

General insurance terms and conditions for the insurance of medical expenses for foreigners – Welcome ACUTE

Všeobecné poisťné podmienky pre poistenie liečebných nákladov pre cudzincov – Welcome ACUTE

Introductory Provisions

The insurance referred to in these General insurance terms and conditions for the insurance of medical expenses for foreigners – Welcome ACUTE (hereinafter referred to as the „GITC“) negotiated by the Insurer ERGO Poistovňa, a.s. (hereinafter referred to as the „Insurer“) is governed by the provisions of the insurance policy, these GITC and relevant provisions of the Civil Code.

Article 1. Definitions

- Insurer** is ERGO Poistovňa, a. s., Prievozská 4/C, Apollo Business Centre II, Block D, 821 08 Bratislava, Slovak Republic, Company ID No.: 35 779 012, registered in the Commercial Register of District Court Bratislava 1, Section: Sa, Insert No. 2332/B.
- Insured** is a natural person foreigner who has no permanent residence in the Slovak Republic, is referred to in the insurance policy, whose health is covered by the insurance. The insured means no person who is or is required to be insured under public health insurance pursuant to Act No. 580/2004 Coll. on Health Insurance (hereinafter referred to as the Act on Public Health Insurance).
- Foreigner** is anyone who is not a citizen of the Slovak Republic.
- Parties to the insurance contract** are the Insurer and the policyholder.
- Policyholder** is a natural person or legal entity that has entered into the insurance policy with the Insurer and is obliged to pay premiums.
- Beginning of insurance** is the moment on which the person who is covered by the insurance became the insured, the insurer obtained the right for the premium according to the concluded insurance contract and obligation to provide the insurance benefits arose in case of insured event occurrence.
- Termination of insurance** is the moment of termination of the validity of insurance according to the insurance contract.
- Insurance period** is the duration of the insurance between the day of establishment and the day of termination of the insurance agreed in the insurance contract.
- Premium** is the financial amount agreed in the insurance contract, which the policyholder is obliged to pay to the Insurer.
- Insured event** is a random event that occurred during the insurance period and the Insurer's obligation to provide insurance benefits in accordance with the concluded insurance policy and these GITC is connected thereto.
- Insurance benefits** are a financial amount paid

Úvodné ustanovenia

Pre poistenie uvedené v týchto Všeobecných poisťných podmienkach pre poistenie liečebných nákladov pre cudzincov – Welcome ACUTE (ďalej len „VPP“) dojednané poisťiteľom ERGO Poistovňa, a.s., (ďalej len „poisťiteľ“) platia ustanovenia poisťnej zmluvy, týchto VPP a príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka.

Článok 1. Vymedzenie pojmov

- Poisťiteľ** je ERGO Poistovňa, a. s., Prievozská 4/C, Apollo Business Center II, blok D, 821 08 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 779 012 zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, oddiel: Sa, vložka číslo 2332/B.
- Poistený** je fyzická osoba cudzinec, ktorý nemá trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, je uvedený v poisťnej zmluve, na ktorého zdravie sa poistenie vzťahuje. Poisteným nie je osoba, ktorá je alebo má povinnosť byť verejne zdravotne poistená podľa z. č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (ďalej len zákon o verejnom zdravotnom poistení).
- Cudzincom** je každý, kto nie je štátnym občanom Slovenskej republiky.
- Zmluvné strany** poisťnej zmluvy sú poisťiteľ a poisťník.
- Poisťník** je fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá uzatvorila s poisťiteľom poisťnú zmluvu a je povinná platiť poisťné.
- Začiatok poistenia** je okamih, ktorým sa osoba, na ktorú sa vzťahuje poistenie, stala poisteným, poisťiteľ nadobudol právo na poisťné podľa uzatvorenej poisťnej zmluvy a vznikla mu povinnosť plniť, ak nastane poisťná udalosť.
- Koniec poistenia** je okamih ukončenia platnosti poistenia podľa poisťnej zmluvy.
- Poisťná doba** je doba trvania poistenia medzi dňom začiatku poistenia a dňom konca poistenia dohodnutá v poisťnej zmluve.
- Poisťné** je finančná čiastka dohodnutá v poisťnej zmluve, ktorú je poisťník povinný uhradiť poisťiteľovi.
- Poisťná udalosť** je náhodná udalosť, ktorá nastala počas poisťnej doby a je s ňou spojený vznik povinnosti poisťiteľa poskytnúť poisťné plnenie v súlade s uzavretou poisťnou zmluvou a týmito VPP.
- Poisťné plnenie** je finančná čiastka vyplácaná poisťiteľom v súlade s poisťnou zmluvou a týmito VPP a právo naň vznikne, ak nastala poisťná udalosť.
- Poisťná suma** je výška maximálneho poisťného plnenia dohodnutá v poisťnej zmluve. Poisťná

by the Insurer in accordance with the insurance contract and these GITC and the right thereto arises where the insured event occurred.

12. **Sum insured** is the amount of maximum insurance benefits agreed in the insurance contract. Sum insured represents a limit of insurance benefits, whereby the insurance shall terminate upon the settlement of insurance benefits (even partial) in the amount of the sum insured.
13. **Insurance policy** is written evidence of the conclusion of the insurance contract. Insurance policy for the purposes of this insurance is an insurance card. Hereinafter referred to as the "insurance card".
14. **Health care provider** is a natural or legal person that has a valid license for the provision of health care in accordance with Act No. 578/2004 on Health Care Providers, Health Care Workers, Professional Organisations in Health Care, and on the amendment of certain laws (hereinafter referred to as the „Act on Health Care Providers“).
15. **Urgent health care** is health care provided to the insured in the event of a sudden change of his state of health that directly endangers his life or any vital functions, which may without express provision of health care seriously endanger his health, causes him sudden and unbearable pain or causes sudden changes of his behaviour and action, under the influence of which he directly endangers himself and his surroundings. Urgent health care includes urgent transportation of the insured to a health care facility and urgent transportation between health care facilities.
16. **Expenses of urgent health care** are expenses of urgent health care provided to the insured during the insurance period including the period referred to in Article 6 paragraph 2, second sentence.
17. **Health care** for the purpose of these GITC is a set of actions performed by healthcare operators including administering medicines, medical devices and dietetic nutritive with the aim of prolonging the life of the insured, increasing his life quality and healthy development of future generations; healthcare includes prevention, dispensarization, diagnostics, treatment, nursing care. If specially agreed in the insurance contract it also includes childbirth assistance.
18. **Costs for provided healthcare** (hereinafter "healthcare costs") are costs for healthcare provided to the insured during insurance period, which includes healthcare administration by healthcare providers, costs for medicines, medical devices and in legitimate cases when the medical condition of the insured requires it, also transport to the nearest healthcare provider or from healthcare provider and between the healthcare providers.
19. **Above standard healthcare** is healthcare provided in excess of scope of healthcare provided under public healthcare scheme, mainly difference being the additional costs borne by the public health care participant, e.g.: for medical services provided by public and private healthcare providers, admission fees in private healthcare

suma predstavuje limit poistného plnenia, pričom poskytnutím poistného plnenia (a to aj čiastkové-ho) vo výške poistnej sumy poistenie zanikne.

13. **Poistka** je písomný doklad o uzatvorení poistnej zmluvy. Poistkou pre účely tohto poistenia je preukaz poisteného. Ďalej sa uvádza len „preukaz poisteného“.
14. **Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti** je fyzická alebo právnická osoba, ktorá má platné povolenie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súlade so zákonom č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti“).
15. **Neodkladná zdravotná starostlivosť** je zdravotná starostlivosť poskytovaná poistenému pri náhlej zmene jeho zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jeho zdravie, spôsobuje mu náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jeho správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava poisteného do zdravotníckeho zariadenia a neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami.
16. **Náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť** sú náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistenému počas poistnej doby vrátane obdobia uvedeného v článku 7 ods. 2 druhá veta.
17. **Zdravotná starostlivosť** je pre účely týchto VPP súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane podávania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života poisteného, zvýšenia kvality jeho života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispensarizáciu, diagnostiku, liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť. Ak je v poistnej zmluve osobitne dojednané, zahŕňa aj pôrodnú asistenciu.
18. **Náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť** (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“) sú náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistenému počas poistnej doby, ktorá zahŕňa zdravotné výkony poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, náklady na lieky, zdravotnícke pomôcky a v opodstatnených prípadoch, kedy si to vyžaduje zdravotný stav poisteného, aj náklady na prepravu k najbližšiemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti resp. od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.
19. **Nadštandardná zdravotná starostlivosť** je zdravotná starostlivosť poskytovaná nad rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej vo verejnom zdravotnom poistení, hlavným rozdielom sú dodatočné náklady, aké znáša účastník verejného zdravotného poistenia, napr.: za zdravotnícke služby poskytované verejnými a súkromnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, vstupné poplatky do súkromných zdravotníckych zariadení.

facilities, fees for time management, costs of above standard materials.

20. **Injury** is an event independent of the will of the insured that by an unexpected, sudden and sustained effect of external forces or external influences, with the exception of the effect of microbial poisons and immunotoxic substances caused objectively ascertainable harm to the health or death of the insured.
21. **Acute illness** is a sudden disorder of health of the insured, which occurred during the insurance period and which by its nature directly endangers the life or health of the insured independently of his will, and requires urgent health care. Acute illness is not such disorder of health, the treatment of which had already begun before the beginning of the insurance or that manifested itself before the beginning of insurance, even if not being medically examined or treated.
22. **Disease** is for the purpose of these GITC such health disorder of the insured which evidently negatively influences performance of human organism, or such influences may be expected, if it is stated in the International statistical classification of diseases and related health problems issued by the World Health organization.
23. **Serious disease** is a disease which could endanger public health, or a disease and disorder which could endanger public order in a serious manner.
24. **Medical documentation** is a set of health data of the insured, of health care and of services related to the provision of health care to the insured.
25. **Medical regimen** is a regimen of the insured for support of the treatment, which is determined by the attending physician.
26. **Home country** is the country where the insured is a citizen. In the case of dual and multiple citizenship of the insured, the home country is each of these countries.
27. **The Schengen Area** is the territory of the following countries: Belgium, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Greece, Netherlands, Lithuania, Latvia, Luxembourg, Malta, Hungary, Germany, Poland, Portugal, Austria, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Italy, Iceland, Norway, Lichtenstein, Switzerland.
28. **Minimum entry age of insured** is 11 days of age.
29. **Maximum entry age of insured** is 69 years of age.
30. **Pre-Existing Conditions** mean health condition of the insured that demonstrated its symptoms or was diagnosed, treated or medically documented before the day of beginning of insurance.
31. **Medically Vital** means treatments, services and products (medicines, medical material and (prescriptions) associated with healthcare provision that are:
 - a) vital to meet the fundamental needs of the Insured's health;
 - b) provided in the medically most suitable manner and using the type of facility suitable for the provision of healthcare services, taking into account healthcare cost and quality;
 - c) consistent with scientifically proven procedures of medical or research organizations or health poplatky za časový manažment, náklady na nadštandardné materiály.
20. **Úraz** je udalosť nezávislá od vôle poisteného, ktorá neočakávaným, náhlym a neprerušeným pôsobením vonkajších síl alebo vonkajších vplyvov, s výnimkou pôsobenia mikrobiálnych jedov a imunotoxických látok, spôsobila objektívne zistiteľné poškodenie zdravia alebo úmrtie poisteného.
21. **Akútne ochorenie** je náhla porucha zdravia poisteného, ktorá vznikla priebehom trvania poistenia, a ktorá svojím charakterom priamo ohrozuje život alebo zdravie poisteného nezávisle od jeho vôle a vyžaduje si poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Akútnym ochorením nie je taká porucha zdravia, ktorej liečenie sa začalo už pred začiatkom poistenia, alebo ktorá sa prejavila už pred začiatkom poistenia, aj keď nebola lekárske vyšetrená alebo liečená.
22. **Choroba** je pre účely týchto VPP porucha zdravia poisteného, ktorá zreteľne negatívne ovplyvňuje výkonnosť organizmu, prípadne sa môžu takéto ovplyvnenia očakávať, ak je uvedená v Medzinárodnej štatistickej klasifikácii chorôb a príbuzných zdravotných problémov, ktorú vydala Svetová zdravotnícka organizácia.
23. **Závažná choroba** je choroba, ktorá by mohla ohroziť verejné zdravie, alebo choroba a postihnutie, ktoré by mohlo závažným spôsobom ohroziť verejný poriadok.
24. **Zdravotná dokumentácia** je súbor údajov o zdravotnom stave poisteného, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poistenému.
25. **Liečebný režim** je životospráva poisteného na podporu liečby, ktorú určuje ošetrojúci lekár.
26. **Domovský štát** je štát, ktorého je poistený štátnym občanom. V prípade dvojitého a viacnásobného občianstva poisteného je domovským štátom každý z týchto štátov.
27. **Schengenský priestor** predstavuje územie nasledovných štátov: Belgicko, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Malta, Maďarsko, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Slovensko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko, Taliansko, Island, Nórsko, Lichtenštajnsko, Švajčiarsko.
28. **Minimálny vstupný vek poisteného** je 11 dní života.
29. **Maximálny vstupný vek poisteného** je 69 rokov života.
30. **Preexistujúce okolnosti** znamenajú zdravotný stav poisteného, ktorého príznaky sa prejavili, alebo ktorý bol diagnostikovaný, liečený alebo zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pred dňom začiatku poistenia.
31. **Nevyhnutné z lekárskeho hľadiska** sú liečba, služby a produkty (liečivá, zdravotnícky materiál a lekárske predpisy) súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré:
 - a) sú potrebné na to, aby splnili základné potreby zdravia poisteného,
 - b) sa poskytujú lekárske najvhodnejším spôsobom a typom zariadenia vhodným na poskytovanie zdravotníckych služieb, berúc do úvahy náklady

- insurers or national executive authorities in terms of the treatment type, frequency and duration, as accepted by the Insurer;
- d) consistent with the health condition or Illness of the Insured;
 - e) required due to reasons other than the Insured's or his/her Physician's comfort and, at the same time
 - f) proven by the regular medical literature to be:
 - a. safe and effective to treat or diagnose health conditions or Illness for which they have been designed, or
 - b. safe with the promise of effect:
 - i. of the treatment of a life threatening condition or Illness,
 - ii. in a clinically controlled research environment (biomedical research)
- 32. Outpatient healthcare** is provided to a person, whose health condition does not require continuous healthcare provision for more than 24 hours.
- 33. Hospitalization** is provision of inpatient healthcare in a hospital to the insured within duration of the insurance, while such hospitalization of the insured is medically vital as a consequence of injury or illness of the insured and which lasts for at least 4 hours. Medically vital hospitalization as a consequence of injury or illness means treatment of the insured, which has to be performed in an inpatient department of a hospital due to the character and severity of the diagnosis and the character of treatment.
- 34. One-day health care** is provision of healthcare in hospitals or one-day health care facilities in cases in which it is not possible to provide treatment of the insured on an outpatient basis, but at the same time his health condition does not require hospitalization in a hospital for more than 24-hours. As a general rule surgical procedures under local or general anaesthesia with required consecutive monitoring for a necessary time period not exceeding 24-hours are performed during one-day health care.
- 35. Hospital** is a public or private healthcare facility with inpatient department with expert medical management and 24-hour services of qualified medical staff, disposing with suitable medical equipment, necessary for determining diagnoses and for treatment of patients in its premises or on a contractual basis in an accessible facility, which secures medical treatment of admitted ill or injured persons and which is licensed for the provision of medical practice. For the purpose of this insurance following institutions are not considered to be healthcare facilities: spas, sanatoriums, rehab facilities, post-treatment facilities, social care institutions, retirement homes, long-term treatment sanatoriums, nursing, convalescent and geriatric units of a healthcare facility, tuberculosis and respiratory diseases sanatoriums, sickbays of military units, as well as other departments, the main aim of which is supervision and nursing of old, helpless or long-term ill patients and disabled persons
- 36. Mean of distance communication** is a mean
- a kvalitu starostlivosti,
 - c) sú zhodné, čo sa týka typu, frekvencie a trvania liečby s vedecky doloženými postupmi lekárskeho, výskumných organizácií alebo zdravotných poisťovní alebo štátnych výkonných orgánov, ktoré poisťiteľ akceptuje,
 - d) sú konzistentné so zdravotným stavom alebo ochorením poisteného,
 - e) sa požadujú z iných dôvodov ako pohodlie poisteného alebo jeho lekára a zároveň
 - f) sú preukázané v bežnej lekárskej literatúre ako:
 - a. bezpečné a účinné na liečbu alebo diagnostiku zdravotného stavu alebo choroby, na ktoré je ich použitie navrhnuté alebo
 - b. bezpečné a s prísľubom účinnosti:
 - i. na liečbu život ohrozujúceho stavu alebo choroby,
 - ii. v klinicky kontrolovanom výskumnom prostredí (biomedicínsky výskum).
- 32. Ambulantná zdravotná starostlivosť** sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
- 33. Hospitalizácia** je poskytnutie lôžkovej zdravotnej starostlivosti v nemocnici poistenému v priebehu trvania poistenia, pričom táto hospitalizácia poisteného je nevyhnutná z lekárskeho hľadiska v dôsledku úrazu alebo choroby poisteného, a ktorá trvá minimálne 24 hodín. Hospitalizáciou z lekárskeho hľadiska nevyhnutnou v dôsledku úrazu alebo choroby sa rozumie ošetrovanie poisteného, ktoré musí byť uskutočnené v lôžkovej časti nemocnice vzhľadom k charakteru a závažnosti diagnózy a charakteru ošetrovania.
- 34. Jednodňová zdravotná starostlivosť** je poskytnutie zdravotnej starostlivosti v nemocniciach, alebo v zariadeniach na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, a to v prípadoch, v ktorých nie je možné vykonať liečbu poisteného ambulantne, ale zároveň si jeho zdravotný stav nevyžaduje hospitalizáciu v nemocnici dlhšiu ako 24 hodín. Počas jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa spravidla vykonávajú operačné výkony v lokálnej alebo celkovej anestézii s potrebným následným sledovaním nepresahujúcim 24 hodín.
- 35. Nemocnica** je štátne alebo súkromné zdravotnícke zariadenie s lôžkovým oddelením s odborným lekárske vedením a 24 hodinovými službami kvalifikovaného zdravotníckeho personálu, disponujúce vhodným lekárske vybavením, nevyhnutným na určovanie diagnóz a liečenie pacientov vo svojom areáli alebo na zmluvnom základe v dostupnom zariadení, ktoré zabezpečuje lekárske ošetrovanie ním prijatých chorých alebo zranených, a ktoré má licenciu vykonávať lekársku prax. Za zdravotnícke zariadenie sa nepovažujú pre účely tohto poistenia kúpeľné liečebne, zotavovne, rehabilitačné zariadenia, doliečovacie zariadenia, ústavy sociálnej starostlivosti, domovy dôchodcov, liečebne pre dlhodobu chorých, ošetrovatel'ské, rekonvalescenčné a geriatrické jednotky zdravotníckeho zariadenia, liečebne tuberkulózy a respiračných chorôb, ošetrovne vojenského

enabling to providing insurance by a distant contract, without simultaneous physical contact of the applicant and the insurer, especially e-mail, phone, smartphone, internet, fax, SMS and so on.

37. Applicant is a person who has an interest in concluding an insurance contract with the insurer in accordance with these GITC by means of distance communication.

38. Assistance company is a legal entity appointed by the insurer in writing for the administration and handling of the insured events.

Article 2. Subject and territorial validity

1. The subject of this insurance are the expenses of Medically vital health care in the scope specified in the insurance contract, these GITC and Act on Scope of Health Care provided to the insured by the health care provider in the Schengen Area during the insurance period demonstrably incurred exclusively in connection with his/her disease or injury in the scope of urgent health care.
2. Insurance does not cover medical expenses incurred in the home country of the insured and in the countries where the insured participates in the public health insurance scheme or where they are entitled to free health care. The insurance does not apply to a person who is obliged or in the course of insurance will become obliged to be a participant of the public health insurance scheme in accordance with the provisions of the Act on Public Health Insurance.

Article 3. Scope of insurance and entry conditions

1. Scope of insurance is determined by insurance package agreed in the insurance contract. The insurer provides insurance package ACUTE: urgent health care as defined in these GITC, provided to the insured in Schengen Area, in case of insurance event of change of the health status of the insured caused by injury or acute disease that occurred during the insurance period and that directly endangers the life and health of the insured and requires the provision of urgent health care. For this insurance package the provisions related to deferred period pursuant these GITC do not apply.
2. Pursuant these GITC the insurance shall not commence for uninsurable persons who are or were diagnosed with at least one of following conditions:
 - a) severe neurological disorders – disorders connected with severe physical limitations (limitations of daily vital and working activities). This concerns mainly stages of multiple sclerosis, amyotrophic lateral sclerosis (ALS), Parkinson's disease, conditions after brain stroke with limitation of locomotion functions, epilepsy, tumours of central nervous system, polyneuropathy with limitation of locomotion functions, brain or spine injuries with limitation of locomotion functions, seizures of unconsciousness and vertigo;
 - a) mental diseases - depression, maniodepressive

útvary ako aj iné oddelenia, ktorých hlavným cieľom je dozor a opatrovanie starých, bezvládných a dlhodobo chorých pacientov a invalidov.

36. Prostriedok diaľkovej komunikácie je prostriedok, ktorý bez súčasného fyzického kontaktu záujemcu a poisťiteľa možno použiť pri poskytovaní poistenia na diaľku, najmä elektronická pošta, telefón, smartphone, internet, fax, sms a pod.

37. Záujemca je osoba, ktorá má záujem o uzatvorenie poisťnej zmluvy podľa týchto VPP s poisťiteľom prostredníctvom prostriedkov diaľkovej komunikácie.

38. Asistenčná spoločnosť je právnická osoba písomne určená poisťiteľom na administráciu a vybavovanie poisťných udalostí.

Článok 2. Predmet a územná platnosť poistenia

1. Predmetom tohto poistenia sú náklady na z lekárskeho hľadiska nevyhnutnú neodkladnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu stanovenom v poisťnej zmluve, v týchto VPP a v zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti, poskytnutú poistenému poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na území štátov Schengenského priestoru počas poisťnej doby preukázateľne vynaložené výhradne v súvislosti s jeho akútnym ochorením alebo úrazom.
2. Poistenie sa nevzťahuje na liečebné náklady vzniknuté na území domovského štátu poisteného a v štátoch, v ktorých je poistený účastníkom verejného zdravotného poistenia alebo kde má nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Poistenie sa nevzťahuje na osobu, ktorá má povinnosť alebo jej v priebehu poistenia vznikne povinnosť byť účastníkom verejného zdravotného poistenia v súlade s ustanoveniami zákona o verejnom zdravotnom poistení.

Článok 3. Rozsah poistenia a podmienky vstupu do poistenia

1. Rozsah poistenia je vymedzený poisťným balíkom dojednaným v poisťnej zmluve. Poisťiteľ poskytuje poisťný balík ACUTE: neodkladná zdravotná starostlivosť ako je definovaná v týchto VPP, poskytnutá poistenému na území štátov Schengenského priestoru, v prípade poisťnej udalosti, ktorou je zmena zdravotného stavu poisteného spôsobená úrazom alebo akútnou chorobou, ktoré nastali počas poisťnej doby, a ktoré priamo ohrozujú život a zdravie poisteného a vyžadujú si poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
2. Podľa týchto VPP poistenie nenadobudne platnosť pre nepoisťiteľné osoby, u ktorých bolo diagnostikované najmenej jedno z nasledovných ochorení alebo porúch:
 - a) ťažké nervové poruchy – poškodenia, ktoré sú spojené so závažnými telesnými obmedzeniami (obmedzenia denných životných a pracovných činností). Jedná sa predovšetkým o štádiá roztrúsenej sklerózy, amyotrofickéj laterálnej sklerózy (ALS), Parkinsonovej choroby, stavy po mozgovej mŕtvici s obmedzením pohybových

psychosis, schizophrenic and paranoia disorders, Alzheimer disease and other forms of dementia, psycho-organic syndrome, Down's syndrome, hydrocephalus;

- a) paralysis, drug, alcohol and medication abuse, liver cirrhosis, cancer, malignancies, tuberculosis, kidney dialysis, HIV infection, AIDS.

Article 4. Insurance contract, policy

1. According to these GITC it is possible to conclude the insurance contract in writing or by means of distance communication.
2. An integral part of the insurance contract are its annexes, these GITC and any eventual written questions of the Insurer concerning the insurance being negotiated and the responses thereto. Insured and the policyholder if different from the insured also the policyholder is responsible to answer all written questions of insurer upon concluding of the insurance or its changes truthfully and completely; this concerns particularly the responses of the insured about their health condition.
3. The Insurer shall issue to the policyholder an insurance card as written confirmation of the insurance policy.
4. If the insured loses or destroys the insurance card, the Insurer shall issue to the policyholder or the insured at their request a duplicate of the insurance card.
- 5.

Article 5. Conclusion of the insurance contract

1. In case of conclusion of the insurance contract in written form the insurance contract is concluded by written acceptance of the proposal by last party of the insurance contract.
2. In the event of conclusion of insurance contract through means of distance communication, the written form of acts for conclusion of the contract is not required. Amendment or termination of the insurance contract requires written form.
3. The insurance contract may be concluded also through an authorized representative who is obliged to submit with the proposal of the insurance contract a written power of attorney of the policyholder and the insured, if different from the insured with their officially verified signature. The power of attorney pursuant to the previous sentence may not be older than three months.
4. Proposal to conclude insurance contract is submitted by the applicant to the insurer, based on data submitted to the insurer by applicant through means of distance communication. To submit the proposal it is required for the applicant to state following data:
 - a) required insurance coverage, in terms of insurance package offered by the insurer under these GITC,
 - b) insured person information (name and surname, birth registration number, residential address, email address, phone number)

schopností, epilepsiu, nádory centrálného nervového systému, polyneuropatiu s obmedzením pohybových schopností, poranenia mozgu alebo miechy s obmedzením pohybových schopností, záchvaty bezvedomia a zrávatov;

- b) duševné choroby - napr. depresia, maniodepresívna psychóza, schizofrenické a paranoidné poruchy, Alzheimerova choroba a iné formy demencie, psychoorganický syndróm, Downov syndróm, hydrocefalus;
- c) ochrnutie, drogová, alkoholová a lieková závislosť, cirhóza pečene, rakovina, zhubné nádory, tuberkulóza, dialýza obličiek, infekcia HIV, AIDS.

Článok 4. Poistná zmluva, poisťka

1. Poistnú zmluvu podľa týchto VPP je možné uzatvoriť v písomnej podobe alebo prostredníctvom prostriedkov diaľkovej komunikácie.
2. Neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy sú jej prílohy, tieto VPP a prípadné písomné otázky poisťiteľa týkajúce sa dojednávaneho poistenia ako aj odpovede na ne. Poistený a poisťník, pokiaľ poisťník nie je tá istá osoba ako poistený, je zodpovedný za pravdivé a úplné zodpovedanie všetkých písomných otázok poisťiteľa pri dojednávaní poistenia ako aj pri jeho zmene; to sa týka najmä odpovedí o zdravotnom stave poisteného.
3. Poisťiteľ vydá poisťníkovi preukaz poisteného ako písomné potvrdenie o uzatvorení poisťnej zmluvy.
4. Ak poistený stratí alebo zničí preukaz poisteného, poisťiteľ vydá poisťníkovi alebo poistenému na jeho žiadosť druhopis preukazu poisteného.

Článok 5. Uzavretie poisťnej zmluvy

1. V prípade uzavretia poisťnej zmluvy v písomnej podobe je poistná zmluva uzavretá prijatím návrhu poisťnej zmluvy, a to podpísaním poslednou zo zmluvných strán.
2. V prípade uzavretia poisťnej zmluvy prostredníctvom prostriedkov diaľkovej komunikácie sa nevyžaduje písomná forma úkonov smerujúcich k uzavretiu poisťnej zmluvy. Pre právne úkony spočívajúce v zmene alebo ukončení poisťnej zmluvy sa písomná forma týchto úkonov vyžaduje.
3. Poistnú zmluvu je možné uzavrieť aj prostredníctvom splnomocneného zástupcu, ktorý je povinný k návrhu poisťnej zmluvy predložiť písomné plnomocnenstvo poisťníka s jeho úradne overeným podpisom. Plnomocnenstvo podľa predchádzajúcej vety nemôže byť staršie ako tri mesiace.
4. Návrh na uzavretie zmluvy predkladá záujemcovi poisťiteľ, a to na základe údajov predložených poisťiteľovi záujemcom prostredníctvom prostriedkov diaľkovej komunikácie. Na predloženie návrhu je potrebné, aby záujemca uviedol nasledovné údaje:
 - a) o požadovanom rozsahu poistenia v zmysle poisťiteľom ponúkaného balíka poistenia podľa týchto VPP,
 - b) údaje o poistenom (meno a priezvisko, rodné

5. In the case of conclusion of the insurance contracts through the Internet - online form - the insurer's proposal appears in the web browser window. The validity of the proposal is limited by the time the proposal is displayed in a web browser and by the time of display of operations related to the payment of premium. The proposal expires by closing the internet browser window, Internet connection termination or expiry of the time limit for a response [Connection Timeout].
 6. In the case of insurance contract conclusion via e-mail, the validity of insurer's proposal is limited until the day before the proposed insurance begin date, but not more than thirty calendar days.
 7. Insurer's proposal can be accepted by a cashless payment of the premium in the amount specified in the insurance contract proposal. In such case, the insurance contract is concluded in the moment of payment of the full amount of premium. In the case of partial payment of premium the insurance contract is deemed as not concluded.
5. číslo, adresu pobytu, e-mailovú adresu, telefónne číslo)
 5. Prípade uzatvárania poisťnej zmluvy prostredníctvom internetu – online formuláru – sa návrh poisťiteľa zobrazí v okne internetového prehliadača. Platnosť návrhu je obmedzená dobou zobrazenia návrhu v internetovom prehliadači a po dobu zobrazenia operácií súvisiacich so zaplatením poisťného. Platnosť návrhu zaniká zatvorením okna internetového prehliadača, ukončením internetového pripojenia alebo uplynutím časového limitu na odozvu [connection timeout].
 6. Prípade uzatvárania poisťnej zmluvy prostredníctvom e-mailu je platnosť návrhu poisťiteľa obmedzená do dňa predchádzajúceho dňu navrhovaného začiatku poistenia, najviac však tridsať kalendárnych dní.
 7. Návrh poisťiteľa je možné akceptovať bezhotovostným zaplatením poisťného vo výške uvedenej v návrhu poisťnej zmluvy. Poisťná zmluva je v takom prípade uzatvorená okamihom zaplatenia poisťného v celej výške. V prípade zaplatenia iba časti poisťného k uzatvoreniu poisťnej zmluvy nedôjde.

Article 6. Beginning of insurance

1. The insurance begins on 00:00 of the day given in the insurance card as the insurance begin date provided the condition full premium is paid till this time.
2. The insurance shall not come into existence.

Article 7. Insurance period, end and termination of insurance

1. The insurance period is precisely determined in the insurance card by the day of the beginning and the day of end of the insurance. The insurance period for package ACUTE can be agreed for 1, 2, 3, 6 or 12 months.
2. The end of the insurance is set at 24:00 on the day that in the insurance card is referred to as the end of the insurance, unless the circumstances with which the GITC or the insurance policy link termination of the insurance has already occurred earlier. If the urgent health care cannot be completed as of the end of the insurance and continues even after the termination of the insurance, the Insurer provides insurance benefits until the moment of completion of the urgent health care, however, until the 28th day of the day agreed as the end of the insurance at the latest.
3. The insurance, besides the case pursuant to paragraph 2 of this Article, shall terminate:
 - a) upon the death of the insured,
 - b) due to the arising of the obligation of the insured to be insured in public health insurance under the Act on Public Health Insurance. In this case the insurance terminates on the day preceding the day of beginning of the public health insurance,
 - c) by the provision of insurance benefits in the total amount of the sum insured. In that case the insurance terminates as of the day of the settlement of insurance benefits pursuant to the previous sentence,
 - d) by an agreement,

Článok 6. Vznik a začiatok poistenia

1. Poistenie začína o 00:00 hod. dňa uvedeného v preukaze poisteného ako deň začiatku poistenia za podmienky uhradenia celého poisťného do tohto času.
2. Poistenie nevznikne pred dňom zaplatenia poisťného.

Článok 7. Poisťná doba, koniec a zánik poistenia

1. Poisťná doba je presne vymedzená v preukaze poisteného dňom začiatku a dňom konca poistenia. Poisťná doba pre balík ACUTE môže byť dohodnutá na 1, 2, 3, 6 alebo 12 mesiacov.
2. Koniec poistenia je stanovený na 24:00 hod. dňa, ktorý je v preukaze poisteného uvedený ako koniec poistenia, pokiaľ už skôr nenastala skutočnosť, s ktorou VPP alebo poisťná zmluva spájajú zánik poistenia. Ak neodkladná zdravotná starostlivosť nemôže byť ukončená ku koncu poistenia a pokračuje i po skončení poistenia, poskytuje poisťiteľ poisťné plnenie do momentu ukončenia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, maximálne však do 28. dňa odo dňa dojednaného ako koniec poistenia.
3. Poistenie okrem prípadu podľa ods. 2 tohto článku zaniká:
 - a) smrťou poisteného,
 - b) z dôvodu vzniku povinnosti poisteného byť verejne zdravotne poistený podľa zákona o verejnom zdravotnom poistení. V takom prípade poistenie zanikne v deň predchádzajúci dňu vzniku verejného zdravotného poistenia,
 - c) poskytnutím poisťného plnenia v celkovej výške poisťnej sumy. V takom prípade poistenie zaniká ku dňu poskytnutia poisťného plnenia podľa predchádzajúcej vety,
 - d) dohodou,

- e) by termination notice of the Insurer and/or the policyholder delivered to the other party within two months from the day of conclusion of the insurance contract. The notice period in this case is eight days and the insurance shall cease to exist upon its expiry,
 - f) by withdrawal of the policyholder within 30 days from the day of conclusion of the insurance contract at the latest. Any manifestation of the policyholder made in this period and seeking cancellation of the insurance contract is considered withdrawal from the insurance contract,
 - g) by withdrawal of the Insurer from the insurance contract due to false or incomplete answering of the questions by the insured or the policyholder when concluding the insurance policy, provided the Insurer,
 - h) if such questions had been answered truly, would not have concluded the insurance contract. The Insurer may withdraw from the insurance contract within three months from the time of discovery of such fact,
 - i) by the refusal of insurance benefits for wilful breach of the obligation to truthfully and completely answer the questions of the Insurer. The insurance dissolves on the day of refusal of the benefit payment.
4. In case of conclusion of insurance contract through means of distance communication the policyholder is entitled to withdraw in writing from the contract in a time period of 14 days from the contract conclusion. The withdrawal period shall be deemed observed if notice of withdrawal has been sent to the address of the insurer latest on the last day of the period in writing. In case of insurance contract termination pursuant to this paragraph, the insurance contract shall terminate upon the delivery date of withdrawal to the insurer. The insurer is entitled to a premium for the period until the termination of insurance; the remaining portion of premium shall be returned to the policyholder.
 5. If as a result of the termination of the insurance before the end of the insurance period (except the cases pursuant to paragraph 3 points a) and c)) the policyholder becomes entitled to a refund of premium or a part of premium (unearned premium), the Insurer is entitled to deduct from the premium or unearned premium costs of insurance administration in the amount of 15% of the premium or unearned premium. The Insurer shall return to the policyholder the premium or unearned premium within 30 days after the fulfilment of the obligations of the policyholder under the provision of Article 14 paragraph 12 of the GITC.
 6. In the case of the termination pursuant to the provision of paragraph 3 point g) of this Article, the policyholder and/or the insured is obliged to return to the Insurer the already paid insurance benefits.
- e) výpoveďou poisťiteľa a/alebo poisťníka doručenou druhej zmluvnej strane v lehote dvoch mesiacov odo dňa uzavretia poisťnej zmluvy. Výpovedná lehota je v takomto prípade osemdenná a jej uplynutím poistenie zanikne,
 - f) odstúpením poisťníka v lehote najneskôr 30 dní odo dňa uzavretia poisťnej zmluvy. Akýkoľvek prejav poisťníka urobený v tejto lehote a smerujúci k zrušeniu poisťnej zmluvy sa považuje za odstúpenie od poisťnej zmluvy,
 - g) odstúpením poisťiteľa od poisťnej zmluvy z dôvodu nepravdivého alebo neúplného zodpovedania otázok poisteným resp. poisťníkom pri dojednávani poisťnej zmluvy, v prípade, ak by poisťiteľ pri ich pravdivom zodpovedaní poisťnú zmluvu neuzavrel. Poisťiteľ môže od poisťnej zmluvy odstúpiť v lehote troch mesiacov od okamihu, kedy takúto skutočnosť zistil,
 - h) odmietnutím poisťného plnenia pre vedomé porušenie povinnosti pravdivo a úplne odpovedať na otázky poisťiteľa. Poistenie zanikne ku dňu odmietnutia poisťného plnenia.
4. V prípade uzavretia poisťnej zmluvy prostredníctvom prostriedkov diaľkovej komunikácie, má poisťník právo do 14 kalendárnych dní od uzavretia poisťnej zmluvy písomne odstúpiť od poisťnej zmluvy. Lehota na odstúpenie sa považuje za dodržanú, ak oznámenie o odstúpení od poisťnej zmluvy bolo odoslané na adresu sídla poisťiteľa najneskôr v posledný deň tejto lehoty v listinnej podobe. V prípade odstúpenia od poisťnej zmluvy podľa tohto odseku zaniká poisťná zmluva uplynutím dňa, v ktorý bolo odstúpenie od poisťnej zmluvy doručené poisťiteľovi. Poisťiteľ má právo na poisťné za dobu do zániku poistenia; zostávajúcu časť poisťného poisťiteľ vráti poisťníkovi.
 5. Ak v dôsledku zániku poistenia pred uplynutím poisťnej doby (okrem prípadov podľa ods. 3 písm. a) a c)), vznikne poisťníkovi nárok na vrátenie poisťného alebo časti poisťného (nespotrebované poisťné), poisťiteľ je oprávnený odpočítať od poisťného alebo nespotrebovaného poisťného náklady na správu poistenia vo výške 15 % z poisťného alebo nespotrebovaného poisťného. Poisťiteľ vráti poisťníkovi poisťné alebo nespotrebované poisťné v lehote 30 dní po splnení si povinnosti poisťníka podľa ustanovenia čl. 14 ods. 12 týchto VPP.
 6. V prípade zániku podľa ustanovenia ods. 3 písm. g) tohto článku je poisťník a/alebo poistený povinný vrátiť poisťiteľovi už vyplatené poisťné plnenie.

Článok 8 Zmena poistenia

1. Zmluvné strany sa môžu písomne dohodnúť na zmene podmienok poistenia. Žiadosť o akúkoľvek zmenu v poisťnej zmluve musí mať písomnú formu a musí byť poisťiteľovi doručená.
2. Zmeny poistenia sú účinné počnúc kalendárnym dňom, na ktorom sa zmluvné strany dohodnú, avšak najskôr odo dňa nasledujúceho po uzatvorení

Article 8 Change in the insurance

1. The parties may agree in writing on changes in the terms and conditions of the insurance. Request for

- any change in the insurance contract must be in writing and must be delivered to the Insurer.
- Changes to the insurance are effective from the calendar day agreed by the parties, however, from the day following the conclusion of a written agreement on this change in a form of amendment to the insurance contract at the earliest.
 - If the parties agree to change the already negotiated insurance, the Insurer is obliged to provide the benefit payment from the amended insurance only in regard to the insured events occurring after the effective date of the agreement on change in the insurance.

Article 9 Premium

- The amount of premium is determined according to the rates set by the Insurer according to mathematical statistical methods and on the grounds of the data referred to in the insurance contract; the amount of premium is specified in the insurance contract.
- The policyholder is obliged to pay the premium as a single premium in a lump sum for the whole insurance period on the day before the day specified in the proposal to conclude the insurance contract as the anticipated date of beginning of insurance at the latest.
- The Insurer is entitled to premiums from the beginning of the insurance until termination of the insurance.
- The premium is considered to be paid:
 - in case of payment via bank or branch of a foreign as of the date when the sum of premium is credited to the insurers' account in whole. The policyholder is responsible for correct stating of the insurer's account number and variable symbol while executing the premium payment
 - in the moment of delivery of financial institution confirmation to the insurer on successful completion of the transactions related to payment of the premium in full. Should, despite confirmation of financial institution about successful execution of the payment, the premium not be credited insurers account, it does not affect the validity of the insurance contract, however the insurer has the right to require from the policyholder additional payment of premium. If a financial institution sends the information to the insurer that the transaction has not taken place, the insurance contract is considered not to be concluded.

Article 10. Insured event

- Insured event is providing of urgent healthcare by the healthcare provider in the Schengen area, which occurred during the insurance period after expiry of the deferred period as pursuant these GITC in case of change of the health status of the insured caused by injury or acute disease that occurred during the insurance period and that directly endangers the life and health of the insured and requires the provision of urgent health

pisomnej dohody o tejto zmene formou dodatku k poistnej zmluve.

- Ak sa zmluvné strany dohodnú na zmene už dojednaného poistenia, je poistiteľ povinný plniť zo zmeneného poistenia až z poistných udalostí, ktoré nastanú po dátume účinnosti dohody o zmene poistenia.

Článok 9 Poistné

- Výška poistného sa určuje podľa sadzieb stanovených poistiteľom podľa matematicko-statistických metód a na základe údajov uvedených v poistnej zmluve; výška poistného je uvedená v poistnej zmluve.
- Poistník je povinný platiť poistné ako jednorazové poistné jednou sumou za celú poistnú dobu najneskôr deň pred dňom uvedeným v návrhu na uzavretie poistnej zmluvy ako predpokladaný deň začiatku poistenia.
- Poistiteľ má právo na poistné od začiatku poistenia do konca poistenia.
- Poistné sa považuje za zaplatené:
 - v prípade platby prostredníctvom banky alebo pobočky zahraničnej banky pripísaním finančných prostriedkov na účet poistiteľa. Poistník zodpovedá za správne uvedenie čísla účtu poistiteľa a variabilného symbolu pri realizovaní platby poistného,
 - okamihom doručenia potvrdenia finančnej inštitúcie poistiteľovi o úspešnej realizácii transakcie týkajúcej sa zaplata poistného v celej výške. Ak dôjde k situácii, že napriek potvrdeniu finančnej inštitúcie o úspešnej realizácii platobnej operácie nedôjde k pripísaniu poistného v prospech účtu poistiteľa, nemá to vplyv na platnosť poistnej zmluvy, poistiteľ má však právo požadovať od poistníka dodatočné zaplata poistného. Ak finančná inštitúcia odošle poistiteľovi informáciu o tom, že transakcia sa neuskutočnila, poistná zmluva sa považuje za neuzavretú.

Článok 10. Poistná udalosť

- Poistnou udalosťou je poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na území Schengenského priestoru, ktoré nastalo počas poistnej doby podľa týchto VPP pri zmene zdravotného stavu poisteného spôsobenej úrazom alebo akútnou chorobou, ktorá nastala počas poistnej doby, a ktorá priamo ohrozuje život a zdravie poisteného a vyžaduje si poskytnutie neodkladnej lekárskej starostlivosti.

Článok 11. Poistné plnenie

- O nároku na poistné plnenie a jeho výške rozhoduje poistiteľ podľa týchto VPP a poistnej zmluvy na základe predložených dokladov týkajúcich sa poistnej udalosti.
- Poistiteľ uhradí primerané a účelne vynaložené náklady, ktoré vznikli poistenému počas jeho pobytu v štátoch Schengenského priestoru v rozsahu neodkladnej zdravotnej starostlivosti

care.

Article 11. Insurance benefits

1. The insurer decides on the right for insurance benefits and its amount according to these GITC and the insurance contract based on submitted documents concerning the insured event.
2. The insurer shall reimburse reasonable and effectively spent expenses incurred to the insured during his/her stay in Schengen area countries in the scope of urgent health care described in Art. 1, par. 15:
 - a) outpatient health care provided by physicians and medical staff in an authorised healthcare facility,
 - b) hospital health care (inpatient care),
 - c) one-day health care,
 - d) medicines, pharmaceutical preparations and medical material on the grounds of a prescription. Medicines and pharmaceutical preparations do not include food, nutritional supplements or vitamin preparations and cosmetics,
 - e) diagnostics and therapy,
 - f) dental treatment in acute and painful dental conditions (including X-ray), treatment extractions or simple filling and treatment within the scope and limit stated for insurance package in the
 - g) insurance contract,
 - h) transportation from the place of injury or disease to the nearest suitable healthcare facility, if the insured is not capable of transport by public transportation due to his health condition
 - i) transportation from a doctor to a healthcare facility or from a healthcare facility to another specialised healthcare facility, if required by the insured's health condition and if prescribed by the attending physician,
 - j) transportation from a healthcare facility from another country of Schengen area back to Slovak republic, if it is not possible to use public transport means for the transport due to health reasons. The Insurer reserves the right to decide upon the physician's consent on the transportation of the insured to the territory of Slovak republic.
 - k) repatriation of the insured's body remains to the territory of Slovak republic. The Insurer reserves the right to decide upon the physician's consent on the repatriation of the body remains.
3. The total insurance benefits from insured events, according to Art. 1 section 11 of these GITC, are limited for insurance package as stated in the insurance contract, which is in case of insured event in respective Schengen countries given in equivalent of local currency. The currency exchange rate should be given as of the claim settlement date. This amount is limited and cannot be exceeded within the insurance policy of

uvedenom v Článku 1, ods. 15.:

- a) ambulantná zdravotná starostlivosť poskytnutá lekármi a zdravotníckymi pracovníkmi v zdravotníckom zariadení, ktoré je k tomu oprávnené,
 - b) nemocničná zdravotná starostlivosť,
 - c) jednodňová zdravotná starostlivosť,
 - d) lieky, farmaceutické prípravky a zdravotnícky materiál na základe lekárskeho predpisu. Za lieky sa nepovažujú potraviny, výživové doplnky alebo vitamínové preparáty a kozmetické prípravky,
 - e) diagnostika a liečba,
 - f) stomatologické ošetrenie pri akútnych bolestivých stavoch zubov (vrátane RTG), liečebné extrakcie alebo jednoduchá výplň a ošetrenie v rozsahu a limite určenom pre balík poistenia v poistnej zmluve,
 - g) preprava z miesta úrazu alebo ochorenia do najbližšieho vhodného zdravotníckeho zariadenia, ak poistený nie je zo zdravotných dôvodov schopný prepravy verejným dopravným prostriedkom;
 - h) preprava od lekára do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia do iného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia, ak to stav poisteného vyžaduje a ošetrojúci lekár ju predpíše;
 - i) preprava zo zdravotníckeho zariadenia z inej krajiny Schengenského priestoru späť na územie Slovenskej republiky, ak nie je zo zdravotných dôvodov možné na prepravu použiť verejný dopravný prostriedok. Poistiteľ si vyhradzuje právo rozhodnúť so súhlasom lekára o preprave poisteného na územie Slovenskej republiky;
 - j) repatriácia telesných pozostatkov poisteného na územie Slovenskej republiky. Poistiteľ si vyhradzuje právo rozhodnúť so súhlasom lekára o repatriácii telesných pozostatkov.
3. Celkové poistné plnenie z poistných udalostí podľa Článku 1, ods. 11 týchto VPP je v poistnom balíku obmedzené limitom uvedeným v poistnej zmluve, ktorý je v prípade poistnej udalosti v štátoch Schengenského priestoru ekvivalentom príslušnej lokálnej meny. Pre výpočet bude použitý výmenný kurz v deň rozhodnutia o výplate poistného plnenia. Táto suma je limitovaná a nie je možné ju prekročiť v rámci poistnej zmluvy poisteného v súčte všetkých jednotlivých nákladov na liečebnú starostlivosť vrátane prípadnej prepravy, repatriácie telesných pozostatkov alebo asistenčnej služby.
 4. Poistné plnenie prináleží poistenému, v prípade jeho smrti vzniká právo na poistné plnenie osobe, ktorá náklady kryté v rámci poistenia preukázateľne vynaložila.
 5. Náklady na zdravotnú starostlivosť, ktorá je predmetom poistného krytia, hradí spravidla za poisteného priamo asistenčná spoločnosť. Vo výnimočných prípadoch, keď bol poistený nútený uhradiť náklady na lekársku starostlivosť v hotovosti, refunduje tieto náklady poistenému poistiteľ alebo

the insured in the total of all individual expenses of medical care, including eventual transportation, repatriation of the bodily remains or assistance service.

4. The insurance benefits belong to the insured, in the event of his death, the person that provably incurred expenses covered by the insurance is entitled to the insurance benefits.
5. The expenses of health care, which is subject to the insurance coverage, is generally paid for the insured directly by an assisting partner of the Insurer. In exceptional cases where the insured had to pay the expenses of medical care in cash, the Insurer or its assisting partner refunds these expenses to the insured.
6. If there exists a reason relevant to the insured event examination, the insurer may require data on health condition or cause of death of the insured. If the insured does not provide data on health condition before or in the course of insured event examination and this has substantial influence on recognising or determining the amount of insurance benefits, the insurer is authorised to decrease the insurance benefits accordingly, depending on the influence of this omission on the scope of the insurer's obligation to pay the benefits.
7. The insurer is authorised to verify the health condition or cause of death of the insured in case of insured event on the basis of medical examination by a physician designated by the insurer. In such case the insurer pays for:
 - a) the expenses connected with such medical inspection or examination;
 - b) travel expenses in the amount of a travel ticket of public bus or railway transport;
 - c) expenses for elaborating the medical report, if he requires it.
8. If the insurer does not require a medical inspection, examination or medical report according to previous paragraph, it does not pay for expenses related to these.
9. The insurance benefit is due within 15 days after the completion of the investigation necessary to determine the extent of the Insurer's obligation to provide the performance. The Insurer is obliged, on written request, to provide the insured with adequate advance payment if the investigation cannot be completed within one month from the day on which the Insurer learned of the insured event.
10. The amount of the insurance benefits for the provided health care, which is the insured event, is calculated on the basis of:
 - a) the contract prices agreed with healthcare providers,
 - b) the current market prices of health insurance companies, unless it is a contractual healthcare provider, provided the amount of benefit payment for an insured event may not be higher than the benefit for health care from public health insurance scheme would be.
11. If the insured has a right against a third party for damages caused by the insured event, this right

asistenčná spoločnosť.

6. Ak sú pre to dôvody súvisiace s vyšetrovaním poistnej udalosti, môže poistiteľ požadovať údaje o zdravotnom stave alebo príčine smrti poisteného. Ak poistený neposkytne údaje o zdravotnom stave pred alebo v priebehu vyšetrovania poistnej udalosti a ak má táto skutočnosť podstatný vplyv na zistenie či určenie výšky poistného plnenia, má poistiteľ právo znížiť poistné plnenie úmerne k tomu, aký vplyv mala táto skutočnosť na rozsah poistiteľovej povinnosti plniť.
7. Poistiteľ má právo zisťovať zdravotný stav poisteného alebo príčinu úmrtia poisteného v prípade vzniku poistnej udalosti na základe vyšetrenia lekárom určeným poistiteľom. Poistiteľ v tomto prípade hradí:
 - a) náklady spojené s touto lekárskou prehliadkou alebo vyšetrením;
 - b) cestovné náklady vo výške cestovného lístka verejnej autobusovej alebo železničnej osobnej dopravy druhej triedy;
 - c) náklady na vystavenie lekárskej správy, ak ju vyžaduje.
8. Ak poistiteľ lekársku prehliadku, vyšetrenie alebo lekársku správu podľa predchádzajúceho odseku nevyžaduje, náklady s nimi spojené nehradí.
9. Poistné plnenie je splatné do 15 dní od ukončenia šetrenia nutného na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť. Poistiteľ je povinný poskytnúť poistenému na písomné požiadanie primeranú zálohu, ak šetrenie nemôže byť skončené do jedného mesiaca odo dňa, v ktorom sa poistiteľ dozvedel o poistnej udalosti.
10. Výška poistného plnenia za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktorá je poistnou udalosťou, sa vypočíta na základe:
 - a) zmluvných cien dohodnutých s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
 - b) cien obvyklých na trhu zdravotných poisťovní, ak nejde o zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pričom výška poistného plnenia pri poistnej udalosti nesmie byť vyššia ako by v danom prípade bolo plnenie za zdravotnú starostlivosť z verejného zdravotného poistenia.
11. Ak poistenému alebo inej osobe vznikne právo voči tretej osobe na úhradu škody spôsobenej poistnou udalosťou, prechádza toto právo na poistiteľa, a to do výšky plnenia, ktoré bolo zo strany poistiteľa poskytnuté.
12. Poistený alebo osoba, ktorej právo prešlo na poistiteľa, vydá poistiteľovi potrebné doklady a oznámi mu všetko, čo je na uplatnenie pohľadávky potrebné, najmä oznámi poistiteľovi pravdivé a úplné informácie o poistnej udalosti, o tretej osobe, voči ktorej má právo na náhradu škody alebo iné obdobné právo.
13. Ak poistený alebo osoba, ktorej právo prešlo na poistiteľa, uplatňuje nárok na náhradu škody voči tretej osobe zodpovednej za vznik poistnej udalosti alebo voči poistiteľovi tretej osoby, je táto osoba povinná informovať tretiu osobu o existencii práva poistiteľa na náhradu škody podľa tohto článku. Poistený alebo osoba, ktorej právo prešlo na poistiteľa, je ďalej povinná vyvinúť

shall pass to the Insurer up to the amount of the performance provided by the Insurer.

12. The insured or a person whose right passed to the insurer shall deliver up to the insurer necessary documents and advise the insurer on all necessities to claim the receivable, particularly he/she shall advise the insurer truthfully and fully on information concerning the insured event, the third party, against which he has the right for indemnity or other similar right.
13. If the insured or a person whose right passed to the insurer submits a claim for damages against a third party responsible for the insured event or against the insurer of the third party, this person is required to inform the third party on the existence of the right of the insurer for damages according to this article. The insured or the person whose right passed to the insurer is further required to exhibit needful cooperation in order to enforce the right of the insurer against the third party or against the insurer of the third party.
14. The insured or a person whose right passed to the insurer is further required to take all measures not to forfeit or cease the right of the insurer for damages according to this article.
15. If the insured or a person who claims the right for insurance benefits generates costs for the insured event examination or their increase by violation of the obligations according to these GITC, the insurer has the right against him for an appropriate compensation.

Article 12. Exclusions from the insurance

1. The insurer will not provide the insurance benefits if:
 - a) the insured or the person claiming the insurance benefits knowingly untruthfully or incompletely informed the insurer or the assistance company about the insurance event,
 - b) the insured or the person claiming the insurance benefits does not follow the instructions of the insurer or the assistance company and does not cooperate with them effectively, or if he/she does not submit the documents required by the insurer or the assistance company.
 - c) the urgent health care provided exceeds the scope of health care payable by public health care insurance scheme of the Schengen area country, in which the health care was provided to the insured.
4. The insurer will not provide the insurance benefits for:
 - a) any kind of health care beyond urgent health care,
 - b) urgent health care which is not paid from public health insurance scheme in relevant country of Schengen area,
 - c) expenses for transport and subsequent health care if the insured failed his/her obligation to request a prior approval for transport pursuant art 11 par. 2 point g), h) and i) of the insurer or assistance company or such prior approval

potrebnú súčinnosť, aby právo poistiteľa voči tretej osobe alebo voči poistiteľovi tretej osoby mohlo byť uplatnené.

14. Poistený alebo osoba, ktorej právo prešlo na poistiteľa, je ďalej povinná vykonať všetky opatrenia, aby nedošlo k premlčaniu alebo zániku práva poistiteľa na náhradu škody podľa tohto článku.
15. Ak poistený alebo iná osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vyvolá náklady šetrenia poistnej udalosti alebo ich zvýšenie porušením povinností podľa týchto VPP, má poistiteľ voči nemu právo na primeranú náhradu.

Článok 12. Výluky z poistenia

1. Poistiteľ neposkytne poistné plnenie ak:
 - a) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vedome nepravdivo, alebo neúplne informovala poistiteľa alebo asistenčnú spoločnosť o poistnej udalosti,
 - b) a poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, neriadi pokynmi poistiteľa, alebo asistenčnej spoločnosti a účinne s nimi nespupracuje, alebo ak nepredloží poistiteľom, alebo asistenčnou službou požadované doklady,
 - c) je neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá nad rámec rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia štátu Schengenského priestoru, v ktorom bola zdravotná starostlivosť poistenému poskytnutá.
4. Poistiteľ neposkytne poistné plnenie za:
 - a) poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, vedome nepravdivo, alebo neúplne informovala poistiteľa alebo asistenčnú spoločnosť o poistnej udalosti,
 - b) sa poistený alebo osoba, ktorá uplatňuje právo na poistné plnenie, neriadi pokynmi poistiteľa, alebo asistenčnej spoločnosti a účinne s nimi nespupracuje, alebo ak nepredloží poistiteľom, alebo asistenčnou službou požadované doklady,
 - c) je neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá nad rámec rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia štátu Schengenského priestoru, v ktorom bola zdravotná starostlivosť poistenému poskytnutá.
3. Poistiteľ neposkytne poistné plnenie za:
 - a) akúkoľvek zdravotnú starostlivosť nad rámec neodkladnej zdravotnej starostlivosti,
 - b) neodkladnú zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je hradená z verejného zdravotného poistenia v príslušnej krajine Schengenského priestoru,
 - c) náklady na prevoz poisteného a následnú zdravotnú starostlivosť ak si poistený nesplní povinnosť vyžiadať si predchádzajúci súhlas poistiteľa alebo asistenčnej spoločnosti alebo takýto súhlas nebol poistenému udelený na prevoz podľa ustanovenia čl. 11 ods. 2 písm. g), h) a i),
 - d) zdravotnú starostlivosť vrátane prepravy a/alebo repatriácie telesných pozostatkov, ktorá

- wasn't granted to the insured,
- d) health care, including transportation and/or repatriation of bodily remains which was provided to the insured in connection with the treatment of illness or consequences of injury incurred to the insured before the insurance contract was concluded, even if the insured had not been treated or diagnosed yet in this connection before the conclusion of the insurance contract, unless otherwise provided in these GITC,
 - e) the health care provided in excess of the scope of stated health care in respective insurance package,
 - f) health care that does not correspond to the extent and type of illness or injury incurred after the conclusion of the insurance contract,
 - g) medical intervention and its potential consequences, if the insured made a trip to the Schengen Area for this purpose,
 - h) medicines and pharmaceutical preparations prescribed by a physician to treat the illnesses or consequences of injury if the insurer is not obliged to provide insurance benefits pursuant to this paragraph,
 - i) any medicines and pharmaceutical preparations that are not bound to medical prescription and any surcharge for medicines,
 - j) vaccinations except of vaccination against tetanus and rabies related to injury on conditions per article 1, par. 25 of these GITC,
 - k) health care after the tenth week of pregnancy related to pregnancy,
 - l) post-natal health care,
 - m) health care without any medical indication, on the own request of the insured or cosmetic procedures and surgeries,
 - n) preventive health care, vaccination, dispensarization, unless otherwise provided in these GITC,
 - o) events occurred in connection with non-observance of instructions of the attending physician, also due to non-taking of prescribed medicines and pharmaceutical preparations,
 - p) hemodialysis due to chronic illness and long-term hemodialysis,
 - q) transplantation of organ or tissues,
 - r) dental treatments, including dentures and crowns, with the exception of the procedures referred to in Article 11 paragraph 2 point f)
 - s) spa and rehabilitation treatment, alternative and experimental treatment, homeopathy, acupuncture, aromatherapy, chiropractic, naturopathy, osteopathy, and similar,
 - t) contagious venereal disease or hepatitis,
 - u) issue of medical expert opinion,
 - v) search and investigation actions,
 - w) injury or illness incurred in the performance of work,
 - x) treatment of mental disorders and illnesses,
 - y) above-standard health care,
- bola poskytnutá poistenému v súvislosti s liečbou choroby alebo následkov úrazu, ktoré vznikli u poisteného pred uzavretím poisťnej zmluvy, a to aj v prípade, ak v tejto súvislosti poistený pred uzavretím poisťnej zmluvy ešte nebol liečený alebo diagnostikovaný, pokiaľ nie je v týchto VPP uvedené inak,
- e) zdravotnú starostlivosť poskytnutú nad rámec rozsahu stanovenej zdravotnej starostlivosti v balíku poistenia,
 - f) zdravotnú starostlivosť, ktorá nezodpovedá rozsahu a typu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po uzavretí poisťnej zmluvy,
 - g) lekársky zákrok a jeho prípadné dôsledky, pokiaľ poistený podnikol cestu na územie Schengenského priestoru za týmto účelom,
 - h) lieky a farmaceutické prípravky predpísané lekárom na liečbu chorôb alebo následkov úrazu kedy poisťiteľ nemá povinnosť poskytnúť poistené plnenie podľa tohto odseku,
 - i) akékoľvek lieky a farmaceutické prípravky, ktoré nie sú viazané na predpis lekára a doplatok za lieky,
 - j) očkovania s výnimkou očkovania proti tetanu a besnote v súvislosti s úrazom za podmienok podľa Článku 1., ods. 25 týchto VPP,
 - k) zdravotnú starostlivosť po 10-tom týždni tehotenstva v súvislosti s tehotenstvom,
 - l) pôrodnú zdravotnú starostlivosť,
 - m) zdravotnú starostlivosť bez lekárskej indikácie, na vlastnú žiadosť poisteného alebo kozmetické zákroky a operácie,
 - n) preventívnu zdravotnú starostlivosť, dispenzarizáciu, pokiaľ v týchto VPP nie je uvedené inak,
 - o) udalosti vzniknuté v súvislosti s nedodržaním pokynov ošetrojúceho lekára, prípadne v dôsledku nepožitia predpísaných liekov a farmaceutických prípravkov,
 - p) hemodialyzačnú liečbu v dôsledku chronického ochorenia a dlhotrvajúcu hemodialyzačnú liečbu,
 - q) transplantáciu orgánu alebo tkanív,
 - r) stomatologické ošetrenia vrátane zubných protéz a koruniek, s výnimkou výkonov podľa článku 11, ods. 2 písm. f),
 - s) kúpeľnú a rehabilitačnú liečbu, alternatívnu a experimentálnu liečbu, homeopatiu, akupunktúru, aromaterapiu, chiropraxiu, naturopatiu, osteopatiu a pod.,
 - t) nákazlivé pohlavné ochorenie alebo hepatitídu,
 - u) vystavenie lekárskeho znaleckého posudku,
 - v) vyhľadávacie a pátracie akcie,
 - w) úraz alebo ochorenie vzniknuté pri výkone práce,
 - x) liečbu duševných porúch alebo chorôb,
 - y) nadštandardnú zdravotnú starostlivosť,
 - z) náklady za zdravotnú starostlivosť, ktorá vznikla v okamihu, ako poistený odmietol prepravu na územie Slovenskej republiky podľa ustanovenia čl. 11 ods. 2. písm. i) týchto VPP,
 - aa) zdravotnú starostlivosť poskytnutú v čase, keď bol poistený povinne verejne zdravotne poistený alebo mu vznikla povinnosť byť účastníkom verejného zdravotného poistenia,

- z) health care costs incurred after the moment the insured declined the transportation to the territory of Slovak republic pursuant to Art. 11 par. 2 point.i) of these GITC,
- aa) health care provided at the time when the insured was compulsory participating in the public health insurance or was obliged to participate in public health insurance,
- ab) healthcare as a consequence of pathological and fatigue fractures, fractures as a consequence of congenital brittleness of bones or metabolic disorders, aseptic inflammations of tensile sacs, tendon sheaths and muscle insertions (bursitis, epicondylitis), diabetic gangrene and shin ulcers, hernias of all kinds, sudden spinal disc syndromes, prolapse or protrusion of disc, physical damages incurred as a consequence of lifting loads, a motion of retina.
3. The Insurer does not reimburse health care expenses if incurred in connection with:
- an event which the insured deliberately caused by himself or was caused to him by another person with his consent,
 - gross negligence,
 - an event that occurred when driving a motor vehicle without a license, during experimental testing of vehicles, air or water motor and motor-less vehicles,
 - an event that occurred during performance of hazardous working activities such as working in a mine, working at heights, rescue and emergency works, active service in any military and security services, stunt activities, activities of pilots and other crew members,
 - a state of pandemic or epidemic being declared and the insured violated such ban and travelled abroad,
 - if the insured refuses to undergo transportation, treatment or necessary medical examinations by the physician determined by the Insurer or the assistance company,
 - the consumption of alcohol, drugs, addictive substances or other narcotics or in connection with the misuse of medicines, including withdrawal symptoms associated with addiction to alcohol, drugs or other narcotics,
 - suicide, physical damage as a consequence of attempted suicide or intentional self-harm, even if the insured committed his action in cognitive disorder or mental disorder,
 - manipulation with a firearm, explosive or of lammable substances,
 - participation of the insured in any war, rebellion, terrorist act or uprising or riot which the insured initiated or in connection with the criminal activity committed by the insured,
 - injury or disease caused by direct or indirect influence of nuclear energy, ionizing rays, radioactive or similar radiation, or biological or chemical contamination,
 - serious disease,
 - injury occurred when performing adrenaline or extreme sports such as mountaineering, paragliding, unpowered or motor sport flying, balloon flying, parachute
- ab) zdravotnú starostlivosť v dôsledku patologických a únavových zlomenín, zlomenín v dôsledku vrodenej lámavosti kostí alebo metabolických porúch, aseptických zápalov ťahových väčkov, šlachových pošiev a svalových úponov (burzitídy, epikondilitídy), diabetickej gangrény a vredov predkolenia, hernií všetkých druhov, náhlych chrbticových platničkových syndrómov, prolapsu alebo protrúzie platničky, telesných poškodení vzniknutých v dôsledku dvíhania bremien, amócie sietnice.
3. Poistiteľ nehradí náklady na zdravotnú starostlivosť, ak vznikli v súvislosti s:
- udalosťou, ktorú si poistený spôsobil úmyselne sám alebo mu ju spôsobila s jeho súhlasom iná osoba,
 - hrubou nedbanlivosťou,
 - udalosťou vzniknutou pri vedení motorového vozidla bez vodičského oprávnenia, skúšobnom testovaní dopravných prostriedkov, vzdušných alebo vodných motorových a bezmotorových dopravných prostriedkov,
 - udalosti vzniknutej pri výkone rizikových pracovných činností ako napr. práca v bani, práca vo výškach, záchranné a havarijné práce, aktívne služby v akýchkoľvek vojenských a bezpečnostných službách, kaskadérske činnosti, práca pilotov a ostatných členov posádky,
 - stavom, kedy bola vyhlásená pandémia alebo epidémia a poistený porušil zákaz a do zahraničia vycestoval,
 - pokiaľ poistený odmietne podstúpiť prepravu, ošetrovanie alebo potrebné lekárske vyšetrenia lekárom, ktorého určí poistiteľ alebo asistenčná spoločnosť,
 - požitím alkoholu, drog, návykových alebo iných omamných látok alebo v súvislosti so zneužitím liekov, vrátane abstinčných príznakov pri závislosti na alkohole, drogách alebo iných omamných látkach,
 - samovraždou, telesným poškodením v dôsledku pokusu o samovraždu alebo úmyselným sebapoškodením, a to ani v prípade, ak sa poistený svojho konania dopustil pri poruche vedomia alebo mentálnej poruche, manipuláciou so strelnou zbraňou, výbušnými alebo horľavými látkami,
 - aktívnou účasťou poisteného na akejkoľvek vojne, vzbure, teroristickom akte alebo povstaní alebo výtržnosťou, ktorú poistený vyvolal alebo v súvislosti s trestnou činnosťou, ktorú poistený spáchal,
 - úrazom alebo ochorením spôsobeným priamym alebo nepriamym pôsobením jadrovej energie, ionizujúcimi lúčmi, rádioaktívnym alebo obdobným žiarením, alebo biologickou alebo chemickou kontamináciou,
 - so závažnou chorobou,
 - úrazom, ktorý vznikol pri výkone adrenalínového resp. rizikového športu, napr. horolezectve, paraglaidingu, bezmotorovom, motorovom športovom lietaní, lietaní v balónoch, pri zoskokoch a letoch s padákom z lietadiel a

and flights with parachute from airplanes and heights, diving, bungee jumping, river rafting, wild water races, canoeing, caving, ski alpinism, any motor sports and similar,

- n) if the insured event occurred during activities in places not intended for such activities (e.g. skiing out of indicated tracts, etc.),
 - o) pathological or risk pregnancy,
 - p) developmental defects and malformations occurred during prenatal development,
4. The Insurer does not reimburse the expenses of the provided health care, which was provided in connection with the injury in performance of professional sports, while participating in high-level sporting competitions, or in preparations for them.
 5. The Insurer will not provide the insurance benefits in cases where a next of kin of the insured or a person without due qualification provided the medical treatment, only if the Insurer gave its consent or there was a risk from delay.
 6. If the insured withdraws his consent to verify his health condition provided in the insurance contract anytime during the course of insurance, or if a power of attorney for the insurer shall not be furnished and if such fact has influence on the examination needed for determining of the scope of the insurer's obligation to pay the insurance benefits, the insurer reserves the right not to pay insurance benefits until the consent to verify his health condition shall not be renewed, or until a power of attorney which would enable the insurer to verify the insured's health condition shall not be furnished.

Article 13. Reduction of insurance benefits

1. If a violation of the policyholder's or insured's obligations stated in the insurance conditions or in the insurance contract had a substantial influence on the origin of insured event or on the increase of its scope, the insurer is authorized to reduce the insurance benefits accordingly pursuant to the influence that such violation had on the scope of his obligation to pay the insurance benefits.
2. In the case of the provision of the above-standard medical care, the Insurer is entitled to reduce the insurance benefits to the necessary and reasonable level in accordance with the opinion of the medical expert designated by the Insurer, in accordance with the provisions of article 11, par. 10 of these GITC.
3. If the illness or injury occurred after consuming alcohol or drugs, or if the insured fails to fulfil the obligations arising from the insurance contract and these GITC, the Insurer may reduce the insurance benefits up to 90%.
4. The insurer may reduce the insurance benefits accordingly if the insured event was caused in connection with a fact that the insured failed to comply with the statutory provisions applicable in the country of sojourn or the regulations and instructions of authorities in the place of sojourn.

z výšok, pri potápaní, pri bungee jumping, raftingu, pretekoch na divokej vode, canoeingu, speleológii, skialpinizme, pri akýchkoľvek motoristických športoch a podobne,

- n) ak poistná udalosť vznikla pri činnostiach na miestach na to neurčených (napr. lyžovanie mimo vyznačených trás a pod.),
 - o) patologickým a rizikovým tehotenstvom,
 - p) vývojovými chybami a malformáciami vzniknutými počas prenatálneho vývoja,
4. Poistiteľ nehradí náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá v súvislosti s úrazom pri výkone profesionálneho športu, počas účasti na vrcholových športových súťažiach alebo prípravách na ne.
 5. Poistiteľ neposkytne poistné plnenie v prípadoch, kedy lekárske ošetrovanie poskytla osoba blízka poistenému alebo osoba bez zodpovedajúcej kvalifikácie, iba ak k tomu dal poisťovateľ súhlas alebo hrozilo nebezpečie z odkladu.
 6. Ak poistený kedykoľvek v priebehu poistenia odvolá svoj súhlas na preskúvanie zdravotného stavu udelený v poistnej zmluve alebo ak nedôjde k vystaveniu plnomocenstva pre poistiteľa a ak má táto skutočnosť vplyv na skúmanie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť, poistiteľ si vyhradzuje právo neplniť, kým súhlas na preskúvanie zdravotného stavu nebude obnovený alebo kým nebude vystavené plnomocenstvo, ktoré poistiteľovi umožní preskúmanie zdravotného stavu poisteného.

Článok 13. Zníženie poistného plnenia

1. Ak malo porušenie povinností poistníka alebo poisteného, uvedených v poistných podmienkach alebo poistnej zmluve, podstatný vplyv na vznik poistnej udalosti alebo na zväčšenie jej rozsahu, je poistiteľ oprávnený plnenie zo zmluvy primerane znížiť podľa toho, aký vplyv malo toto porušenie na rozsah jeho povinnosti plniť.
2. Poistiteľ je oprávnený znížiť poistné plnenie v prípade poskytnutia nadštandardnej lekárskej starostlivosti, a to na nutnú a primeranú mieru podľa posudku odborného lekára určeného poistiteľom, a to v súlade s ustanoveniami Článku 11. ods. 10 týchto VPP.
3. V prípade, ak k chorobe alebo úrazu došlo po požití alkoholu alebo návykových látok, alebo ak si poistený nesplní povinnosti vyplývajúce z poistnej zmluvy a týchto VPP, poistiteľ môže znížiť poistné plnenie až o 90 %.
4. Poistiteľ môže primerane znížiť poistné plnenie, ak poistná udalosť vznikla v súvislosti s tým, že poistený nedodrжал zákonné ustanovenia platné v krajine pobytu alebo nariadenia a pokyny poverených alebo orgánov verejnej moci v mieste pobytu.

Článok 14. Povinnosti poistníka a poisteného

1. Poistník je povinný platiť poistiteľovi poistné podľa čl. 9 týchto VPP.
2. Povinnosťou poistníka a poisteného pri uzatváraní poistnej zmluvy je odpovedať pravdivo a úplne na všetky písomné otázky týkajúce sa dojednávaneho

Article 14. Obligations of the policyholder and the insured

1. The policyholder is obliged to the premium to the insurer according to art. 9 of these GITC.
2. The policyholder and the insured when concluding the insurance contract is obliged to answer truthfully and completely all written questions concerning the negotiated insurance, the same applies in the event of any change in insurance.
3. The policyholder and the insured during the insurance period is obliged to immediately notify in writing any change of the data that was the basis for the conclusion of the insurance contract, in particular any serious changes of their health condition.
4. The policyholder or insured is obliged to act in the interests of diversion of the insured event, to take all possible measures in order to avert the possibility of insured event occurrence or to mitigate its consequences, as well as comply with generally binding legal regulations and obligations stated in the insurance conditions and in the insurance contract.
5. Before any visit of the healthcare provider the insured is obliged to report the insured event to the assistance company by phone and to follow its recommendations, unless prevented from doing so by seriousness of health condition. In the event it was necessary to provide the insured with urgent health care in order to save his life, the insured is obliged to contact the assistance company subsequently after providing such urgent health care, but not later than 24 hours since the occurrence of the insured event, or as soon as his health condition allows it.
6. In the event of the insured event, the insured is obliged to:
 - a) take actions to reduce the extent of expenses connected with the insured event, in particular to promptly seek medical examination after the injury or illness and follow the instructions of a physician,
 - b) follow the instructions of the insurer and the assistance company and cooperate effectively with the insurer and the assistance company,
 - c) submit to the healthcare provider the insurance card together with identity card,
 - d) at the request of the Insurer to undergo examination by the physician or healthcare facility designated by the Insurer,
 - e) inform the insurer and the assistance company truly on the circumstances that led to the occurrence of the insured event and provide true and complete information in the report and in the course of investigation of the claim to insurance benefits,
 - f) secure that all medical reports and opinions required by the insurer or the assistance company were furnished without undue delay,
 - g) submit the insurer upon its request any supplemental documents necessary for evaluating the right for insurance benefits and poistenia, to isté platí aj v prípade zmeny poistenia.
3. Povinnosťou poistníka a poisteného počas doby trvania poistenia je bezodkladne písomne oznámiť každú zmenu údajov, ktoré boli podkladom pre uzatvorenie poisťnej zmluvy, najmä závažné zmeny svojho zdravotného stavu.
4. Poistník resp. poistený je povinný dbať na to, aby poisťná udalosť nenastala, vykonať všetky možné opatrenia na odvrátenie možnosti vzniku poisťnej udalosti alebo zmiernenie jej následkov ako aj dodržiavať všeobecne záväzné právne predpisy a povinnosti uvedené v týchto poisťných podmienkach a poisťnej zmluve.
5. Pred každou návštevou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je poistený povinný telefonicky ohlásiť poisťnú udalosť asistenčnej spoločnosti a riadiť sa jej odporúčaniami, pokiaľ v tom poistenému nebráni závažnosť zdravotného stavu. V prípade, že bolo nevyhnutné poskytnúť poistenému neodkladnú zdravotnú starostlivosť za účelom záchrany života, je poistený následne po poskytnutí takejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti povinný kontaktovať asistenčnú spoločnosť do 24 hodín od vzniku poisťnej udalosti, respektíve akonáhle mu to jeho zdravotný stav umožní.
6. V prípade poisťnej udalosti je poistený povinný:
 - a) konať v záujme zníženia rozsahu nákladov spojených s poisťnou udalosťou, najmä bez zbytočného odkladu vyhľadať lekárske vyšetrenie po úraze, či pri chorobe a dodržiavať pokyny lekára,
 - b) riadiť sa pokynmi poisťiteľa a asistenčnej spoločnosti a účinne spolupracovať s poisťiteľom a asistenčnou spoločnosťou,
 - c) predložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti preukaz poisteného spolu s preukazom jeho totožnosti,
 - d) na požiadanie poisťiteľa sa podrobiť vyšetreniu lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, ktoré určil poisťiteľ,
 - e) pravdivo informovať poisťiteľa a asistenčnú spoločnosť o okolnostiach, ktoré viedli k vzniku poisťnej udalosti a uviesť pravdivé a úplné údaje pri hlásení a v priebehu vyšetrovania nároku na poisťné plnenie,
 - f) zabezpečiť, aby všetky lekárske správy a posudky, ktoré si poisťiteľ alebo asistenčná spoločnosť vyžiada, boli vyhotovené bez zbytočného odkladu,
 - g) predložiť poisťiteľovi na vyžiadanie akékoľvek doplňujúce dokumenty nevyhnutné k posúdeniu nároku na poisťné plnenie a jeho rozsah,
 - h) vyžiadať si predchádzajúci súhlas poisťiteľa alebo asistenčnej spoločnosti na prevoz podľa ustanovenia čl. 11 ods. 2 písm. g), h) a i),
 - i) poisťnú udalosť neodkladne oznámiť polícii v mieste vzniku udalosti, ak udalosť nastala za okolností usvedčujúcich spáchanie trestného činu alebo priestupku a predložiť poisťiteľovi policajný protokol,
 - j) po vzniku poisťnej udalosti zabezpečiť dostatočné dôkazy o rozsahu škodovej udalosti vyšetrovaním vykonaným políciou alebo inými vyšetrovacími orgánmi;

- their scope,
 - h) ask the insurer or the assistance company for a prior approval for transport according to provision of art. 11, par. 2, point g), h) and i),
 - i) notify immediately the police in the place of insured event occurrence about the insured event, if the event occurred under circumstances suggestive of committing a criminal act or violation and submit to the insurer the police protocol,
 - j) after occurrence of the insured event secure sufficient evidence on the scope of the insured event by examination performed by the police or other authorities,
 - k) inform the insurer without undue delay that criminal proceedings against the insured commenced in relation to the insured event and inform the insurer truly on the result of such proceedings.
7. If the insured paid the expenses of health care, which is the insured event within the meaning of Art. 10 and makes against the Insurer a claim for their reimbursement, in connection with such claim the insured is obliged to present to the Insurer the following original documents:
- a) the notification of the insured event, i.e. the form prescribed by the Insurer,
 - b) the medical report including diagnosis confirmed by the healthcare provider in order to demonstrate the justification of the amount of the expenses of the health care,
 - c) the tax document issued by healthcare provider on the payment of the expenses of the provided health care under the seal and handwritten signature/signatures of physicians of the healthcare provider, including the specification of the charged performances or the items of health care and their prices,
 - d) the proof of the payment of medicines in cash with marking of the prescription number, type of medicine, number of packages, its price and stamp of pharmacy, together with the medical report,
 - e) the proof of the payment of the expenses of transportation of the insured in cash indicating the rate, passed route and number of kilometers, together with the medical report.
8. If the insurer or the assistance company requests so, the insured is obliged to secure an official translation of the documents necessary for insured event examination to Slovak language on his own expense.
9. If the insured concluded insurance of the same or similar type in another insurance company, he/she is obliged to inform the insurer on this fact.
10. In case a person other than the insured has the right for insurance benefits, the obligation according to par. 7 a 8 of this article shall apply accordingly.
11. In case of termination of insurance before the expiry of the insurance period, except for the case of death of the insured, the insured shall, within three days of the insurance termination at the latest, return to the Insurer the insurance card.
12. The insured is obliged to immediately prove to
- k) bez zbytočného odkladu oznámiť poisťiteľovi, že v súvislosti so škodovou udalosťou bolo začaté trestné konanie proti poistenému a poisťiteľa pravdivo informovať o priebehu a výsledkoch tohto konania.
7. Ak poistený uhradil náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť, ktorá je poisťnou udalosťou v zmysle čl. 10 a uplatňuje si u poisťiteľa nárok na ich preplatenie, je v súvislosti s uplatňovaným nárokom povinný predložiť poisťiteľovi nasledovné originály dokladov:
- a) oznámenie poisťnej udalosti, t.j. tlačivo predpísané poisťiteľom,
 - b) lekársku správu obsahujúcu diagnózu potvrdenú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za účelom preukázania opodstatnenosti výšky nákladov na zdravotnú starostlivosť,
 - c) daňový doklad vystavený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o úhrade nákladov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť, opatrený pečiatkou a vlastnoručným podpisom/podpismi lekárov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vrátane rozpisu účtovaných výkonov resp. položiek zdravotnej starostlivosti a ich ceny,
 - d) doklad o úhrade liekov v hotovosti s vyznačením čísla receptu, druhu lieku, počtu balení, jeho ceny a pečiatky lekárne, spolu s lekárskou správou,
 - e) doklad o úhrade nákladov na prepravu poisteného v hotovosti, s uvedením sadzby, prejdenej trasy a počtu kilometrov spolu s lekárskou správou.
8. Ak o to poisťiteľ alebo asistenčná služba požiadava, je poistený povinný zabezpečiť na vlastné náklady úradný preklad dokladov nutných šetrenie poisťnej udalosti do slovenského jazyka.
9. Ak má poistený uzatvorené poistenie rovnakého alebo podobného charakteru aj v inej poisťovni, je povinný s touto skutočnosťou poisťiteľa oboznámiť.
10. V prípade ak má nárok na poisťné plnenie iná osoba ako poistený, vzťahujú sa na ňu povinnosti podľa ods. 7 a 8 tohto článku primerane.
11. V prípade zániku poistenia pred uplynutím poisťnej doby, okrem prípadu smrti poisteného, je poistený povinný najneskôr do troch dní od zániku poistenia vrátiť poisťiteľovi preukaz poisteného
12. Poistený je povinný bezodkladne preukázať poisťiteľovi vznik verejného zdravotného poistenia podľa zákona o verejnom zdravotnom poistení, a to predložením preukazu poistenca.

Článok 15. Práva a povinnosti poisťiteľa

1. Okrem povinností stanovených Občianskym zákonníkom a poisťnou zmluvou je poisťiteľ povinný:
- a) prerokovávať s poisteným alebo osobou, ktorá uplatňuje právo na poisťné plnenie, výsledky vyšetrovania nutného na zistenie rozsahu a výšky poisťného plnenia alebo mu ich bez zbytočného odkladu oznámiť;
 - b) vrátiť poistenému alebo osobe, ktorá uplatňuje právo na poisťné plnenie, doklady, ktoré si vyžiada, s výnimkou originálnych dokladov o

the Insurer the beginning of the public health insurance scheme under the Act on Public Health Insurance by submitting the insurance card.

Article 15. Rights and obligations of the Insurer

1. In addition to the obligations given by Civil Code and the insurance contract the Insurer is obliged to:
 - a) discuss with the insured or with the person claiming the insurance benefits the results of the examination necessary for determining the scope and amount of the insurance benefits, or to inform them on these without undue delay,
 - b) return to the insured or to the person claiming the insurance benefits requested documents, with the exception of original documents on payment, based on which the insurance benefits were provided,
 - c) keep confidential any facts it learnt when negotiating the insurance, its administration or when settling the claim, except for the cases given in the generally binding legal regulations,
 - d) after the premium payment issue in Slovak the confirmation of insurance for the needs of the authorities.
2. The insurer is authorized to verify the health condition of the insured in accordance with the agreement of the insured granted.

Article 16. Authenticity of text

In the case of disparities in the interpretation between the Slovak and foreign language executions of the GITC and the insurance contract, the Slovak version of these documents shall prevail.

Article 17. Privacy of personal data

1. The Insurer has the status of an operator when processing personal data of clients and their agents.
2. The Client may apply his or her rights to the Insurer's responsible person electronically at dpo@ergo.sk or by telephone or personally directly at the Insurer.
3. Current information about the processing of personal data is available at www.ergo.sk. The Client acknowledges and expressly agrees that one of the possibilities for the Insurer to fulfill his reporting obligation is to disclose information about the processing of personal data at the Insurer's web site.

Article 18. Final provisions

1. All actions related to the insurance, including statements and notifications of the insured and/or policyholder to the Insurer shall be in Slovak and shall be in writing.
2. The Insurer is entitled to require official verification of the signature of the policyholder, the insured or the beneficiary.

zaplatení, na základe ktorých bolo poskytnuté poistné plnenie,

- c) zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvie pri dojednávani poistenia, jeho správe alebo pri likvidácii poistnej udalosti, s výnimkou prípadov stanovených vo všeobecne záväzných právnych predpisoch,
 - d) po zaplatení poistného vystaviť potvrdenie o poistení pre potreby úradov v slovenskom jazyku.
2. Poistiteľ má právo preverovať zdravotný stav poisteného v súlade s udeleným súhlasom poisteného.

Článok 16. Autentickosť textu

V prípade výkladových rozdielov medzi slovenskými a cudzojazyčnými vyhotoveniami VPP a poistnej zmluvy má prednosť slovenská verzia týchto dokumentov.

Článok 17. Ochrana osobných údajov

1. Poistiteľ má pri spracúvaní osobných údajov klientov a ich zástupcov postavenie prevádzkovateľa.
2. Klient môže uplatniť svoje práva dotknutej osoby u zodpovednej osoby Poistiteľa elektronicky na emailovej adrese dpo@ergo.sk alebo telefonicky, prípadne osobne priamo u Poistiteľa.
3. Aktuálna Informácia o spracúvaní osobných údajov je dostupná na www.ergo.sk. Klient berie na vedomie a výslovne súhlasí s tým, aby jednou z možností ako Poistiteľ plní svoju informačnú povinnosť bolo zverejnenie informácií o spracúvaní osobných údajov na webovom sídle Poistiteľa.

Článok 18. Záverečné ustanovenia

1. Všetky úkony týkajúce sa poistenia vrátane prehlásenia a oznámení poisteného a/alebo poistníka pre poistiteľa musia byť v slovenskom jazyku a musia mať písomnú formu.
2. Poistiteľ je oprávnený vyžadovať úradné overenie podpisu poistníka, poisteného alebo oprávnenej osoby.
3. V poistnej zmluve sa možno od akéhokoľvek ustanovenia týchto VPP odchýliť.
4. Poistiteľ doručuje písomnosti určené poistníkovi, poistenému alebo oprávnenej osobe na jemu poslednú známu adresu, vždy však iba na adresu v Slovenskej republike. Zásielka s doručenkou, ktorú zasiela poistiteľ poistníkovi alebo poistenému, sa považuje za doručenu dňom, kedy ju adresát prijal, bezdôvodne odmietol prijať, alebo dňom márneho uplynutia odbernej lehoty. Pokiaľ poistník alebo poistený nesplní povinnosť podľa článku 14 ods. 3 týchto VPP a novú adresu neudá ani pošte, považuje sa písomnosť za doručenu dňom vrátenia nedoručiteľnej písomnosti poistiteľovi.
5. Zásielka bez doručky, ktorú zasiela poistiteľ poistníkovi alebo poistenému, sa považuje za doručenu piatym dňom od jej odoslania.
6. Písomnosť poistníka alebo poisteného určená poistiteľovi musí byť doručená výlučne na adresu sídla poistiteľa.
7. Peňažný dlh zmluvných strán, ktorý sa plní prostredníctvom poštového úradu alebo peňažného ústavu je splnený okamihom, keď bola

3. The insurance contract may vary from any provision of these GITC.
 4. The Insurer delivers documents to the policyholder, the insured or the beneficiary to their last known address, however, always only to an address in the Slovak Republic. Mail with advice of delivery that is sent by the Insurer to the policyholder or the insured shall be considered delivered on the day of its receipt by the addressee, unreasonable refusal of its receipt by the addressee or fruitless expiry of the receipt period. If the policyholder or the insured fails to comply with the obligation under Article 14 paragraph 3 of these GITC and does not specify a new address not even to the post office, the document shall be considered delivered on the day of return of the undeliverable document to the Insurer.
 5. Mail without advice of delivery sent by the Insurer to the policyholder or the insured shall be considered delivered on the fifth day of its sending.
 6. Document of the policyholder or the insured addressed to the Insurer must be delivered exclusively to the address of the Insurer's registered office.
 7. Financial debt of the contractual parties, which is repaid by means of a postal company or financial institution, is satisfied at the moment when the amount is credited to the account of the authorized party.
 8. The policyholder and the insured may submit a written complaint. This shall be considered delivered when delivered to the address of the registered office of ERGO Poistovňa, a.s. The deadline for settling the complaint is 30 days of the receipt of the complete complaint. This period of 30 calendar days may be exceeded in cases of investigation-intensive, however, by a maximum of a further 30 days.
 9. The legal relationships established by the insurance contract shall be governed by the legal order of the Slovak Republic. The competent court of the Slovak Republic shall settle all disputes arising from the insurance contract.
8. Poistník a poistený môže v prípade potreby podať písomnú sťažnosť. Táto sa považuje za doručenie, keď bola doručená na adresu sídla ERGO Poistovne, a.s. Lehota na vybavenie sťažnosti je 30 dní od doručenia kompletnej sťažnosti. Lehotu 30 kalendárnych dní je možné prekročiť v prípadoch náročných na prešetrenie sťažnosti najviac však o ďalších 30 dní.
 9. Právne vzťahy založené poistnou zmluvou sa riadia právnym poriadkom Slovenskej republiky. Všetky spory vyplývajúce z poistnej zmluvy sa budú riešiť na príslušnom súde Slovenskej republiky.

Tieto Všeobecné poistné podmienky pre poistenie liečebných nákladov pre cudzincov Welcome ACUTE nadobúdajú účinnosť 25.05.2018 a sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

These General insurance terms and conditions for the insurance of medical expenses for foreigners Welcome ACUTE become effective on 25.05.2018 and form an integral part of the insurance contract.