит к оплате в срок до 15 дней со дня, в который страховщик закончит расследование, необходимое для выяснения объема своей обязанности исполнения страхового возмещения. Страховщик обязан закончить расследование в срок до 3-х месяцев после того, как ему было сообщено о страховом случае, с которым связано требование по исполнению страхового возмещения. **Если страховщик не сможет закончить проведение расследования в этот срок, то он обязан сообщить о причинах этого лицу, у которого должно возникнуть или уже возникло право на получение страхового возмещения, и предоставить этому лицу на основании его заявления соразмерный аванс, если не существует разумной причины для того, чтобы отказать в его предоставлении. Этот срок приостанавливается в случае, если проведение расследования стало невозможным или было затруднено по вине уполномоченного лица, страхователя или застрахованного лица.**

6.3. Страховое возмещение подлежит к оплате на территории ЧР и в местной валюте, в безналичной форме, в том случае, если в договоре страхования не согласовано иное. Для перерасчета иностранной валюты применяется валютный курс Чешского национального банка (СNB), действующий в первый рабочий день месяца, в котором возник страховой случай.

6.4. Страховщик имеет право снизить страховое возмещение на сумму возмещения ущерба, которая была или будет предоставлена третьим лицом, обязанным возместить ущерб, вытекающий из страхового случая.

7. Прекращение действия страхования

7.1. Если страхование прекратит свое действие еще до даты начала действия страхования, то страховщик возвратит страхователю, после предоставления всех выданных документов страховщика, полученный страховой взнос, уменьшенный на сумму затрат, связанных с возникновением и администрированием страхования, которая обычно составляет 20% от суммы полученного страхового взноса.

7.2. Страхование прекращает свое действие в случае смерти застрахованного лица (недействительно для тарифа КОМПЛЕХ2), в день отказа застрахованного лица или его законного представителя от репатриации, при окончании срока действия визы для пребывания в ЧР, или в случае отклонения заявления о выдаче визы для пребывания на территории ЧР.

7.3. Страхование прекращает свое действие также в день, указанный в письменном соглашении страховщика со страхователем, или после окончания срока, на который страхование было заключено.

8. Права и обязанности страхователя, застрахованного лица и правомочного лица

8.1. В случае страхования чужого страхового риска страхователь обязан ознакомить застрахованное лицо с содержанием договора страхования, касающегося страхования его риска, а также с его правами и обязанностями, вытекающими из этого договора, причем не позднее даты возникновения страхования.

8.2. Страхователь или застрахованное лицо или лицо, считающее себя правомочным лицом, помимо обязанностей, установленных правовыми нормами, обязаны:

- a) правдиво и полностью ответить на письменные вопросы страховщика, указанные во вступительной анкете;
- b) незамедлительно информировать страховщика об изменениях данных в договоре страхования и в ответах на вопросы вступительной анкеты страховщика;
- c) стараться, чтобы страховой случай не наступил, и предпринимать все для его предотвращения или для уменьшения его последствий;
- d) руководствоваться указаниями партнера страховщика, указаниями страховщика, приведенными в руководстве по страхованию, ОУС/ВРР и договором страхования;
- e) если не была проведена прямая оплата затрат партнером страховщика или страховщиком, то сообщить в письменной форме непосредственно страховщику о возникшем страховом случае; без излишнего промедления заполнить и отправить страховщику заполненное извещение о возникновении страхового случая и требуемые документы, или же по требованию страховщика дополнить информацию о страховом случае и предоставить дополнительные необходимые документы; все предоставляемые документы должны быть выполнены на английском, немецком или чешском языке – в противном случае страховщик обеспечит их перевод за счет застрахованного лица;
- f) предоставить страховщику полную правдивую информацию о возникновении, ходе и последствиях страхового случая, а в случае сомнений доказать страховщику свое право на страховое возмещение;
- g) предоставить страховщику все необходимое содействие при расследовании страхового случая, в частности, сообщить страховщику о других возможных страховщиках и страховых суммах, согласованных в остальных договорах страхования, касающихся аналогичного риска;
- h) по требованию страховщика освободить третье лицо (главным образом, врача) от обязанности сохранять конфиденциальность об обстоятельствах, связанных со страховым случаем;
- i) обеспечить по отношению к другому лицу право на возмещение ущерба, вызванного страховым случаем, или другое аналогичное право, и в письменной форме перевести это право на страховщика вплоть до суммы, до которой он предоставил или очевидно предоставит страховое возмещение.

8.3. При наступлении страхового случая кроме обязанностей, приведенных в общей части настоящих ОУС/ВРР, застрахованное лицо обязано:

- a) сделать все, что можно разумно потребовать для уменьшения последствий страхового случая;
- b) всегда и без промедления, если это позволяет состояние здоровья застрахованного лица, обращаться к партнеру страховщика или к страховщику, выполнять их указания и по их просьбе пройти медицинское обследование в медицинском учреждении, определенном партнером страховщика;
- c) в случае необходимости обращаться за помощью к врачу и предъявлять свое удостоверение застрахованного лица;
- d) выполнять указания лечащего врача и соблюдать предписанный лечебный режим;
- e) проходить лечение или обследование врачом, которого назначил партнер страховщика или страховщик;
- f) подчиняться репатриации, организованной партнером страховщика в том случае, если это позволяет состояние здоровья застрахованного лица, или если время предоставления медицинского обслуживания превысит срок действия страхования;
- g) по требованию страховщика в письменной форме освободить поставителя медицинской помощи от обязанности сохранять конфиденциальность и в письменной форме предоставить страховщику полномочия для получения информации, которая является предметом обязательного сохранения конфиденциальности медицинскими учреждениями, коммерческими и медицинскими страховыми компаниями, Полицией ЧР и Министерством внутренних дел, и которая необходима для проведения страховщиком расследования при возникновении страхового случая.

8.4. Если недоговорное медицинское учреждение потребует от застрахованного лица оплаты затрат по страховому случаю, то застрахованное лицо обязано:

- a) принять оригиналы всех необходимых документов, и без излишнего промедления передать их партнеру страховщика или страховщику;
- b) оплатить наличными недоговорному медицинскому учреждению соразмерные и документально подтвержденные затраты.

8.5. Извещение о возникновении страхового случая, включая приложения, должно содержать следующее:

- a) точную дату, место, причину и обстоятельства возникновения страхового случая, его объем;
- b) оригинал медицинского заключения или другого документа с описанием состояния здоровья застрахованного лица, включая коды диагнозов, полный перечень проведенных медицинских

- вмешательств с описанием, кодами, побальной оценкой или с ценой и датой проведения, с названиями и количеством предписанных лекарственных препаратов, включая цены, перечень примененного медицинского расходного материала и услуг, включая цены; оригиналы документов о расходах (счетов-фактур и квитанций) об оплате затрат, с указанием суммы и предмета оплаты;
- c) копии оформленного врачом рецепта на лекарственные препараты при оказании амбулаторной помощи;
 - d) оплату затрат с указанием суммы и предмета оплаты.
- Страховщик может потребовать и другие документы, например, полицейский протокол, свидетельство о смерти и т.п.
- 8.6. Страхователь, застрахованное лицо или правомочное лицо имеют право обратиться с жалобой в отделение контроля страховщика или в банк ЧНБ/СНВ (секция регулирования и надзора над страховыми компаниями).

9. Права и обязанности страховщика

- 9.1. Страховщик имеет право снизить размер страхового возмещения в случае, если застрахованное лицо не выполнило обязанности, согласованные в договоре страхования, в частности, в случае запоздалого уведомления о страховом случае и в случае неполноты данных в извещении о возникновении страхового случая, если вследствие этого будет затруднено расследование размера ущерба.
- 9.2. Страховщик имеет право на возмещение расходов, целенаправленно израсходованных на расследование обстоятельств, о которых ему была сообщена преднамеренно неправдивая или сильно искаженная информация, или о которых была преднамеренно скрыта информация.
- 9.3. Помимо обязанностей, установленных правовыми нормами, страховщик обязан предоставить страхователю по его просьбе и за его счет соответствующую копию в случае, если произойдет потеря или уничтожение договора страхования или удостоверения застрахованного лица.

10. Вручение корреспонденции

- 10.1. Страховщик вручает корреспонденцию посредством почты или другим подходящим способом.
- 10.2. Если адресату не была вручена корреспонденция, несмотря на то, что он пребывает на месте вручения, корреспонденция будет вручена другому совершеннолетнему лицу, проживающему в той же квартире или в том же доме, занимающемуся в том же месте предпринимательской деятельностью, или работающему на том же месте работы, что и адресат, если такое лицо согласно передать корреспонденцию адресату. Если корреспонденцию невозможно вручить даже таким способом, то она будет оставлена на хранение на почте, которая отправит адресату надлежащее уведомление о том, чтобы он получил корреспонденцию. Если адресат не заберет корреспонденцию, то отправленная по почте корреспонденция считается врученной на третий рабочий день после ее отправки или на пятнадцатый рабочий день в случае отправки за рубеж. Если не установлено обратное, то будет считаться, что адресат находился по месту вручения корреспонденции. Если корреспонденция возвратится страховщику с тем, что причиной возврата является переезд адресата, то такая корреспонденция считается врученной в день ее возврата страховщику.

Специальная часть

Часть А

Страхование комплексного медицинского обслуживания иностранных граждан (в дальнейшем „КМО/КЗР“)

Статья 1 - Объяснение терминов

1. **Под комплексным медицинским обслуживанием** понимается медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу с целью сохранения его состояния здоровья, которое он имел до заключения договора страхования. Комплексное медицинское обслуживание состоит из амбулаторного и стационарного медицинского обслуживания, включая диагностическое, профилактическое, диспансерное медицинское обслуживание, а также службу скорой медицинской помощи и спасательную службу, из предоставления лекарственных препаратов и перевозки больных пациентов, и из возможной репатриации застрахованного лица или транспортировки останков застрахованного лица. Тариф КОМПЛЕКС2, кроме того, включает медицинское обслуживание, связанное с беременностью застрахованной матери, и с родами ею ребенка. Предоставление комплексного медицинского обслуживания гарантировано в сети договорных медицинских учреждений (т.е. учреждений, находящихся на территории ЧР, с которыми страховщик заключил договор о предоставлении медицинского обслуживания в связи с этим страхованием), при этом всегда максимум в объеме медицинского обслуживания, обычно оплачиваемого из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР (т.е. максимум в объеме медицинского обслуживания, которое полностью, а в случае лекарственных препаратов и частично, оплачивается из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР, и предоставление или оплата которого не связаны с решением ревизионного врача, профессиональной комиссии или другого органа медицинской страховой компании – регулирующие сборы и доплата не считаются за оплату медицинского обслуживания).

2. **Под необходимым и неотложным медицинским обслуживанием** понимается медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу или новорожденному ребенку, застрахованному в рамках тарифа КОМПЛЕКС2. Необходимое и неотложное медицинское обслуживание состоит из необходимого медицинского обслуживания, оказываемого службой скорой медицинской помощи и спасательной службой, из предписанной врачом перевозки в ближайшее подходящее по специализации медицинское учреждение, из установления диагноза и метода лечения, включая необходимое обследование, из необходимых и неотложных медицинских вмешательств, включая необходимые лекарственные препараты и медицинский расходный материал, из необходимой госпитализации на безусловно необходимое время, при этом максимум в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, оплачиваемого из всеобщего медицинского страхования в ЧР. Одновременно действует положение, что сумма страхового возмещения, предоставленная недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), не может превышать стандартную сумму оплаты из всеобщего медицинского страхования в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая была бы оплачена за такое медицинское обслуживание.

3. **Роды застрахованного лица** – это случай, который возникает при начале первого связанного с родами медицинского действия, которое не включено в медицинское обслуживание беременной пациентки.

Статья 2 – Предмет страхования

1. Предметом страхования являются затраты на медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу максимум в объеме комплексного медицинского обслуживания. Объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного лица, от места пребывания застрахованного лица, и от поставителя медицинского обслуживания, которым является договорное или недоговорное медицинское учреждение.

2. Эти затраты должны быть вызваны изменением состояния здоровья застрахованного лица или необходимостью предотвращения ухудшения состояния здоровья застрахованного лица.

Статья 3 – Застрахованные лица

1. Застрахованным лицом может стать только иностранный гражданин с хорошим состоянием здоровья.

2. Не подлежащими страхованию лицами являются лица, страдающие тяжелыми нервными заболеваниями, психическими заболеваниями, а также лица, имеющими следующие заболевания: глухота (двухсторонняя), слепота (двухсторонняя), паралич, наркотическая и алкогольная зависимость и зависимость от медицинских препаратов, цирроз печени, рак, злокачественные опухоли (карцином), туберкулез (ТВС), диализ почек, ВИЧ, СПИД.

3. С лицами, не подлежащими страхованию, не заключается договор страхования.

Статья 4 – Страховой случай

1. Под страховым случаем понимается болезнь, травма или изменение состояния здоровья застрахованного лица в сторону ухудшения, в результате которого было необходимо предоставить застрахованному лицу медицинское обслуживание или ассистентские услуги в соответствии с объемом согласованного страхования, причем у застрахованного лица возникла обязанность оплатить медицинскому учреждению затраты, израсходованные на предоставление этого медицинского обслуживания, или обязанность оплатить расходы на ассистентские услуги их поставителю.

2. Под предметом страхового возмещения понимаются необходимые и соразмерные затраты, документально подтвержденные и обоснованно израсходованные в соответствии с действующими медицинскими и правовыми нормами, в частности, на:

- a) комплексное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу договорным медицинским учреждением;
- b) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу местным недоговорным медицинским учреждением, причем только в необходимом объеме, или до достижения состояния, позволяющего осуществить перевозку застрахованного лица в договорное медицинское учреждение, или осуществить репатриацию;
- c) послеродовое медицинское обслуживание, оказанное новорожденному ребенку застрахованного лица в случае тарифа КОМПЛЕКС2;
- d) репатриацию больного застрахованного лица, которая организована партнером страховщика;
- e) репатриацию останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика.

3. Случаи, возникшие по одной причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая связь, считаются одним страховым случаем.

Статья 5 - Страховое возмещение

1. Страхование заключается в объеме комплексного медицинского обслуживания, которое предоставляется максимум в таком же объеме, что и всеобщее медицинское страхование, однако с оговоренными исключениями из страхования и с согласованными пределами страхового возмещения.

2. Страхование распространяется на:

- a) амбулаторную медицинскую помощь;

- b) пребывание в больнице в стандартной палате в течение необходимого времени, подтвержденное медицинским заключением;
 - c) перевязочный материал на основании рецепта врача;
 - d) лечебные средства, необходимые для оказания медицинской помощи, предназначенные для фиксации конечностей;
 - e) рентгеновскую диагностику;
 - f) расходы, связанные с предписанной по медицинским показаниям перевозкой в ближайшую подходящую больницу или к врачу;
 - g) неотложные операции;
 - h) лекарства, амбулаторно предписанные врачом застрахованному лицу в связи с предоставлением медицинского обслуживания, в объеме согласованного тарифа страхования, кроме исключений, приведенных в данных ОУС/ВРР, причем до суммы лимита страхового возмещения, согласованного в договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения за оплату затрат на лекарственный препарат, выписанным врачом застрахованному лицу при амбулаторном лечении, равен размеру оплаты этого лекарственного препарата из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР, который приведен в актуально действующем предписании Министерства здравоохранения ЧР (Перечень лекарственных препаратов, оплачиваемых и частично оплачиваемых из средств медицинского страхования);
 - i) диспансерное медицинское обслуживание, относящееся к заболеваниям и травмам, причина которых возникла после начала страхования;
 - j) обследование, связанное с аллергией, если речь идет о первом случае появления данного типа аллергии у застрахованного лица, включая проведение последующих необходимых аллергологических и иммунологических обследований; однако, страхование не распространяется на лекарственные и укрепляющие препараты, связанные с данным диагнозом;
 - k) если во время возникновения страхового случая действовала страховка КОМПЛЕКС2, или уже закончились сроки ожидания у тарифа КОМПЛЕКС, то будет оплачиваться вся медицинская помощь, которую получит застрахованное лицо в связи с беременностью и родами в договорном медицинском учреждении страховщика, или в другом, заранее утвержденном страховщиком медицинском учреждении;
 - l) послеродовое медицинское обслуживание, оказанное новорожденному в случае тарифа КОМПЛЕКС2 до 14-го дня его жизни;
 - m) оказание стоматологической медицинской помощи с целью устранения боли, на зубные пломбы в простом варианте исполнения;
 - n) страховщик предоставит страховое возмещение путем предоставления ассистентских услуг, а именно, путем репатриации больного застрахованного лица или останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика после утверждения лечащим врачом застрахованного лица или врачом-специалистом партнера страховщика, причем в то государство, заграничный паспорт которого имеет или имело застрахованное лицо, или в то государство, в котором застрахованное лицо имеет или имело разрешение на пребывание.
3. Страхование также распространяется на профилактическое медицинское обслуживание в следующем объеме:
- a) один раз в год для взрослого и один раз в год для детей в возрасте до 18 лет – профилактический осмотр врачом-терапевтом;
 - b) для женщин старше 15 лет 1 раз в год профилактический осмотр гинекологом;
 - c) один раз в год профилактический осмотр стоматологом;
 - d) **обязательные прививки до максимального лимита 1000 чешских крон в год.**
4. Сумма согласованного лимита страхового возмещения на один страховой случай составляет 60.000 EUR, если в договоре страхования не предусмотрено иное.

Статья 6 – Исключения из страхования

1. Страхование не распространяется на случаи, которые возникли:

- a) до оплаты страхового взноса;
- b) вне территории ЧР в связи с иным пребыванием застрахованного лица, чем пребывание с туристической целью.

2. Страховщик не обязан предоставлять страховое возмещение в следующих случаях:

- a) болезни и травмы, возникшие в связи с военными конфликтами, гражданской войной, общественными беспорядками, актами насилия, включая террористические, в которых застрахованное лицо принимало активное участие; в связи с проникающей радиацией, ядерной реакцией или радиоактивным заражением; в связи с воздействием химических или биологических видов оружия;
- b) искусственное оплодотворение, обследование и лечение бесплодия и стерильности, противозачаточные средства и связанные с этим медицинские действия, аборт, проведенный без документально подтвержденных обязательных медицинских показаний;
- c) физические процедуры, пребывание на курортах, в санаториях, в оздоровительных учреждениях, в лечебницах, в лечебных учреждениях и т.п.;

- d) косметический уход/процедуры и его последствия, хиропрактические процедуры или виды терапии, акупунктура и гомеопатия, коррекция зубов и челюсти, изготовление и ремонт протезов, ортезов, эктопротезов, диоптрических очков, контактных линз, слуховых аппаратов, инвалидных колясок с электроприводом и миоэлектрических протезов, лечение дефектов речи;
- e) обследование и лечение душевных и психических расстройств, не связанных с лечением травм или заболеваний, на которые распространяется страхование; психологическое обследование и психотерапия; лечение зависимости, включая обследование;
- f) обследование и лечение венерических заболеваний или СПИД, включая обследования на ВИЧ;
- g) проведение медицинских вмешательств вне медицинского учреждения, которые проводятся врачом или медицинской сестрой, не обладающими соответствующей квалификацией, необходимой для проведения таких вмешательств, или лечение, которое не признается ни наукой, ни медициной; а также проведение действий в медицинском учреждении, которое в обычном порядке не предоставляет такое медицинское обслуживание гражданам ЧР (например, частные клиники);
- h) реабилитация, тренировочные виды терапии и тренинг для повышения физической самостоятельности, за исключением случаев посттравматических или послеоперационных вмешательств;
- i) лечение хронической почечной недостаточности с помощью гемодиализа или перитонеального гемодиализа, лечение гемофилии и других нарушений свертываемости крови, инсулиновая терапия (за исключением сахарного диабета у застрахованных лиц в возрасте до 15 лет и предоставления первой помощи), вирусный гепатит в случае, если его диагноз был установлен в течение 6 месяцев от начала действия страхования, трансплантация органов, лечение гормоном роста, лечение врожденных дефектов и заболеваний или травм, возникшие в связи с участием в любительских спортивных соревнованиях, матчах и состязаниях в любом виде спорта, с профессиональными занятиями любыми видами спорта. Эти исключения не применяются в случае, если согласован тариф KOMPLEX+;
- j) случаи, признаки которых наступили уже до заключения договора страхования или должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю до заключения договора страхования;
- l) случаи, когда застрахованное лицо въехало в ЧР или другое государство-член Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания или медицинского вмешательства;
- m) случаи, возникшие после отказа от осмотра врачом, которого определил страховщик или его партнер;
- n) оплата лекарственных препаратов или медицинских средств, не предписанных врачом;
- o) послеродовой медицинский уход за новорожденным ребенком, родившимся у застрахованного лица в период действия страхования, в том случае, если не был согласован тариф KOMPLEX2.

Часть В

Страхование иностранных граждан в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания (в дальнейшем „ННО/NNP“)

Статья 1 - Объяснение терминов

1. Под **необходимым и неотложным медицинским обслуживанием** понимается медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу. Необходимое и неотложное медицинское обслуживание состоит из необходимого медицинского обслуживания, оказываемого службой скорой медицинской помощи и спасательной службой, из предписанной врачом перевозки в ближайшее подходящее по специализации медицинское учреждение, из установления диагноза и метода лечения, включая необходимое обследование, из необходимых и неотложных медицинских вмешательств, включая необходимые лекарственные препараты и медицинский расходный материал, из необходимой госпитализации на безусловно необходимое время, при этом максимум в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, оплачиваемого из всеобщего медицинского страхования в ЧР. Одновременно действует положение, что сумма страхового возмещения, предоставленная недоговорным медицинским учреждением в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), не может превышать стандартную сумму оплаты из всеобщего медицинского страхования в ЧР (или в другом государстве-члене Шенгенской зоны), которая была бы оплачена за такое медицинское обслуживание.

Статья 2 – Предмет страхования

1. Предметом страхования являются затраты на медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу максимум в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания. Объем страхования зависит от вида пребывания застрахованного лица.

Статья 3 – Застрахованные лица

1. Застрахованным лицом может стать только иностранный гражданин с хорошим состоянием здоровья.
2. Не подлежащими страхованию лицами являются лица, страдающие тяжелыми нервными заболеваниями, психическими заболеваниями, а также лица, имеющими следующие заболевания: глухота (двухсторонняя), слепота (двухсторонняя), паралич, наркотическая и алкогольная зависимость и зависимость от медицинских препаратов, цирроз печени, рак, злокачественные опухоли (карцином), туберкулез (ТВС), диализ почек, ВИЧ, СПИД.
3. С лицами, не подлежащими страхованию, не заключается договор страхования.

Статья 4 – Страховой случай

1. Под страховым случаем понимается острое заболевание или травма застрахованного лица, в результате которой было необходимо предоставить застрахованному лицу медицинское обслуживание или ассистентские услуги в соответствии с объемом согласованного страхования, причем у застрахованного лица возникла обязанность оплатить медицинскому учреждению затраты, израсходованные на предоставление этого медицинского обслуживания, или обязанность оплатить расходы на ассистентские услуги их поставителю.
2. Под предметом страхового возмещения понимаются необходимые и соразмерные затраты, документально подтвержденные и обоснованно израсходованные в соответствии с действующими медицинскими и правовыми нормами, в частности, на:
 - a) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу договорным медицинским учреждением;
 - b) необходимое и неотложное медицинское обслуживание, предоставленное застрахованному лицу местным недоговорным медицинским учреждением, причем только в необходимом объеме или до достижения состояния, позволяющего осуществить перевозку застрахованного лица в договорное медицинское учреждение, или осуществить его репатриацию;
 - c) репатриацию больного застрахованного лица, которая организована партнером страховщика;
 - d) репатриацию останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика.
3. Случаи, возникшие по одной причине и включающие в себя все обстоятельства и их последствия, между которыми существует причинная, временная или другая прямая связь, считаются одним страховым случаем.

Статья 5 - Страховое возмещение

1. Страхование согласовывается в объеме необходимого и неотложного медицинского обслуживания, которое предоставляется максимум в таком же объеме, что и всеобщее медицинское страхование, однако с оговоренными исключениями из страхования и согласованными пределами страхового возмещения.
2. Страхование распространяется на:
 - a) амбулаторную медицинскую помощь;
 - b) пребывание в больнице в стандартной палате в течение необходимого времени, подтвержденное медицинским заключением, т.е. на лечение, вмешательство и операции, проведение которых нельзя было отложить, учитывая состояние здоровья застрахованного лица;
 - c) перевязочный материал на основании рецепта врача;
 - d) лечебные средства, необходимые для оказания медицинской помощи, предназначенные для фиксации конечностей;
 - e) рентгеновскую диагностику;
 - f) расходы, связанные с предписанной по медицинским показаниям перевозкой в ближайшую подходящую больницу или к врачу;
 - g) неотложные операции;
 - h) лекарства, амбулаторно предписанные врачом застрахованному лицу в связи с предоставлением медицинского обслуживания, в объеме согласованного тарифа страхования, кроме исключений, приведенных в данных ОУС/VPP, причем до суммы лимита страхового возмещения, согласованного в договоре страхования. Максимальный размер страхового возмещения за оплату затрат на лекарственный препарат, выписанным врачом застрахованному лицу при амбулаторном лечении, равен размеру оплаты этого лекарственного препарата из средств всеобщего медицинского страхования в ЧР, который приведен в актуально действующем предписании Министерства здравоохранения ЧР (Перечень лекарственных препаратов, оплачиваемых и частично оплачиваемых из средств медицинского страхования);
 - i) оказание стоматологической медицинской помощи с целью устранения боли, на зубные пломбы в простом варианте исполнения;
 - j) страховщик предоставит страховое возмещение путем предоставления ассистентских услуг, а именно, путем репатриации больного застрахованного лица или останков застрахованного лица, которая организована партнером страховщика после утверждения лечащим врачом застрахованного лица или врачом-специалистом партнера страховщика, причем в то государство, заграничный паспорт которого имеет или имело застрахованное лицо, или в то государство, в котором застрахованное лицо имеет или имело разрешение на пребывание.
3. Сумма согласованного лимита страхового возмещения на один страховой случай составляет **60.000 EUR**, если в договоре страхования не предусмотрено иное.

Статья 6 – Исключения из страхования

1. Страхование не распространяется на случаи, которые возникли:

- a) до оплаты страхового взноса;
- b) вне территории ЧР в связи с иным пребыванием застрахованного лица, чем пребывание с туристической целью.

2. Страховщик не обязан предоставлять страховое возмещение в следующих случаях:

- a) болезни и травмы, возникшие в связи с военными конфликтами, гражданской войной, общественными беспорядками, актами насилия, включая террористические, в которых застрахованное лицо принимало активное участие; в связи с проникающей радиацией, ядерной реакцией или радиоактивным заражением; в связи с воздействием химических или биологических видов оружия;
- b) обследование для определения беременности, любые осложнения после 26-й недели беременности, роды, искусственное оплодотворение, обследование и лечение бесплодия и стерильности, противозачаточные средства и связанные с этим медицинские действия, аборт, проведенный без документально подтвержденных обязательных медицинских показаний, если в договоре страхования не предусмотрено иное;
- c) физические процедуры, пребывание на курортах, в санаториях, в оздоровительных учреждениях, в лечебницах, в лечебных учреждениях и т.п.;
- d) косметический уход/процедуры и его последствия, хиропрактические процедуры или виды терапии, акупунктура и гомеопатия, коррекция зубов и челюсти, изготовление и ремонт протезов, ортезов, экзопротезов, диоптрических очков, контактных линз, слуховых аппаратов, инвалидных колясок с электроприводом и миоэлектрических протезов, лечение дефектов речи;
- e) обследование и лечение душевных и психических расстройств, не связанных с лечением травм или заболеваний, на которые распространяется страхование; психологическое обследование и психотерапия; лечение зависимости, включая обследование;
- f) обследование и лечение венерических заболеваний или СПИД, включая обследования на ВИЧ;
- g) проведение медицинских вмешательств вне медицинского учреждения, которые проводятся врачом или медицинской сестрой, не обладающими соответствующей квалификацией, необходимой для проведения таких вмешательств, или лечение, которое не признается ни наукой, ни медициной; а также проведение действий в медицинском учреждении, которое в обычном порядке не предоставляет такое медицинское обслуживание гражданам ЧР (например, частные клиники);
- h) реабилитация, тренировочные виды терапии и тренинг для повышения физической самостоятельности, за исключением случаев посттравматических или послеоперационных вмешательств;
- i) лечение хронической почечной недостаточности с помощью гемодиализа или перитонеального гемодиализа, лечение гемофилии и других нарушений свертываемости крови, инсулиновая терапия (за исключением сахарного диабета у застрахованных лиц в возрасте до 15 лет и предоставления первой помощи), вирусный гепатит в случае, если его диагноз был установлен в течение 6 месяцев от начала действия страхования, трансплантация органов, лечение гормоном роста, лечение врожденных дефектов и заболеваний или травм, обнаруженных до начала действия страхования;
- j) заболевания и травмы, возникшие в связи с участием в любительских спортивных соревнованиях, матчах и состязаниях в любом виде спорта, с профессиональными занятиями любыми видами спорта. Эти исключения не применяются в том случае, если страхование заключено в рамках тарифа KOMPLEX+;
- k) случаи, признаки которых наступили уже до заключения договора страхования или должны были быть известны застрахованному лицу или страхователю до заключения договора страхования;
- l) случаи, когда застрахованное лицо въехало в ЧР или другое государство-член Шенгенской зоны с целью получения медицинского обслуживания или медицинского вмешательства;
- m) случаи, возникшие после отказа от осмотра врачом, которого определил страховщик или его партнер;
- n) оплата лекарственных препаратов или медицинских средств, не предписанных врачом;
- o) послеродовой медицинский уход за новорожденным ребенком, родившимся у застрахованного лица в период действия страхования, в том случае, если не был согласован тариф KOMPLEX2.

Настоящие общие условия страхования вступают в действие 01.01.2014.