

Potvrzení o pojištění

Mezinárodní výměnné skupinové zdravotní pojištění program Global Secutive™

A. SMLOUVA – Mezinárodní pojišťovací korporace Sírius (publ) (společnost) slibuje sponzorské organizaci a souhlasí, že poskytne vyhovujícím účastníkům sponzorské organizace, kteří se dále stanou pojištěnými osobami a za které bylo zapláceno odpovídající pojistné s dávkami popsány v hlavní pojistce tak, jak je zde uvedeno a jejichž krytí je níže potvrzeno společností. Společnost činí tento slib a uzavírá tuto smlouvu ve prospěch vyhovujících účastníků pojištěnce, kteří se stanou pojištěnými osobami a dle veškerých podmínek hlavní pojistky a jak je uvedeno zde, včetně jakýchkoli dodatků. Hlavní pojistka je platná od 1. ledna 2010 a zůstane v platnosti, dokud nebude ukončena dle odstavce B(17) níže. Toto potvrzení začne platit od data platnosti pojistného krytí uvedeného v prohlášení a zůstane v platnosti, dokud nebude ukončeno dle odstavce B(17) níže. Toto potvrzení není součástí pojistné smlouvy. Smlouvou je hlavní pojistka, její aplikace a jakékoli aplikovatelné dodatky. Toto potvrzení je pouze popisem a důkazem práv a výhod pojištěné strany dle dané smlouvy. Prohlášení je podobně rovněž důkazem pojistného krytí v rámci smlouvy a uvedení data platnosti pojistného krytí, vždy dle podmínek krytí obsažených v rámci smlouvy. Společnost tímto uznává Medical Group®, Inc. jako zplnomocněného zástupce (*uvedené*) níže, veškerá komunikace, sdělení a platby společnosti, které jsou požadovány nebo povoleny společností a jako správce plánu hlavní pojistky a tohoto potvrzení. Dle ustanovení odstavce B(6) (v rámci hlavní pojistky a/nebo popsány v tomto potvrzení, budou předávány prostřednictvím správce plánu a na druhé straně jejich obdržení správcem plánu bude považováno, jako obdržené společností. **TOTO POJIŠTĚNÍ JE VYDÁNO VE SHODĚ S ODPOVÍDAJÍCÍM ZÁKONEM O NESTANDARDNÍM POJIŠTĚNÍ. OSOBY POJIŠTĚNÉ U NESTANDARDNÍHO POJISTITELE (tj. BEZ LICENCE) NEJSOU POD OCHRANOU ZÁKONŮ JEDNOTLIVÝCH STÁTŮ TÝKAJÍCÍCH SE POJISTNÝCH GARANCÍ DO TÉ MÍRY, ŽE NEMAJÍ NÁROK NA ÚHRADU PŘÍPADNÝCH ZÁVAZKŮ NESTANDARDNÍHO POJISTITELE (tj. BEZ LICENCE), KTERÝ SE OCITL V PLATEBNÍ NESCHOPNOSTI.**

B. PODMÍNKY A VŠEOBECNÁ USTANOVENÍ – Následující termíny a podmínky jsou nadřazeny odpovědnosti společnosti v rámci pojištění poskytnutého sponzorské společností ve prospěch pojištěných osob ve shodě s podmínkami hlavní pojistky, jak představuje toto potvrzení (toto pojištění zde bude někdy uváděno jako „pojištění“ nebo „plán“).

(1) ÚPLNÁ SMLOUVA – Hlavní pojistka včetně žádosti, prohlášení a jakýchkoli dodatků bude tvořit úplnou smlouvu mezi společností, pojištěncem a sponzorskou organizací ve prospěch pojištěných osob. Toto potvrzení včetně žádosti, prohlášení a jakýchkoli dodatků je nástin a doklad pojištění poskytnutého hlavní pojistkou. Toto potvrzení nerozšiřuje nebo nemění krytí poskytnuté hlavní pojistkou. Pojištění doložené tímto potvrzením podléhá veškerým termínům a podmínkám hlavní pojistky včetně žádosti, prohlášení a jakýchkoli dodatků

(2) POJISTNÉ – Pojistné bude vypláceno sponzorskou společností v zastoupení vyhovujících účastníků, kteří se stanou pojištěnými osobami a bude poukázáno společností.

(3) PROKÁZÁNÍ NÁROKU – Když společnost obdrží zprávu o nároku ve prospěch nebo v zastoupení pojištěné osoby dle tohoto pojištění, zašle pojištěné osobě prohlášení žadatele a formulář o zplnomocnění („nárokové formuláře“), aby tato osoba mohla vyplnit prokázání nároku. Následující záležitosti musejí být předloženy buď pojištěnou osobou nebo v jejím zastoupení, aby mohlo být prokázání nároku kompletní a srozumitelné pro zvážení krytí v rámci této pojistky („prokázání nároku“):

a) řádně vyplněné, včas odevzdané a podepsané prohlášení žadatele a formulář o zplnomocnění; a

(b) veškeré původní účty rozepsané podle položek a rovněž prohlášení o službách poskytnutých všemi lékaři, nemocnicemi a jinými ošetrovatelskými a zdravotnickými zařízeními, které byly poskytnuty s ohledem na nárok; a

(c) všechny originály lékařských předpisů za veškeré náklady, poplatky nebo výdaje, které vznikly a byly zaplacený pojištěnou osobou nebo v jejím zastoupení s ohledem na nárok včetně a bez omezení veškerých originálů lékařských předpisů za jakékoli platby v hotovosti nebo kreditní kartou.

Pojištěná osoba bude mít přes jedno sto osmdesát (180) dní od data vzniku nároku aby předložila kompletní prokázání nároku a společnost může dle svého uvážení projednat rozhodnutí a posoudit předložené nároky a/nebo může odmítnout krytí: za prokázání nároků předložených po této lhůtě; nebo za neúplné prokázání nároků; a/nebo pokud prokázání nároku nebylo předloženo; avšak za předpokladu, že společnost dle své volby nemusí brát v úvahu požadavky pododstavce B(3)(a) výše, týkající se předložení nového prohlášení žadatele a formuláře o zplnomocnění jde-li o následné nároky vznesené pojištěnou osobou, které se vztahují k pokračujícímu onemocnění, zranění nebo jiným lékařským okolnostem, pro které bylo řádně vyplněno prohlášení žadatele a formulář o zplnomocnění a vše již dříve předloženo a obdrženo. Veškeré pojištěné osoby, které předkládají nebo vyžadují pojistný nárok na dávky v rámci tohoto pojistného plánu musí vyplnit své vlastní, oddělená a jednotlivá prohlášení žadatele a formulář o zplnomocnění.

(4) ODVOLÁNÍ – v případě, že společnost zamítne část nároku nebo celý nárok, má pojištěná osoba devadesát (90) dní od data, kdy bylo oznámení o zamítnutí doručeno pojištěné osobě na její poslední známou adresu pobytu nebo poštovní adresu, nárok podat písemné odvolání u společnosti. Po obdržení odvolání má společnost možnost dalšího vyšetření a/nebo prověření, jak je stanoveno v odstavci B(22) a odpoví tak brzy, jak to bude v rozumné míře proveditelné, a to v každé události do devadesáti (90) dní od obdržení.

(5) POSTOUPENÍ, ZMĚNA NEBO ZPROŠTĚNÍ – Bez ohledu na jakékoli právo, status, soudní rozhodnutí nebo pravidlo v rozporu, které může být nebo se může jevit jako jinak aplikovatelné v rámci jurisdikce nebo jakéhokoli poskytovatele zdravotnické péče nebo lékařských služeb, pak žádný převod nebo postoupení týkající se práv, výhod nebo zájmů sponzorské organizace v rámci hlavní pojistky nebo tohoto potvrzení nebo jakýchkoli práv, výhod nebo zájmu pojištěné osoby v rámci této pojistky jako příjemce pojistného plnění nebudou platná, závazná nebo vymahatelná vůči společnosti (nebo správci plánu) pokud to nebude nejprve jednoznačně písemně dohodnuto a odsouhlaseno společností. Jakýkoli takovýto zamýšlený převod nebo postoupení, které nebude ve shodě s výše uvedenými podmínkami se stane neplatným *ab initio* a bez jakéhokoli dopadu na společnost (správce plánu) a společnost nebude mít žádnou odpovědnost jakéhokoli druhu v rámci tohoto pojištění vůči jakémukoli zamýšlenému postupiteli nebo postupníkovi. Podmínky hlavní pojistky, jak je doloženo tímto potvrzením, nebudou zproštěny, modifikovány nebo měněny s výjimkou jednoznačného písemného souhlasu společnosti.

(6) ŽALOBA; MÍSTO; VÝBĚR ŘÍDÍCÍHO PRÁVA; SOUDNÍ PROCES – Pojistná smlouva mezi sponzorskou organizací a společností, jak je představena hlavní pojistkou a doložena tímto potvrzením, bude považována za vydanou, dokončenou a vyhotovenou v Indianapolis, Indiana. Výhradní jurisdikce a místo pro jakékoli soudní jednání nebo administrativní řízení vztahující se k tomuto pojištění bude v Marion County, Indiana, s čímž sponzorská organizace a veškeré pojištěné osoby výslovně souhlasí. Předměty, rizika a dávky pojištění kryté hlavní pojistkou a podložené tímto potvrzením nemá v úmyslu ani sponzorská organizace, ani jakákoli pojištěná osoba ani společnost (nebo správce plánu) umístit nebo vykonávat v jakémkoli určitém státě Spojených států. Indiana bude řídit veškerá práva a nároky v rámci tohoto potvrzení o pojištění.

V případě, že společnost neposkytne dávky nebo nezaplatí či neodškodní jakoukoli nárokovanou částku splatnou v rámci tohoto pojištění, pak se společnost na požádání sponzorské společnosti a/nebo pojištěné osoby a po obdržení právně platného řízení nebo předvolání podrobí soudní jurisdikci kompetentního soudního dvora se sídlem v Marion County, Indiana za předpokladu, že existuje nezávislý a ústavní základ pro jurisdikci *in personam* nad společností u řečeného soudního dvora a řečeného státu. Společnost souhlasí s osobní jurisdikcí a místem soudního obvodu a/nebo nejvyšších soudů Marion County, Indiana nebo Obvodního soudu Spojených států pro jižní okrsek Indiana, divize Indianopolis (za předpokladu, že federální jurisdikce je také vhodná a právně platná). Veškerá soudní řízení týkající se jakýchkoli sporů v rámci tohoto pojištění budou jednoznačně předkládána a rozhodována výhradně soudem jako dokazování skutku, bez poroty. Společnost si vyhrazuje právo, jednat skrze a prostřednictvím správce plánu, iniciovat a jednat o deklaratorním rozsudku a/nebo jiné nápravě s ohledem na platnost, závazný účinek, správu a/nebo jakýkoli spor nebo rozpor vzniklý z tohoto pojištění. Bude-li vyvoláno jakékoli soudní řízení proti společnosti nebo ji

samotnou dle podmínek odstavce B(6), bude se společnost řídit konečným rozhodnutím takového soudu nebo jakéhokoli odvolacího soudu v případě odvolání.

Pouze pro občany Floridy: Jestliže v rámci termínů a podmínek tohoto potvrzení vznikne jakýkoli spor, pak takovýto spor bude postoupen arbitráži ve shodě s postupy Americké arbitrážní asociace. Jakákoli takováto arbitráž bude vedena do 50 mil od místa bydliště pojištěné osoby a společnost zaplatí veškeré náklady a poplatky (nezahrnuje žádné právníkové poplatky) řízení nad \$ 500.00.

Nic v tomto odstavci B(6) netvoří ani není určeno, zvažováno nebo chápáno jako vzdání se společností svého práva, v rámci kterého může: (i) odporovat místu, volbě procedurálního a/nebo hmotného práva, osobní jurisdikci anebo předmětné jurisdikci na jiném fóru než soudní obvod nebo nejvyšší soudy Marion County, Indiana nebo Obvodního soudu Spojených států pro jižní okrsek Indiana, divize Indianapolis (za předpokladu, že federální jurisdikce je také vhodná a právně platná), (ii) vyvolat řízení u jakéhokoli soudu s kompetentní jurisdikcí v anebo mimo Spojené státy, (iii) předat žalobu Obvodnímu soudu Spojených států, nebo (iv) snažit se převést případ k jinému soudu nebo fóru, jak povolují zákony takového fóra nebo zákony Spojených států nebo jakékoli odpovídající zákony Spojených států; veškerá jejich práva jsou jednoznačně vyhrazena a zachována.

Podléháje a bez omezení, rozšiřování, změn, modifikací nebo zřeknutí se jakýchkoli výše uvedených podmínek uvedených v odstavci B(6), dle jakéhokoli statutu jakéhokoli státu, území nebo obvodu Spojených států, které vydají odpovídající nařízení, společnost tímto jmenuje dozorce, komisaře nebo ředitele pojištění (anebo takového jiného úředníka, který má specifické oprávnění pro účely statutu), nebo jeho následovníka jako svého pravého a právoplatného právního zástupce dle zvláštní plné moci, kterému budou předkládány jakékoli soudní procesy zahájené v souvislosti s vyvoláním jakéhokoli kroku, žaloby nebo soudního řízení zahájeného pojištěnou osobou nebo v jejím zastoupení vyplývající z tohoto pojištění včetně a výhradně komisaře pro pojištění Oddělení pojištění Indiana, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN 46204 a tímto určuje a jmenuje Johna P. Dearie, Jr., Esq., Edwards & Angell, LLP, 750 Lexington Avenue, New York, New York 10022 zmocněným zástupcem a zástupcem pro doručování soudních písemností, jemuž je řečený úředník nebo komisař zplnomocněn doručovat dokumenty o jakémkoli soudním řízení nebo jejich pravé kopie.

Odsouhlasení, přijetí nebo uznání krytí nebo dávek pod tímto pojistným plánem, použití nebo předložení identifikační karty vydané v souvislosti s tímto pojistným plánem a/nebo předložení jakýchkoli nároků nebo požadavků v souvislosti s tímto pojistným plánem pojištěnou osobou jako příjemcem níže uvedeného tvoří a jsou považovány jako souhlas pojištěné osoby se všemi podmínkami hlavní pojistky a tohoto potvrzení včetně a bez omezení podmínky tohoto odstavce B(6).

(7) ZKRESLENÉ ÚDAJE – Jakékoli nesprávné uvedení, vynechání, skrytí podvodu ve vztahu k jakémukoli prohlášení, potvrzení nebo záruce učiněné sponzorskou organizací anebo jakoukoli pojištěnou osobou anebo jejími zástupci, agenty nebo zmocněnci, ať už písemně nebo jinak vůči společnosti nebo správci plánu nebo jejich agentům, zaměstnancům nebo zástupcům v souvislosti s vznášením pojistného nároku dle tohoto pojištění učiní toto pojištění neplatným pro osobu nebo osoby, které učinily takovéto nesprávné uvedení, vynechání, skrytí podvodu a/nebo bylo takto učiněno v jejich zastoupení a veškeré nároky a dávky dle tohoto pojištění budou zrušeny a anulovány.

(8) PLATEBNÍ NESCHOPNOST – Platební neschopnost, bankrot, finanční zhoršení, konkurzní správcovství, dobrovolný plán vypořádání s věřiteli nebo likvidace pojištěnce, sponzorské společnosti nebo jakékoli pojištěné osoby nezpůsobí společnosti jakoukoli odpovědnost nebo závazek jiný, než speciálně zahrnutý do tohoto pojištění.

(9) KLAUZULE O SUBROGACI – Všechny pojištěné osoby se zavazují, že budou vlastním jménem provádět a plně spolupracovat se společností při soudním stíhání a podávání žaloby při jakýchkoli a všech platných nárocích které mohou mít vůči jakékoli třetí straně, která by mohla být odpovědná za jakoukoli ztrátu nebo poškození vzniklé z jakéhokoli činu, zanedbání nebo události, která bude mít anebo by mohla mít za výsledek ztrátu hotovosti, provize, dávek nebo krytí nároku společností dle tohoto pojištění a dále, že společnost nahradí veškeré vymahatelné nebo vymožené částky s tím související, a to na základě, že společnost bude odškodněna a oprávněna jako první k plné náhradě veškerých částek, které zaplatila nebo má zaplatit předtím, než bude mít pojištěná osoba podíl na takto získaných částkách. Pokud pojištěná osoba nebude spolupracovat, nahradit částku nebo žalovat jakékoli platné nároky vůči jakékoli třetí straně nebo stranám a společnost se tím či jinak stane

odpovědnou nebo jinak zavázanou vykonat platbu dle podmínek tohoto pojištění, pak společnost převezme veškerá práva a zájmy pojištěné osoby a může tyto nároky žalovat svým jménem. Fakt, že pojištěná osoba předloží prokázání nároku nebo přijetí krytí nebo dávek dle tohoto pojištění, tvoří zplnomocnění, souhlas a zadání těchto převodních práv pojištěnou osobou na společnost. Jakákoli částka, kterou společnost vymůže v souvislosti s výše uvedeným, bude nejprve použita na plné splacení nákladů výdajů, které společnosti vznikly, včetně odpovídajících právnických poplatků a náhradu jakýchkoli částek, které společnost zaplatila anebo je povinna zaplatit dle tohoto pojištění. Veškeré zbývající získané částky budou vyplaceny pojištěné osobě, která je k tomu právně způsobilá.

(10) JINÉ POJIŠTĚNÍ – Společnost nebude odpovědná nebo povinná poskytnout jakékoli krytí nebo dávky ani nezaplatit či odškodnit jakýkoli nárok dle tohoto pojištění, pokud bude existovat jiné pojištění, členský příspěvek, program kompenzace pracovníků nebo pracovního místa nebo jiný vládní program, odškodnění nebo podobné krytí, právo na příspěvek, smlouva o náhradě nebo odškodnění anebo jakákoli povinnost či závazek třetí strany anebo oprávnění k čerpání dávek („jiné krytí“), který by v průběhu trvání tohoto pojištění byl dostupný nebo by vznikla povinnost poskytnout tyto dávky nebo zaplatit nebo poskytnout odškodnění za takovýto nárok, vyjma jakýchkoli překročení částky splatné nebo poskytnuté tímto jiným krytím a tato pojistka by nebyla ovlivněna. Společnost nebude odpovědná ani povinná poskytovat jakékoli dávky ani platit jakékoli odškodnění jakéhokoli nároku, pokud jde o péči nebo dodávky poskytované jakýmkoli programem nebo agenturou z fondů jakékoli vlády nebo vládního úřadu.

(11) ZRUŠENÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY - Sponzorská společnost, v zastoupení pojištěné osoby, může požadovat zrušení prohlášení pojištěné osoby dle tohoto potvrzení a vrátit pojistné, pokud zašle společnosti písemnou výpověď před datem platnosti krytí, čímž všechna veškerá krytí a všechny dávky dle tohoto pojištění budou zrušeny a stanou se neplatnými a pozbudou účinnosti. Po datu platnosti krytí bude vrácené pojistné stanoveno poměrným dílem.

(12) PŘÍSLUŠNÁ MĚNA – Veškeré částky dávek, krytí, peněžní limity a ostatní částky uvedené v hlavní pojistce, žádosti, prohlášení, tomto potvrzení a v kterémkoli z dodatků včetně pojistného budou vypláceny v amerických dolarech \$ nebo v EUR tak, jak si zvolí sponzorská společnost na žádosti a jak uvede na straně prohlášení.

(13) SPOLUPRÁCE – Sponzorská organizace a všechny pojištěné osoby a jejich odpovídající lékaři, nemocnice a ostatní poskytovatelé a dodavatelé léčebných a lékařských služeb se zavazují, že budou plně spolupracovat se společností a správcem plánu při kontrole, průzkumu, posuzování, zvažování odvolání a/nebo správě jakéhokoli nároku na dávky dle tohoto pojištění včetně udělení plného práva přístupu ke všem relevantním a souvisejícím lékařským dokumentům, lékařským anamnézám, zprávám, laboratorním testům a jejich výsledkům, rentgenům a veškerým dalším dostupným důkazům vztahujícím se k anebo ovlivňujícím kontrolu, průzkum, posuzování nebo správu nároku. Společnost může dle svého uvážení pozastavit posouzení nároku a/nebo zamítnout dávky a/nebo krytí nároku, pokud dojde k následujícímu: (i) odmítnutí takto spolupracovat, (ii) bezdůvodnému zdržení takovéto spolupráce a/nebo (iii) jakékoli opomenutí na straně sponzorské společnosti, pojištěné osoby a/nebo jejich zdravotních poskytovatelů, což brzdí, zpožďuje, narušuje nebo jinak poškozuje plnění povinností společnosti dle tohoto pojištění.

(14) VYROVNÁNÍ NÁROKŮ – Oprávněné a pokryté nároky za oprávněné zdravotní výdaje nebo jiné dávky dle tohoto pojištění, které byly dříve zaplacený pojištěnou osobou nebo v jejím zastoupení v případě, že společnost podá příznivé posouzení, budou společností nahrazeny přímo pojištěné osobě šekem nebo kabelovým přenosem na její poslední známou adresu trvalého bydliště nebo na poštovní adresu nebo do banky tak, jak je uvedeno na formuláři nároku. V průběhu platnosti pojistky se pojištěná osoba z důvodu zajištění efektivní a řádné administrativy zavazuje, že bez odkladu uvědomí společnost o jakékoli změně těchto adres. Oprávněné a pokryté nároky za oprávněné zdravotní výdaje nebo jiné dávky dle tohoto pojištění, které nebyly zaplacený pojištěnou osobou nebo v jejím zastoupení v době posuzování nároku, budou zaplacený společností šekem nebo kabelovým přenosem pojištěné osobě na její poslední známou adresu trvalého bydliště anebo dle výhradního rozhodnutí společnosti (avšak bez povinnosti tak učinit) a jako kompromis vůči pojištěné osobě, přímo poskytovateli/poskytovatelům, dle konkrétní situace. Veškeré nároky, vyrovnání, platby a odškodnění podléhají odpovídajícím odečitatelným položkám a spolupojištění – pokud tak bude stanoveno - a dávkovým limitům a podlimitům a všem ostatním podmínkám tohoto pojištění. Žádný poskytovatel

zdravotnických a lékařských služeb ani žádná jiná třetí strana nebude mít žádný přímý nebo nepřímý nárok nebo právo kroku vůči společnosti v rámci tohoto potvrzení, vůči prohlášení nebo hlavní pojistce, ať už prostřednictvím údajného zadání dávek, subrogace zájmů nebo jinak, pokud to nebude jednoznačně nejprve písemně schváleno společností a bez ohledu na to, jestliže společnost využije nebo nevyužije jakoukoli možnost nebo uvážení dle tohoto odstavce týkající se způsoby výplaty pojistného nároku. Není zamýšleno, že by jakýkoli poskytovatel, dodavatel nebo jiná třetí strana měla nebo mohla být mít práva jako příjemce pojistného plnění dle tohoto potvrzení, prohlášení nebo hlavní pojistky.

(15) PODVODNÉ NÁROKY – Jestliže bude jakýkoli nárok nebo požadavek na dávky dle tohoto pojištění v jakémkoli ohledu podvodný nebo nepoctivý nebo pokud jakákoli pojištěná osoba nebo kdokoli jednající nebo v zastoupení dle tohoto pojištění použije podvodné nebo nepoctivé prostředky nebo nástroje, pak se tato pojištěná osoba vzdá a pozbude veškeré minulé, současné a budoucí dávky, krytí a nároky dle tohoto pojištění a tyto mohou být společností zrušeny, učiněny neplatnými, anulovány a ukončeny, a to výhradně a dle vlastního rozhodnutí společností a tato nebude mít žádný závazek či povinnost vůči takovýmto dávkám, krytím nebo nárokům.

(16) ARBITRÁŽ – Není-li uvedeno jinak v hlavní pojistce, žádný nárok na dávky, vůči kterému bylo plnění, způsobilost nebo krytí dle tohoto pojištění společností zamítnuto, celkově nebo částečně, stejně tak jako jakékoli spory nebo neshody vzniklé z tohoto pojištění nebo k němu se vztahující, budou podrobeny arbitráži za jakýchkoli okolností a z jakéhokoli důvodu.

(17) UKONČENÍ HLAVNÍ POJISTKY – Hlavní pojistka může být ukončena kdykoli buď společností nebo pojištěncem podáním alespoň třiceti (30) denní písemné výpovědi druhé straně a sponzorské společnosti a všem pojištěným osobám. Toto ukončení nebude mít žádný vliv na toto potvrzení před datem ukončení ani na oprávněné krytí nebo dávky dle tohoto pojištění, které byly získány dříve. Po ukončení hlavní pojistky nebude vydáno žádné další potvrzení ani nebudou přijímány žádné žádosti v rámci plánu.

(18) UKONČENÍ SKUPINOVÉHO POTVRZENÍ – Krytí dle tohoto potvrzení může být ukončeno sponzorskou společností podáním alespoň třiceti (30) denní výpovědi společnosti. A dále, krytí dle tohoto potvrzení bude ukončeno ve 12:01 východního standardního času, k nejbližšímu následujícímu datu:

(a) konec doby, za kterou sponzorská společnost plně a včas zaplatila pojistné v zastoupení pojištěných osob; nebo

(b) k datu ukončení hlavní pojistky dle odstavce B(17) výše; nebo

(c) dvanáct (12) měsíců následujících datum platnosti potvrzení, pokud sponzorská společnost a společnost prodloužily platnost tohoto pojištění a sponzorská společnost požádala o obnovení tohoto potvrzení a to bylo schváleno, a to za takových podmínek, které byly v tom čase nabídnuty společností a na formulářích, které jsou pro společnost přijatelné;

avšak za předpokladu, že jakékoli takovéto ukončení nebude mít žádný vliv na tehdy existující krytí poskytnuté pojištěným osobám tímto pojistným plánem před datem ukončení ani na oprávněné krytí nebo dávky dle tohoto pojištění, které byly získány dříve nebo během zbývajících doby pojištění, která byla v té době platná včetně jakéhokoli přípustného prodloužení jakékoli takové doby pojištění ve shodě s podmínkami tohoto pojištění.

(19) UKONČENÍ POJISTNÉHO KRYTÍ PRO JEDNOTLIVÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY - Dle podmínek v odstavci B(17) a B(18) výše bude krytí a dávky pojištěné osoby dle tohoto pojistného plánu ukončeny s účinností 12:01 východního standardního času k nejbližšímu následujícímu datu:

(a) první den následující dobu za kterou bylo zaplacené pojistné v plné výši a včas v zastoupení pojištěné osoby ; nebo

(b) datum, kdy se pojištěná osoba již aktivně nezapojuje do výchovného a kulturního programu výměny v zemi zadání prostřednictvím sponzorské organizace nebo školy registrované u sponzorské organizace včetně ukončení tak, jak je uvedeno v odstavci M. Zvláštní provize pro návrat domů ; nebo

(c) datum, kdy se pojištěná osoba vrátí do své domovské země; nebo

(d) den následující dvanáct (12) měsíců neustálého krytí dle tohoto pojistného plánu;

(e) datum specifikované společností v jakémkoli oznámení výpovědi, propadnutí nebo zrušení dle ustanovení odstavce B(7) nebo B(15) výše nebo B(22) níže.

Krytí pojištěné osoby zůstane v plné platnosti a účinnosti, pokud nebude ukončeno dle ustanovení tohoto odstavce B(19), s výjimkou a nebude-li uvedeno jinak v hlavní pojistce, prohlášení nebo v tomto potvrzení.

(20) OBHAJObA PACIENTA – Ani společnost ani správce plánu nebudou mít žádné právo, povinnost nebo zplnomocnění pro žádný typ výběru lékařů, nemocnic nebo jiných poskytovatelů lékařských nebo zdravotních služeb pro jakoukoli pojištěnou osobu ani nesmějí provádět žádná rozhodnutí o lékařské péči pro anebo v zastoupení pojištěné osoby a všechna tato rozhodnutí budou učiněna výhradně a pouze pojištěnou osobou a/nebo jejími opatrovníky, členy rodiny a ošetřujícím lékařem a ostatními poskytovateli lékařských služeb. Dle výše uvedeného může společnost rozhodnout, zda určitý nárok, dávka, léčba nebo diagnóza vzniklá nebo související s tímto pojištěním může být zařazena do programu „obhajoby pacienta“ s cílem zabezpečit „nezbytnou lékařskou péči“ a její poskytovatele co nejúčinnějším způsobem. Pokud společnost určí, že nárok, léčba, dávka nebo diagnóza splňují podmínky programu obhajoby pacienta, pak společnost uvědomí pojištěnou osobu v co nejbližší možné době a pojištěné osobě bude přidělen obhájce pacienta. Pak může pacientův obhájce zhodnocovat a/nebo doporučovat způsob léčby a/nebo léčebné postupy a/nebo dodávky, které mohou být úspornější pro společnost a/nebo pojištěnou osobu. Společnost vynaloží veškeré úsilí, aby vyhodnotila a doporučila způsob léčby a/nebo léčebné postupy, které lze v rozumné míře očekávat jako výsledek stejné nebo lepší péče o pojištěnou osobu. Pojištěná osoba má povinnost přijmout a dodržovat jakákoli doporučení společnosti. Avšak pokud pojištěná osoba přijme a dodržuje jakákoli doporučení společnosti, pak souhlasí, že nebude společnost a zástupce společnosti včetně obhájce pacienta činit z nich odpovědnými a společnost nebude považována či jinak vinna za jakékoli léčení nebo dodávku poskytnutou pojištěné osobě, vyjma plateb nároků a dávek způsobitelných pro pojistné krytí v rámci podmínek tohoto pojištění. Poté, kdy je pojištěná osoba informována, že nárok, léčení, dávka nebo diagnóza splňuje program obhajoby pacientů společnosti, vyhrazuje si tato právo dle své volby a svého výhradního uvážení a bez jakéhokoli závazku:

(a) zaplatit za léčbu a/nebo dodávky, které, ačkoli nejsou výslovně kryty tímto pojištěním, mohou být přínosem pro pojištěnou osobu a úsporné pro společnost; a/nebo

(b) zamítnout krytí a/nebo dávky za jakékoli poplatky včetně kvalifikovaných lékařských výdajů jinak způsobitelných pro krytí, avšak které by dle podmínek tohoto odstavce překročily částku, kterou by společnost byla pokryla, pokud by pojištěná osoba přijala a dodržovala doporučení programu obhajoby pacienta.

(21) PRÁVO NÁHRADY – v případě, že firma přeplatí jakýkoli nárok na dávky dle tohoto pojištění z jakéhokoli důvodu a bez omezení, protože:

(a) veškerý nárok nebo část nároku nevznikla anebo nebyla zaplácena v zastoupení pojištěné osoby ani jí samotnou; nebo

(b) pojištěná osoba nebo jakýkoli člen rodiny pojištěné osoby, ať už člen rodiny je nebo byl pojištěnou osobou dle tohoto pojistného plánu, byl vyplacen anebo má nárok na vyplacení celého nároku nebo jeho části jiným pojištěním anebo jiným zdrojem, než ze společnosti; nebo

(c) veškerý nárok nebo část nároku nebyla způsobitelná k platbě nebo krytí dle podmínek tohoto pojištění; nebo

(d) veškerý nárok nebo část nároku byla odškodněna na základě nesprávné nebo chybné žádosti o dávky dle tohoto pojištění; nebo

(e) veškerý nárok nebo část nároku byla poskytovatelem nebo dodavatelem omluvena, nebrána v úvahu, zanedbána, pozbyla platnosti, zlevněna nebo uvolněna poskytovatelem nebo dodavatelem; nebo

(f) pojištěná osoba není povinována nebo odpovědná za veškerý nárok nebo část nároku v důsledku právní moci;

pak má společnost právo na náhradu a vrácení přeplacené částky od pojištěné osoby a/nebo nemocnice, lékaře nebo jiného poskytovatele služeb nebo dodávek, dle konkrétního případu. Za přeplatek nároků dle pododstavců B(20) (c) a (d) výše, bude částka náhrady a vyrovnání rozdílem mezi: (i) částkou skutečně zaplacenou společností; a (ii) částkou – bude-li – , která měla být zaplacená společnosti dle podmínek tohoto pojištění. Pro jakékoli další přeplatky bude částka přeplatku a vyrovnání považována jako přeplacená. Jestliže pojištěná osoba, lékař nebo jiný poskytovatel služeb a dodávek neučiní ihned toto vyrovnání se společností, pak společnost může navíc k ostatním dostupným právům a opravným prostředkům (všechny z nich jsou vyhrazeny): (i) snížit odpočet z jakékoli částky z jakéhokoli budoucího nároku, který je jinak způsobilý ke krytí nebo platbě dle tohoto pojištění, a to do v plném rozsahu dlužném společnosti; a/nebo (ii) zrušit toto potvrzení a veškeré další krytí pojištěné osoby dle hlavní pojistky podáním třiceti (30) denní písemné výpovědi zasláné poštou pojištěné osobě na její poslední známou adresu trvalého pobytu nebo poštovní adresu a kompenzovat vůči částce poměrně náhradu dlužného pojistného pojištěnou osobou do plné výše náhrady dlužné společnosti.

(22) MOŽNOST OBNOVENÍ – Po počátečních dvanácti (12) měsících doby pojištění může být krytí dle tohoto plánu obnoveno o dalších dvanáct (12) měsíců na maximálních čtyřicet osm (48) následujících měsících. Jakákoli doba platnosti politiky nesmí překročit dvanáct (12) měsíců. Jestliže jakékoli pojistné období dle tohoto pojištění vyprší nebo je ukončeno z jakéhokoli důvodu, krytí v rámci plánu nelze obnovit, ale může být znovu samostatně písemně vyhotoveno dle nového potvrzení (pouze v případě, že jsou dodrženy veškeré odpovídající zásady způsobilosti). Nová žádost o pojistné musí být doručena společnosti, aby mohla být účinná a v případě schválení bude vydáno nové potvrzení a bude určena nová počáteční doba pojištění uvádějící v platnost nové krytí a opět, dle schválení, bude vydáno nové potvrzení a nová počáteční doba pojištění pro každou platnou obnovenou žádost. Pro nové žádosti budou v jednotlivých případech platit nové odpočítatelné položky, rozpisy nárokových limitů a sublimitů, podmínky krytí, požadavky způsobilosti, jakož i dříve existující výjimky z podmínek, rovněž krytí na dobu určitou.

- a. V případě jakéhokoli požadavku o obnovení musí pojištěná osoba splnit veškeré stávající požadavky na způsobilost pojištění, které jsou stanoveny společností na základě jejího výhradního rozhodnutí (viz např. odstavec D); a
- b. Maximální doba nepřetržitého krytí dle tohoto pojištění včetně počáteční doby pojištění a jakýchkoli dalších obnovení nesmí překročit celkově čtyřicet osm (48) nepřetržitých měsíců, a
- c. Poté, kdy společnost přijme obnovenou žádost sponzorské společnosti, bude vydáno nové prohlášení o pojištění a aktuální potvrzení o pojištění pojistného plánu pro pojistnou osobu k datu každého individuálního obnoveného pojištění dané osoby.

(23) VYSVĚTLENÍ NEBO POTVRZENÍ DÁVEK – V případě jakéhokoli telefonického dotazu bude učiněno vše pro to, aby byla poskytnuta pomoc všem pojištěným osobám a jí příslušejícím poskytovatelům a dodavatelům lékařské péče tak, aby porozuměli statutu a rozsahu dostupných dávek a krytí dle tohoto pojištění; avšak za předpokladu, že žádné prohlášení učiněné jakýmkoli zmocněncem, zaměstnancem nebo zástupcem společnosti nebo správcem plánu nebude považováno nebo chápáno jako žalovatelný výklad slibu nebo překážka uplatnění žalovatelného nároku ani nevytvoří žádnou odpovědnost vůči společnosti nebo správci plánu ani nebude vykládána jako zavazující společnost k obměně, náhradě, zřeknutí se, rozšíření nebo doplnění jakýchkoli podmínek pojistné smlouvy nebo tohoto potvrzení, pokud tak nebude výhradně učiněno písemně a podepsáno zplnomocněným zmocněncem nebo zástupcem společnosti. Pokud jde o způsobilost, pak jakákoli rozhodnutí, dávky, ověření, rozhodnutí o konečném krytí a posouzení nároků a konečné platby a/nebo odškodnění dávek nebo nároků bude určeno a posouzeno pouze po nebo v době řádné a úplné registrační dokumentace a/nebo prokázání nároku, které budou předloženy dle aktuální situace, dále

je třeba poskytnou možnost prověření v přijatelné míře a/nebo přezkoumání, poskytnutí spolupráce a veškerých dalších doplňujících informací včetně příslušných lékařských zpráv, budou-li považovány společností za nezbytné, a to vše v písemné formě. Nároky s odvoláním budou dále prověřeny a /nebo přezkoumány. Podmínky hlavní pojistky řídí veškerá možná krytí a platby, které byly provedeny anebo mají být provedeny. Bude-li z jakéhokoli důvodu považována definitivní odpověď ohledně specifických dotazů týkajících se pojistného krytí, pak sponzorská společnost nebo jakákoli pojištěná osoba anebo její poskytovatel lékařské péče předloží společnosti písemný požadavek včetně veškerých relevantních lékařských informací a prohlášení ošetřujícího lékaře (bude-li to nutné) a společnost zašle písemnou odpověď, kterou založí do spisu. Jestliže se společnost rozhodne celkově nebo předběžně ověřit sponzorské organizaci, poskytovateli nebo pojištěné osobě, že zranění nemoc, diagnóza nebo navrhovaná léčba je nebo může být kryta dle tohoto pojištění anebo že dávky za to stejné jsou nebo mohou být dostupné, jak je uvedeno v tomto potvrzení, pak jakákoli taková ověření dávek nezaručují ani výplatu dávek ani částku dostupnosti dávek. Konečná určení, rozhodnutí o pojistném krytí, odvolání nároků a skutečné náhrady nebo platby nároků nebo dávek podléhají všem podmínkám tohoto pojištění, včetně a bez omezení archivace řádného a úplného prokázání nároku dle odstavce B) (3) a spolupráce dle odstavce B(13).

C. ROZPIS DÁVEK/LIMITŮ - Dle podmínek tohoto pojištění včetně a bez omezení odpočtů a spolupojištění (pokud není výslovně stanoveno jinak), výjimky stanovené v odstavci M hlavní pojistky a tohoto potvrzení a různých limitů a sublimitů stanovených níže společnost slibuje sponzorské společnosti, že poskytne každé pojištěné osobě následující souhrn dávek a krytí vzniklých ze zranění nebo nemoci v rámci tohoto pojištění, které je v platnosti:

<u>Dávka/Ostatní</u>	<u>Limit/Sublimit</u>
<u>Oblast krytí</u>	celosvětová vyjma mateřskou zemi
<u>Maximální limit</u>	jak je uvedeno na stránce prohlášení
<u>Doživotní maximum Dávka</u>	jak je uvedeno na stránce prohlášení
<u>Ambulantní pacient spoluúčast</u>	jak je uvedeno na stránce prohlášení spoluúčast pacienta dle povahy zranění/nemoci
<u>Pohotovostní pokoj</u>	za zranění: \$0
<u>Odečitatelné částky (pouze USA)</u>	za nemoc končící přímou hospitalizací: \$0 za nemoc nekončící přímou hospitalizací: \$250/175 EUR
<u>Spolupojištění</u>	100%
<u>Nemocniční lůžko & strava</u>	až do úrovně pokoje poskytujícího částečné soukromí včetně sesterské služby
<u>Jednotka intenzivní péče</u>	obvyklé, přiměřené a běžné
<u>Fyzická terapie</u>	obvyklé přiměřené a běžné; dávky ambulantních pacientů jsou omezeny na 1 návštěvu denně maximální splatná částka je \$ 2,500/1750 EUR za dobu pojištění
<u>Návštěvy lékaře</u>	obvyklé přiměřené a běžné; dávky jsou mezeny na jednu návštěvu denně, nevztahuje se na chirurgické nároky
<u>Předepsané léky</u>	obvyklé, přiměřené a běžné
<u>Kvalifikované lékařské výdaje</u>	obvyklé, přiměřené a běžné

<u>Výdaje za místní ambulanci</u>	při zranění: obvyklé, přiměřené a běžné při nemoci s výsledkem přímé hospitalizace: obvyklé, přiměřené a běžné při nemoci bez přímé hospitalizace: není krytí
<u>Ošetření chrupu</u>	úleva při náhlé a neočekávané bolesti zdravých, normálních zubů včetně, ale bez omezení plomb: až do \$200/140 EUR za každý případ; omezeno na 3 události za dobu pojištění Zranění: až do \$500/350 EUR maximálně za nehodu včetně zlomeniny čelisti
<u>Výdaje za rychlý převoz</u>	Až do \$1000/700 EUR za převoz do domovské země v případě úmrtí blízkého člena rodiny
<u>Výdaje za nouzovou lékařskou evakuaci</u>	Až do maximálního limitu. Je třeba předem schválit a koordinovat se společností
<u>Spojená záchranná služba</u>	Až do \$15,000/10.500 EUR na pojistnou dobu. Je třeba předem schválit a koordinovat se společností
<u>Návrat ostatků</u>	Až do \$25.000/17.500 EUR. Je třeba předem schválit a koordinovat se společností.
<u>Smrt v důsledku nehody a ztráta částí těla</u>	Za smrt v důsledku nehody \$25,000/17.500 EUR; za části těla viz odstavec J
<u>Předběžné potvrzení</u>	50% sleva na kvalifikované lékařské výdaje až do maxima \$2500/1750 EUR jestliže požadavky na předběžné potvrzení nebyly splněny nebo jestliže výdaje nebyly předem potvrzeny.

D. ZPŮSOBILOST PRO KRYTÍ/DATUM PLATNOSTI KRYTÍ – Pokud není pojištěná osoba způsobilá, je tato pojistná politika neplatná *ab initio* a zaplacené pojistné bude navráceno.

(1) Způsobilost – osoba, která by měla být způsobilá pro krytí v rámci tohoto pojištění, pak tato osoba musí:

- (a) být aktivně zapojena anebo se účastnit programu vzdělávací cestovní nebo kulturní výměny v zemi zadání prostřednictvím sponzorské společnosti; a
- (b) legálně opustila domovskou zemi a přijela do hostující země; a
- (c) není občanem hostující země; a
- (d) nevyžadovala vyplacení pojistného ke dni platnosti krytí nebo před ním; a
- (e) má méně než šedesát pět (65) let.

Společnost si vyhrazuje právo čas od času prozkoumat a prověřit způsobilost studentského statutu a záznamy o účasti ve sponzorské organizaci nebo škole, aby si ověřila, že veškeré požadavky o způsobilosti byly dodrženy u každého účastníka, který se stal pojištěnou osobou. Pokud a jestliže společnost zjistí, že požadavky na způsobilost účastníka nebyly splněny, pak bude odpovídající částka pojistného, ať už pojistné krytí nebo dávky zrušeny a ukončeny se zpětným účinkem k počátečnímu datu, ke kterému bude pojistné navráceno.

(2) Platné datum krytí - Platné datum krytí pro oprávněného účastníka je datem, kdy se účastník poprvé stane oprávněným pro obdržení krytí a dávek dle tohoto pojistného plánu jako pojištěná osoba ve shodě s podmínkami tohoto pojištění. Datum platnosti krytí pro pojištěnou osobu je nejpozději:

- (a) datum, kdy pojištěná osoba vstoupí do hostující země; nebo
- (b) datum, kdy je oprávněný účastník uveden na seznamu jako pojištěný na základě sčítání obyvatel sponzorskou společností pro společnost a za kterého bylo včas

zapláceno pojistné; nebo

(c) datum vyžadované při registraci pro krytí pojištěné osoby.

E. POŽADAVKY /USTANOVENÍ PRO PŘEDBĚŽNÉ POTVRZENÍ – Předběžné potvrzení je pouze všeobecným rozhodnutím o lékařské nezbytnosti a veškerá taková rozhodnutí jsou učiněna společností (jednající prostřednictvím zplnomocněných zástupců) ve shodě a na základě kompetencí a přesnosti informací poskytnutých pojištěnou osobou a jejích příbuzných, opatrovníků a/nebo ostatních poskytovatelů lékařské péče v době předběžného potvrzení. Společnost si vyhrazuje právo napadnout, zpochybnit a/nebo zrušit prvotní rozhodnutí o lékařské nezbytnosti na základě následně obdržovaných informací. Předběžné potvrzení není zajištěním nebo zplnomocněním léčby nebo krytí, není ani ověřením dávek ani garancí plateb. Skutečnost, že léčba nebo dodávky jsou předem potvrzeny společností, nezaručuje výplatu dávek, možnost krytí nebo částku dostupnosti dávek. Uvážení společnosti a rozhodnutí o požadavku předběžného potvrzení, stejně tak jako jakákoli přezkoumání nebo posouzení veškerých lékařských nároků v této souvislosti předložených, bude stále podléhat podmínkám hlavní pojistky, tohoto potvrzení včetně vyloučení dříve existujících podmínek a ostatních jmenovaných výjimek, limitů dávek a dalších omezení a požadavků, aby nároky byly obvyklé, přiměřené a běžné. Také žádné kritérium nebo rozhodnutí žádosti o předběžné potvrzení nebude stanoveno nebo považováno za schválení, zplnomocnění nebo ratifikaci, doporučení nebo souhlas společnosti s jakoukoli diagnózou nebo navrhovaným způsobem léčby. Ani společnost ani správce plánu (ani nikdo jednající v jejich zastoupení) nemá zmocnění k výběru lékařů, nemocnic nebo jiných poskytovatelů lékařské péče pro pojištěnou osobu, ani k provádění diagnózy nebo předepisování způsobu léčby v zastoupení pojištěné osoby a veškerá tato rozhodnutí musí být provedena výhradně a pouze pojištěnou osobou a členy její rodiny nebo opatrovníky nebo ošetřujícím lékařem nebo ostatními poskytovateli lékařské péče. Jestliže pojištěná osoba a její poskytovatelé lékařské péče dodrží tyto požadavky pro předběžné potvrzení hlavní pojistky a tohoto potvrzení a léčba nebo dávky jsou předběžně potvrzeny jako lékařsky nezbytné, pak společnost odškodní pojištěnou osobu za kvalifikované lékařské výdaje vzniklé v této souvislosti dle všech podmínek pojištění včetně odpočitatelných částek a spolupojištění. Nárok na výplatu a výplata dávek podléhá všem podmínkám tohoto pojištění.

(1) SPECIFICKÉ POŽADAVKY – Následující léčby a/nebo dodávky musejí být společností vždy předem potvrzeny jako lékařsky kvalifikované, a to prostřednictvím správce plánu:

- (a) léčba pacienta v nemocnici a/nebo dodávky jakéhokoli druhu; a
- (b) jakýkoli chirurgický zákrok; a
- (c) jakákoli léčba na jednotce intenzivní péče; a
- (d) jakákoli domácí léčba; a
- (e) trvalé lékařské vybavení; a
- (f) náhradní končetiny; a
- (g) počítačová axiální tomografie (CAT Scan); a
- (h) snímání magnetické rezonance (MRI).

(2) VŠEOBECNÉ POŽADAVKY – Aby vyhověli požadavkům na předběžné potvrzení tohoto pojištění pro léčbu a/nebo dodávky uvedené v odstavci E(1) výše, musejí pojištěná osoba nebo její ošetřující lékař nebo poskytovatel lékařské péče:

(a) kontaktovat společnost prostřednictvím správce plánu na telefonní čísla uvedená na identifikační kartě pojištěné osoby, **a to co nejdříve před provedením léčby nebo dodávky**, a to následně:

Ve Spojených státech: 1-800-628-4664
Mimo Spojené státy: 1-317-655-4500 (na účet volaného, je-li to nezbytné)
E-mail: acm @imglobal.com; a

(b) dodržovat pokyny společnosti a předložit jakékoli informace nebo dokumenty společnosti vyžadované; a

(c) uvědomit všechny lékaře, nemocnice a další poskytovatele lékařských služeb, že toto pojištění obsahuje požadavky na předběžné potvrzení a požádat je o plnou spolupráci se společností.

(3) ZTRÁTA KRYTÍ/DÁVEK PRO NEPLNĚNÍ POŽADAVKŮ PŘEDBĚŽNÉHO POTVRZENÍ – Jestliže pojištěná osoba nebo její poskytovatelé lékařské péče nedodrží požadavky předběžného potvrzení stanovené v odstavci E(2) výše s ohledem na léčebné postupy nebo dodávky určené v pododstavcích E(1)(a) až (h) výše anebo pokud tyto léčebné postupy nebo dodávky nejsou předem potvrzeny:

(a) způsobilé lékařské výdaje, které vznikly v souvislosti s řečenou léčbou a/nebo dodávky budou nejprve sníženy o padesát procent (50%) na maximum \$2500/1750 EUR; a

(b) odpovídající odečitatelná položka bude odečtena ze snížené částky; a

(c) bude-li se na případ vztahovat spolupojištění, pak bude platit pro zbytek snížené částky dle daného případu, jakož i pro další dávky, pokud budou, a bude dostupné pouze pro zbývající zůstatek po snížené částce.

(4) PŘEDBĚŽNÉ POHOTOVOSTNÍ POTVRZENÍ – V případě pohotovostního příjmu do nemocnice je třeba vyhotovit předběžné potvrzení do čtyřiceti osmi (48) hodin po příjmu, a to tak rychle, jak to bude možné.

(5) SOUBĚŽNÁ KONTROLA – Pro jakýkoli způsob léčby v nemocnici společnost předem potvrdí omezený počet dní pobytu založený na sděleném stavu. Poté musí být předběžný požadavek znovu prověřen a schválen, zda je počet dní nemocniční péče nezbytný.

(6) ZPŮSOB ODVOLÁNÍ – Jestliže pojištěná osoba nesouhlasí s rozhodnutím předběžného potvrzení, pak může písemně pořídat společnost o přehodnocení rozhodnutí a může dodat další dokumentaci podporující odvolání. Společnost pak přehodnotí rozhodnutí na základě přezkoumání dodatečné dokumentace, bude-li tato k dispozici. Společnost uvědomí pojištěnou osobu o svém rozhodnutí.

F. KVALIFIKOVANÉ LÉKAŘSKÉ VÝDAJE – Dle podmínek tohoto pojištění, včetně a bez omezení odečitatelných položek, spolupojištění a různých limitů a podlimitů stanovených v rozpisu dávek/limitů uvedených v odstavci C výše a výjimek uvedených v odstavci N níže, odškodní společnost pojištěnou osobu za následující výdaje, a poplatky („poplatky“), které pojištěné osobě vznikly v průběhu doby pojištění s ohledem na nemoc nebo zranění, které bylo utrpěno nebo potvrzeno pojištěnou osobou během doby pojištění v době platnosti tohoto potvrzení, pokud jsou poplatky obvyklé přiměřené a běžné a vznikly v důsledku léčby nebo dodávek, které jsou lékařsky nezbytné („kvalifikované lékařské výdaje“).

(1) Poplatky vzniklé v nemocnici za:

(a) denní pobyt na lůžku a sesterské služby a stravu nepřesahující průměrnou sazbu za pokoj poskytující částečné soukromí; a

(b) denní pobyt na lůžku a sesterské služby a stravu na jednotce intenzivní péče; a

(c) využívání operačního, léčebného nebo rekonvalescentního pokoje; a

(d) služby a dodávky, které jsou nemocnicí rutinně poskytovány osobám, které jsou hospitalizovány; a

(e) akutní ošetření zranění, i když hospitalizace není nutná; a

(f) akutní léčbu nemoci; avšak v USA bude vyplacena pouze odečitatelná částka \$250/175 EUR pokud není pojištěná osoba přímo přijata do nemocnice pro další léčbu nemoci; a

(2) Poplatky vzniklé za lékařskou péči při ambulantním ošetření včetně služeb a dodávek; a

(3) Poplatky lékaře za poskytnutí profesionálního ošetření včetně operace, avšak za předpokladu, že poplatky za asistujícího chirurga budou omezeny jeho sazbou za obvyklé, přiměřené a běžné zákroky a dále za předpokladu, že stálá dostupnost lékaře nebo chirurga nebude považována za profesionální ošetření a nemá tudíž nárok na krytí; a

(4) Poplatky vzniklé za:

(a) obvazy, stehy, sádrování a další dodávky, které jsou lékařsky nezbytné; a

(b) diagnostické testy s použitím radiologie, ultrasonografických nebo laboratorních služeb (psychometrické, behaviorální a vzdělávací testy nejsou zahrnuty); a

(c) základní funkční protézy náhradních končetin, oka nebo hrtanu nebo hrudi, ale ne jejich výměna nebo náprava; a

(d) hemodialýzu a poplatky nemocnice za zpracování a podání krve nebo krevních komponentů, ale ne za náklady skutečné krve a krevních komponentů; a

(e) kyslík a ostatní plyny a jejich podávání; a

(f) anestetika a jejich podávání lékařem; a

(g) léky předepsané lékařem pro léčbu nemoci nebo zranění, ale ne v důsledku náhrady ztracených, odcizených, poškozených, mimo datum platnosti nebo jinak kompromisních léků, a to do maximálně třiceti (30) dní od jakéhokoli jednotlivého předpisu; a

(h) péče poskytnutá v jiném léčebném zařízení po okamžitém přímém převozu z akutní péče nemocnice; a

(i) domácí pečovatelskou službu při pobytu na lůžku poskytnutou kvalifikovaným a schváleným profesionálem pečovatelské agentury po příjmem převozu z akutní péče nemocnice; a

(j) pohotovostní místní převoz sanitkou, který je nezbytný v důsledku zranění nebo nemoci s výsledkem hospitalizace; a

(k) fyzickou terapii předepsanou lékařem a vykonávanou profesionálním fyzickým terapeutem, která je nezbytná a v důsledku zotavování z pokrytého zranění nebo nemoci ; a

(l) lékařsky nezbytné pronajetí trvalého lékařského vybavení do výše kupní ceny; a

(m) dentální léčbu v případě nehody a dentální operace, které přesahují maximum dávek dentální léčby v případě zranění, jak je uvedeno v odstavci K2, které jsou nezbytné pro nápravu nebo výměnu zdravých a přírodních zubů, které byly ztraceny nebo poškozeny při nehodě vedoucí k úrazu krytému dle tohoto pojištění a budou pokryty jako lékařské výdaje, pokud budou pro tento případ předloženy veškeré podklady kvalifikovaného lékařského postupu pro všechny případy vztahující se k dané nehodě.

G. DÁVKA ZA POHOTOVOSTNÍ LÉKAŘSKÝ PŘEVOZ – Dle maximálních limitů stanovených v rozpisu dávek/limitů a ostatních podmínek tohoto pojištění, včetně a bez omezení podmínek a omezení stanovených níže, odškodní společnost pojištěnou osobu za následující výdaje a náklady vzniklé pojištěné osobě v souvislosti s pohotovostním lékařským převozem v době platnosti tohoto potvrzení a doby pojištění:

(1) Pohotovostní letecká přeprava na vhodné letiště nejbližší nemocnici, kde se pojištěné osobě dostane léčby; a

(2) Nezbytná pohotovostní pozemní přeprava předcházející letecké přepravě a z místa odletu do nemocnice, kde se pojištěné osobě dostane léčby; a

(3) Cesta zpět pozemní nebo leteckou přepravou pojištěné osoby po propuštění ošetřujícím lékařem do země, kde k převozu fakticky původně došlo nebo do domovské země pojištěné osoby, a to dle její volby

Podmínky a omezení – Aby pojištěná osoba měla nárok na krytí nezbytného lékařského převozu a dávky s tím související, musí splňovat všechny podmínky tohoto pojištění. Společnost poskytne dávky za nezbytný lékařský převoz pouze, když povaha, nebo, zranění nebo příhoda vyžadující nezbytný lékařský převoz je kryta podmínkami tohoto pojištění. Společnost poskytne dávku za nezbytný lékařský převoz pouze za splnění následujících podmínek:

(a) nezbytné lékařské ošetření nelze provést lokálně; a

(b) převoz jinými prostředky či jiným způsobem by způsobil ztrátu života pojištěné osoby, a to na základě lékařské jistoty; a

(c) pohotovostní lékařský převoz je doporučen ošetřujícím lékařem, který potvrdí veškerá fakta v pododstavcích (a) a (b) výše ; a

(d) pohotovostní lékařský převoz je odsouhlasen pojištěnou osobou nebo osobou jí příbuznou; a

(e) pohotovostní lékařský převoz je schválen společností předem a veškerá opatření jsou společností zařízena; a

(f) podmínka, nemoc, zranění nebo případ na základě něhož došlo k nutnosti využít pohotovostní lékařský převoz:

(I) nastal náhle neočekávaně a spontánně a bez (i) předchozího varování, (ii) předchozí léčby, diagnózy nebo doporučení lékaře k léčbě a (iii) předtím, než se ukázaly symptomy nebo podmínky, které by rozumného člověka přiměly k vyhledání lékařské péče před tím, než došlo k nasazení pohotovostní služby; a

(II) neexistovala předchozí podmínka; a

(g) Společnost pokryje odškodnění za výše uvedené náklady a výdaje a zařídí pohotovostní lékařský převoz pouze do nejbližší nemocnice, která je kvalifikována poskytnout nezbytnou lékařskou péči, tak, aby pojištěná osoba nepřišla o život. Pojištěná osoba si může vybrat jinou nemocnici dle vlastního výběru ve své domovské zemi, ale v tomto případě to bude na náklady pojištěné osoby v částce převyšující náklady, které by vznikly v případě použití nejbližší kvalifikované nemocnice. Pokud pojištěná osoba zvolí jinou nemocnici než nejbližší kvalifikovanou, pak pojištěná osoba, ošetřující lékař nebo příbuzný pojištěné osoby potvrdí společnosti, že pojištěná osoba chápe a bere si na zodpovědnost překročení nákladů a výdajů navíc, než je stanoveno v pododstavcích (a) a (b) podmínky a omezení uvedených výše. Ve všech případech učiní společnost veškerá možná opatření pro nezbytný lékařský převoz a vynaloží své nejlepší úsilí k zajištění nezbytného lékařského převozu prostřednictvím jakýchkoli třetích stran, a to co nejdříve, jak to bude možné. Přijetím tohoto potvrzení a požadavku nezbytného lékařského převozu a dávek s tím spojených, pojištěná osoba chápe, uznává a souhlasí, že načasování, trvání, případně vedlejší události během a v průběhu pohotovostního lékařského převozu mohou být přímo nebo nepřímo ovlivněny okolnostmi, které jsou mimo dozor nebo odpovědnost společnosti včetně, avšak bez omezení : dostupnost, omezení fyzické kondice, spolehlivosti, zaopatření a tréninkového rozvrhu a postupu a výkonnosti nebo nevykonnosti přepravního zařízení a/nebo personálu jakýchkoli smluvních třetích stran, dále zdržení letů nebo jiných forem přeprav z důvodu mechanických závad, vládních činitelů, telekomunikačních problémů, nedostupnosti cest a/nebo jiného typu přepravy anebo jiných podmínek počasí jako i zásahy vyšší moci a nepředvídatelných a/nebo nekontrolovatelných událostí. Pojištěná osoba souhlasí s tím, že nebude činit společnost ani její zástupce vinnými a souhlasí, že společnost ani její zaměstnanci ani zástupci nebudou obviněni či odpovědni za ztráty, zdržení, škody, další zranění nebo nemoci nebo jiné nároky, které vyvstanou nebo jsou částečně či celkově způsobeny zanedbáním smluvních třetích stran nebo jejich zástupců včetně a bez omezení událostí a příčin určených výše. Pojištěná osoba dále souhlasí, že při hledání pohotovostního lékařského převozu bude plně spolupracovat dle odstavce (B) (13) výše a souhlasí, že pokud přestane spolupracovat a/nebo nepřijme pohotovostní lékařský převoz tak, jak byl zařízen společností, bude to mít za výsledek zamítnutí dalších požadavků

pohotovostního lékařského převozu a způsobí odepření dalšího pohotovostního lékařského převozu anebo, dle uvážení společnosti, pouze náhradu nákladů souvisejících s jakýmkoli požadavkem o pohotovostní lékařský převoz učiněný pojištěnou osobou následně a za něj pojištěnou osobou zaplacený.

H. NÁVŠTĚVA V PŘÍPADĚ POHOTOVOSTI - Dle podmínek tohoto pojištění, včetně a bez omezení podmínek a omezení stanovených níže, budou výdaje na návštěvu v případě pohotovosti do výše \$ 15,000/10.500 EUR za dobu pojištění nahrazeny pojištěné osobě, jak je uvedeno v rozpisu dávek/limitů v případech kdy byl pohotovostní lékařský převoz kryt dle podmínek tohoto pojištění nebo v případě, že pojištěný cestuje sám a je hospitalizován po dobu 7 následujících dní. Dle odečitatelných položek a ostatních limitů a podlimitů specifikovaných v rozpisu dávek/limitů a v podmínkách a omezení uvedených níže, budou následující náklady a výdaje vzniklé v důsledku cesty příbuzného nebo přítele pojištěné osoby mít nárok na odškodnění vůči pojištěné osobě na základě doporučení a předchozího schválení společností:

(1) náklady na zpáteční letenku ekonomy třídy pro jednoho příbuzného nebo přítele z letiště, které bude nejbližší jejich pobytu v době pohotovosti na letišti poskytující služby v oblasti, kde je pojištěná osoba hospitalizována důsledkem vzniklé pohotovosti anebo má být hospitalizována jako důsledek pohotovostního lékařského převozu (bude stanoveno dle podmínek pododstavce (c) podmínek a omezení uvedených níže) nebo hospitalizace po dobu 7 následujících dní a návrat z jakéhokoli takového místa je pak aktuálně zvolen do původního místa odletu; a

(2) přiměřené a nezbytné cestovní výdaje, jídlo (max. \$25 za den), přepravní a ubytovací výdaje vzniklé v důsledku a v souvislosti s návštěvou v případě pohotovosti (s výjimkou zábavy).

Podmínky a omezení

(a) dostupná doba pojištění pro návštěvu v případě pohotovosti nepřekročí patnáct (15) dní včetně cesty a veškeré náklady a výdaje vzniklé po vypršení této doby budou výhradně a plně v odpovědnosti pojištěné osoby, příbuzného nebo přítele; a

(b) návštěva v případě pohotovosti musí být splatná vůči pohotovostnímu lékařskému převozu krytému dle podmínek tohoto pojištění nebo kryté hospitalizaci v trvání 7 nebo více dní; a

(c) pojištěná osoba musí být natolik vážně nemocná, že bude třeba ošetřujícího lékaře, který doporučí přítomnost příbuzného nebo přítele ať už na místě, odkud je pojištěná osoba převážena nebo v cíli převozu, cokoliv určí ošetřující lékař a společnost jako rozumnější;

(d) veškeré cestovní, přepravní a ubytovací obstarání a dávky, pokud jde o návštěvu v případě pohotovosti musejí být předem koordinovány a schváleny společností, aby mohl vzniknout nárok na krytí dle tohoto pojištění ; a

(e) pojištěná osoba, příbuzný a/nebo přítel musejí předložit společnosti soubor všech oprávněných cestovních a potvrzených kopií v rámci návštěvy v případě pohotovosti o všech zaplacených účtenkách za výdaje a náklady za dopravu a přepravu, které takto vznikly a za které vyžadují odškodnění.

I. NAVRÁCENÍ TĚLESNÝCH OSTATKŮ – V případě, že dojde k úmrtí pojištěné osoby v průběhu doby pojištění výsledkem nemoci nebo zranění dle tohoto pojištění, zatímco pojištěná osoba byla mimo svou domovskou zemi, pak společnost odškodní pozůstalé pojištěné osoby až do \$ 25,000/17,500 EUR za náklady a výdaje vzniklé v souvislosti s navrácením tělesných ostatků pojištěné osoby do její domovské země a dále na místo pohřbu či jiného konečného rozloučení (avšak ne v souvislosti s náklady na pohřeb či jiného konečného rozloučení); avšak za předpokladu, že společnost bude mít možnost koordinovat a schvalovat veškeré náklady a výdaje, které se budou vztahovat k návratu tělesných ostatků pojištěné osoby, a to v předstihu, což je podmínka dostupnosti této dávky.

J. SMRT V DŮSLEDKU NEHODY A DÁVKY V PŘÍPADĚ ZTRÁTY ČÁSTI TĚLA

(1) Smrt v důsledku nehody – Dle podmínek tohoto pojištění v případě, že dojde k neočekávanému úmrtí pojištěné osoby v průběhu pojistné doby v důsledku nehody, která nastane v průběhu pojistné doby, zaplatí společnost pozůstalým pojištěné osoby anebo ve prospěch určeného následníka pojištěné osoby dávku za smrt způsobenou nehodou v částce \$ 25,000/17,500 EUR; avšak za předpokladu, že tato dávka nebude dostupná nebo platná, jestliže smrt vznikne za předem existující podmínky, jak je zde definováno.

(2) Ztráta části těla – Dle podmínek tohoto pojištění v případě, že dojde k neočekávané ztrátě části těla pojištěné osoby, jak je uvedeno níže, v průběhu pojistné doby v důsledku zranění nebo nemoci, která začala v průběhu pojistné doby, zaplatí společnost pojištěné osobě odpovídající dávku za ztrátu tak, jak je uvedeno níže.

<u>Ztráta</u>	<u>Dávka</u>
Vidění na jedno oko	\$ 12,500/8,750 EUR
Jedna ruka nebo jedna noha	\$ 12,500/8,750 EUR
Jedna ruka a ztráta vidění na jedno oko	\$ 25,000/17,500 EUR
Jedna noha a ztráta vidění na jedno oko	\$ 25,000/17,500 EUR
Jedna ruka a jedna noha	\$ 25,000/17,500 EUR
Obě ruce nebo obě nohy	\$ 25,000/17,500 EUR
Vidění na obě oči	\$ 25,000/17,500 EUR
Palec nebo ukazováček	\$ 25,000/17,500 EUR

Ztrátou ruky nebo nohy se rozumí úplné přerušení na anebo nad zápěstím nebo kloubem kotníku. Ztrátou vidění se rozumí naprostá a nezvratná ztráta vidění.

Dávky v případě smrti v důsledku nehody nebo ztráty části těla budou vyplaceny pojištěné osobě nebo pozůstalým pojištěné osoby nebo ve prospěch určeného následníka pojištěné osoby dle skutečné situace, a to na základě řádně podané žádosti.

K. DÁVKY ZA LÉČBU CHRUPU – Dle limitů stanovených v rozpisu dávek/limitů a všech ostatních podmínek tohoto pojištění odškodní společnost pojištěnou osobu za poplatky vzniklé za následující léčbu chrupu:

(1) vzniklou díky náhlé a neočekávané bolesti zdravého, přírodního tubu včetně, ale ne s omezením, plomb až do \$200/140 EUR za každý případ, maximálně do tří (3) případů za pojistné období; a

(2) nezbytnou v důsledku nutnosti léčby zlomeniny kosti podporující zub a/nebo náhrady ztráty zdravého/přírodního zubu nebo poškození v důsledku nehody, které je kryto tímto pojistným plánem, a to do \$ 500,00.

L. VÝDAJE ZA URGENTNÍ CESTU – Dle limitů stanovených v rozvrhu dávek/limitů a dle podmínek tohoto pojištění v případě neočekávaného úmrtí blízkého rodinného příslušníka pojištěné osoby odškodní společnost pojištěnou osobu až do \$ 1000/700 EUR za zpáteční letenku a/nebo pozemní přepravu s převozem a odvozem pojištěné osoby na a z letiště, které je nejbližší umístěné místo, kde se bude konat pohřeb nebo jiná vzpomínková akce za zesnulou osobu dle následujících podmínek a omezení:

(1) Pojištěná osoba musí být mimo domovskou zemi v době neočekávaného úmrtí příbuzného; a

(2) Neočekávané úmrtí blízkého rodinného příslušníka musí nastat v průběhu pojistné doby; a

(3) Pojištěná osoba musí předložit společnosti soubor všech oprávněných cestovních a potvrzených kopií v rámci leteckých či pozemní nákladů na přepravu, které takto vznikly a za které vyžaduje odškodnění.

M. ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ PRO NÁVRAT DOMŮ – Pokud pojištěná osoba onemocní anebo se jí přihodí zranění, které díky své povaze nebo vážnosti vyžaduje další a pokračující léčení nebo rehabilitaci v domovské zemi pojištěné osoby bez ohledu na to, zda je kryto nárokem na lékařské dávky v rámci tohoto pojištění a zamezuje další pokračující aktivní účasti v programu sponzorské organizace, v němž je pojištěná osoba přihlášena a který by jinak ukončil krytí pro pojištěnou osobu k poslednímu dni, kdy je pojištěná osoba v zahraničí, pak společnost na základě konzultace s ošetřujícím lékařem navrátí pojištěnou osobu do její domovské země pro další léčbu nebo rehabilitaci, a to následně po počáteční stabilizaci takovéto nemoci nebo zranění. Společnost zaplatí odpovídající leteckou přepravu tak, jak bude z lékařského hlediska nutné, a to na základě rozhodnutí a schválení společností navrátit pojištěnou osobu do její domovské země dle této dávky v rámci zvláštního ustanovení pro návrat domů. Jakmile se pojištěný vrátí do své domovské země dle tohoto ustanovení, nebude mít pak společnost žádný další závazek vůči lékařské péči daného jednotlivce a krytí bude ukončeno, protože pojistná osoba se vrátila do své domovské země a nemá již další nárok. Pokud se pojištěnec odmítne vrátit do domovské země poté, kdy bylo rozhodnuto, že toto ustanovení platí, může společnost ukončit krytí na základě toho, že jednotlivec již nesplňuje požadavky nároků, jak je uvedeno v odstavci D. **ZPŮSOBILOST PRO KRYTÍ.**

N. VÝJIMKY – Veškeré poplatky, náklady, výdaje a/nebo nároky (souhrnně „poplatky“) vzniklé pojištěné osobě a přímo nebo nepřímo se vztahující k anebo vyvstávající z anebo související s jakýmkoli následujícími činy, opomněnými, událostmi, podmínkami, poplatky, následky, nároky, léčebnými postupy (včetně diagnóz, konzultací, testů, vyšetření a vyhodnocení k nim se vztahujících) službami a/nebo dodávkami, jsou výslovně vyloučeny z krytí dle tohoto pojištění a společnost nebude poskytovat žádné dávky a nebude mít jakoukoli odpovědnost nebo povinnost je kryt:

(1) Válka; vojenská akce; terorismus – Jakékoli onemocnění, úraz či jiný důsledek, ať už přímo či nepřímo, nejbližší nebo vzdáleně způsobený, s přispěním nebo dohledatelný nebo vzniklý nebo způsobený v důsledku a jako výsledek aktivní účasti pojištěné osoby v jakýchkoli následujících akcích nebo případech (souhrnně „případy“):

(a) válka, invaze, zásah, válečný zásah cizího nepřítele, operace válečného typu (ať už došlo k vyhlášení války nebo ne) nebo občanská válka;

(b) vzpoura, nepokoje, stávková, vojenské nebo civilní povstání, rebelie, revoluce, vojenská nebo uzurpovaná moc;

(c) jakýkoli čin jakékoli osoby jednající v zastoupení nebo v souvislosti s jakoukoli organizací s aktivitami zaměřenými na svržení vlády silou, de jure nebo de facto anebo ovlivňující ji násilím jakéhokoli typu;

(d) válečné právo nebo stav obležení nebo jakékoli události nebo příčiny, které určují vyhlášení nebo trvání válečného práva nebo stavu obležení; nebo

(e) terorismus.

Jakýkoli nárok, poplatky, nemoc, zranění nebo jiný důsledek, který vznikl nebo nastal za abnormálních podmínek (ať už fyzických nebo jiných) a přímo či nepřímo se vztahující, nejbližší nebo vzdáleně způsobený, s přispěním nebo dohledatelný nebo vzniklý v důsledku jakékoli řečené události, bude považován jako důsledek, za který společnost nenese odpovědnost v rámci hlavní pojistky nebo tohoto potvrzení, kromě situace a rozsahu, kdy pojištěná osoba prokáže, že takovýto nárok, poplatky, nemoc, zranění nebo jiný důsledek vznikl nezávisle na existenci takovýchto abnormálních podmínek a/nebo událostí; a

(2) Předem existující podmínky – Poplatky přímo anebo nepřímo vzniklé z jakékoli předem existující podmínky včetně, ale bez omezení, kontroly, léčení a léků v souvislosti se stabilizací a regulací předem existující chronické nebo opakující se podmínky; a

(3) Poplatky za léčbu vrozených vad; a

(4) Péče v mateřství a o novorozence – Poplatky za prenatální péči, porod, péči po porodu a péči o novorozence včetně komplikací v těhotenství, komplikací při porodu a komplikací při péči o novorozence; a

(5) Poplatky za léčbu mentálních a nervových onemocnění a/nebo nadměrného užívání drog; a

(6) Poplatky za jakoukoli léčbu nebo dodávky, které:

(a) nejsou obdrženy pojištěnou osobou v průběhu trvání pojistné doby; a

(b) nejsou společnosti předloženy k vyplacení prostřednictvím úplného důkazu nároku do sto osmdesáti (180) dnů od data, kdy tyto poplatky vznikly; a/nebo

(c) nejsou předepsány ani objednány lékařem; a/nebo

(d) nejsou lékařsky nezbytné; a/nebo

(e) jsou zdarma poskytnuty pojištěné osobě bez jakýchkoli nákladů za které pojištěná osoba není jinak odpovědná; a/nebo

(f) jsou nad míru obvyklých, přiměřených a běžných; a/nebo

(g) HIV, virus AIDS, nemoci související s AIDS, syndrom ARC (související s AIDS), AIDS a/nebo jakákoli nemoc vzniklá jako komplikace v rámci těchto podmínek a/nebo poplatků za léčbu, které vznikly pojištěným osobám, které byly HIV pozitivní v době vstupu do tohoto pojištění ať už pojištěná osoba věděla nebo nevěděla o svém HIV statutu.

(h) za předpokladu, že jsou poskytnuty nebo nařízeny chiropraktikem; a/nebo

(i) jsou vykonány nebo poskytnuty příbuzným pojištěné osoby; a/nebo

(j) nejsou přímo zahrnuty jako způsobilé lékařské výdaje, jak je definováno v odstavci F výše; a/nebo

(k) poskytnuty osobou, která trvale sídlí nebo sídlila v domově pojištěné osoby; a/nebo

(l) jsou vyžádány nebo doporučeny jako výsledek komplikací nebo následků vzniklých v rámci jakékoli formy související s jakoukoli léčbou, nemocí, zraněním nebo dodávkou, která přesahuje krytí anebo která není jinak kryta tímto pojištěním; a

(7) Poplatky vzniklé za telefonické konzultace vyjma uvedeného zde v odstavci B. 20 v případě nedodržení naplánovaného data lékařské prohlídky; a/nebo

(8) Poplatky za chirurgické zákroky nebo ošetření, které jsou:

(a) prováděny za účelem zkoumání, experimentu nebo výzkumu; a/nebo

(b) se vztahují ke genetickému lékařství, genetickému testování, zkouškám chemické stability a/nebo procedurám prověřování dobrého zdraví za geneticky predisponovaných podmínek indikovaných genetickým lékařstvím nebo genetickým testováním, včetně, ale bez omezení, amniocentézy (odběr/napíchnutí plodové vody), genetického vyšetření, rizikových vyhodnocení, preventivní a profylaktické chirurgické zákroky doporučené genetickým testováním a/nebo jakékoli procedury, které jsou použity pro určení genetické predispozice, vyžadují genetické poradenství nebo zavedení genové terapie; a

(9) Poplatky vzniklé a primárně omezené na opatrovnickou péči, vzdělávací nebo rehabilitační péči; a

(10) Poplatky za jakýkoli chirurgický zákrok, léčbu nebo dodávky vztahující se, vzniklé z nebo v souvislosti s jako výsledek:

(a) modifikace hmotnosti jakéhokoli hospitalizovaného nebo ambulantního pacienta, chirurgického zákroku nebo jiného léčení obezity (včetně a bez omezení, extrémní obezity), včetně a bez omezení drátování chrupu a veškerých forem a postupů bariatrických chirurgických zákroků, ať už nazvaných jakkoli anebo jejich obnovy, včetně a bez omezení střevních bypassů, žaludečních bypassů, podvázání žaludku, plastiky žaludku se svislým podvazem, biliopankreatické diverze, duodenální výhybky nebo redukce žaludku nebo chirurgické techniky pomocí svorek; a/nebo

(b) modifikace fyzického těla s účelem změnit nebo zlepšit fyzický vzhled nebo psychologický, mentální nebo emocionální stav pojištěné osoby (jako, však bez omezení, změna pohlaví nebo chirurgický zákrok vztahující se k sexuální výkonnosti nebo jejímu povzbuzení); a/nebo

(c) elektivní operace nebo léčba jakéhokoli typu; a/nebo

(d) kosmetické nebo estetické důvody vyjma rekonstruktivního chirurgického zákroku, když je tento lékařsky nezbytný a přímo následuje a vztahuje se k chirurgickému zákroku, který byl pokryt tímto pojištěním; a/nebo

(e) jakákoli nemoc nebo zranění, ke kterému došlo v průběhu: horolezeckých lezeckých nebo trekingových činností, kde by mělo být normálně a rozumně použito lezeckého vybavení, lan nebo průvodců. Amatérská atletika (nezahrnující meziškolní nebo klubové sporty). Profesionální atletika, slaňování, létání (mimo ryze pasažérské cestování v rámci komerčních letů), kluzákové létání a parašutistka, lyžování na sněhu a snowboarding, vyjma rekreačního sjezdového a běžeckého lyžování nebo snowboardingu (žádné krytí v případě lyžování/snowboardingu porušujícího odpovídající zákony, nařízení nebo předpisy; mimo připravená a označená zabudovaná teritoria; a/nebo nedodržující rady místní lyžařské školy nebo místního odpovědného orgánu), motocross nebo BMX, skoky BASE, boby, bungee jumping, kanoistika, sportovní speleologie, hloubkové potápění, lyžování s pomocí vrtulníku, lety v horkovzdušném balónu, in-line bruslení bez použití předepsané helmy a chráničů, jet skiing, kajak, sáňky, parašutismus, paragliding, slézání pomocí padáku, rodeo s použitím lan, skoky na lyžích, potápění, ježdění na sněhových skútrech, surfování, windsurfing, rafting bez přípravy, závodění jakéhokoli typu včetně koňských, automobilových (jakéhokoli typu) nebo motocyklových, jeskyňářských nebo potápěčských či šnorchlovacích závodů a jiné podmořské podniky v hloubce pod 10 metrů včetně dýchacího vybavení pod vodou; praxe nebo příprava na jakoukoli vyloučenou činnost, která bude mít za důsledek zranění, bude považována, jako by byla součástí této aktivity; a/nebo

(f) jakékoli onemocnění nebo zranění, ke kterému došlo při účasti v jakékoli sportovní, rekreační nebo dobrodružné aktivitě, když je tato aktivita prováděna proti radě nebo nařízení místního úřadu nebo jakéhokoli kvalifikovaného instruktora nebo navzdory pravidlům, doporučením a postupům uznávaného řídicího orgánu pro sport nebo činnost; a/nebo

(g) jakékoli onemocnění nebo zranění, ke kterému došlo při účasti v jakékoli činnosti, která byla podniknuta v rozporu anebo proti doporučením, programům léčby nebo odborné rady lékaře nebo jiného dodavatele zdravotní péče; a/nebo

(h) jakékoli onemocnění nebo zranění, ke kterému došlo výsledkem částečného nebo celkového vlivu intoxikačního destilátu nebo drog jiných než předepsaných léčbou a určených lékařem, avšak nevztahujících se na léčbu nadměrného užívání léků/drog.; a/nebo

(i) jakékoli onemocnění nebo zranění, ke kterému došlo při ovládní pojízdného vozidla po požití intoxikačního destilátu nebo drog jiných než předepsaných léčbou a určených lékařem. Pro účely této výjimky, „vozidlo“ zahrnuje jak motorové prostředky bez ohledu na to, zda je vyžadováno oprávnění řidiče nebo provozovatele (včetně plavidel a letadel) anebo jízdních kol bez motoru nebo skútrů, kdy se nevyžaduje povolení nebo oprávnění; a/nebo

(j) jakékoli onemocnění nebo zranění, které si osoba vědomě způsobila sama; a/nebo

(k) jakákoli venerická choroba; a/nebo

(l) jakékoli testy pro následující: HIV, séropozitivnost na AIDS, související nemoci, syndrom ARC, AIDS; a/nebo

(m) jakékoli onemocnění nebo zranění, ke kterému došlo při porušení zákona pojištěnou osobou, včetně a bez omezení, zapojení se do nelegálního zaměstnání nebo činu, ale s výjimkou menších dopravních přestupků; a/nebo

(n) nadměrné užívání léků/drog bez lékařského předpisu; a/nebo

(o) řeč, terapie týkající se povolání, zaměstnání, biologické zpětné vazby, akupunktury, rekreace, spánku nebo hudební terapie; a/nebo

(p) ort optika, vizuální terapie nebo vizuální cvičení oka; a/nebo

(q) jakékoli onemocnění nebo léčba chodidel, včetně a bez omezení: ortopedické obuvi; předepsaných ortopedických prostředků přiložených k obuvi anebo v obuvi umístěných; léčba slabých, nepřírodných, plochých, nestabilních nebo nevyrovnaných chodidel; metatarsalgie, kostních ostruh, kladívkových špiček chodidla nebo mozolů; a jakékoli léčby nebo dodávek za kuří oka, ztvrdlou kůží nebo nehtů na noze; avšak za předpokladu, že nároky na léčbu nebo dodávky týkající se chodidel budou mít nárok na krytí dle tohoto pojištění na základě výhradního rozhodnutí společnosti a budou podléhat všem ostatním podmínkám dle podmínek tohoto pojištění vztahujícím se k:

(i) zranění chodidla vzniklé z úrazu, který je tímto krytý; nebo

(ii) onemocnění, pro které je chirurgický zákrok chodidla lékařsky nezbytný a určený jako jediná vhodná metoda léčby; a/nebo

(r) ztráta vlasů, včetně a bez omezení paruky, transplantace vlasů nebo jakéhokoli léku, který slibuje podporu růstu vlasů, ať už na základě lékařského předpisu nebo ne; a/nebo

(s) jakékoli poruchy spánku včetně a bez omezení apnoe (dočasné omezení dýchání); a/nebo

(t) jakýkoli cvičební program, ať už předepsaný lékařem nebo ne; a/nebo

(u) jakékoli vystavení neléčebnému jadernému nebo atomovému záření, a/nebo radioaktivním materiálům; a/nebo

(v) jakýkoli orgán, nebo tkáň nebo jiný transplantát nebo s tím související služby, léčba nebo dodávky; a/nebo

(w) jakékoli umělé nebo mechanické přístroje určené pro dočasnou nebo trvalou náhradu lidských orgánů; a/nebo

(x) jakékoli úsilí udržet dárce při životě za účelem transplantace; a/nebo

(11) Poplatky vzniklé z jakékoli léčby nebo dodávek, které podporují anebo zabraňují či se snaží zabránit početí; včetně ale bez omezení: perorálního umělého oplodnění, léčby neplodnosti nebo impotence, vasktomie nebo reverzní vasktomie; sterilizace nebo reverzní sterilizace; náhradního mateřství nebo potratu; a

(12) Poplatky vzniklé z jakékoli léčby nebo dodávek, které podporují, povzbuzují nebo upravují anebo se snaží podpořit, povzbudit nebo upravit neplodnost nebo sexuální dysfunkci; a

(13) Poplatky za ošetření chrupu, kromě výjimky stanovené výhradně v odstavci K – dávky za ošetření chrupu anebo ošetření chrupu v rámci nehody a chirurgické zákroky v oblasti chrupu, které jsou nezbytné pro náhradu zdravého a přírodního zubu ztraceného nebo poškozeného při nehodě, která je kryta tímto pojištěním;

(14) Poplatky za dioptrické brýle, kontaktní čočky, prostředky pro zlepšení sluchu, sluchové implantáty a poplatky za jakoukoli léčbu, dodávku, kontrolu nebo vybavení související s tímto vybavením nebo za oční defrakci z jakéhokoli důvodu; a

(15) Poplatky vzniklé z chirurgického očního zákroku, jako a bez omezení, radiální keratotomie, kdy je primárním cílem upravit anebo se pokusit upravit blízkozrakost, dalekozrakost nebo astigmatismus; a

(16) Poplatky vzniklé za jakoukoli imunizaci a/nebo rutinní fyzické prohlídky; a

(17) Poplatky za jakékoli výdaje za cestovné, stravu, přepravné a/nebo ubytování, pokud není výslovně uvedeno a zaručeno tímto pojištěním; a

(18) Poplatky nebo výdaje vzniklé z použití nepředepsaných drog, léků, vitamínů, potravinových výtažků nebo doplňků; vitamínové nebo bylinné léčby, drog nebo léků, které nejsou schváleny správou potravin a léčiv USA nebo které jsou po záruční lhůtě a za drogy nebo léky, které nebyly předepsány lékařem; a

(19) Poplatky a veškeré výdaje související nebo vzniklé v souvislosti s cestami ze země, kde došlo k úrazu nebo onemocnění, pokud tak zde není výslovně uvedeno a schváleno společností; a

(20) Poplatky za léčbu nebo dodávky v případě temporomandibulárního syndromu (spoj mezi spánkovou kostí a dolní čelistí) a/nebo craniomandibulárního syndromu; a

(21) Poplatky a veškeré výdaje vzniklé nebo související se všemi cestami do hostitelské země, které byly podniknuty za účelem vyhledání lékařské péče nebo dodávek; a

(22) Poplatky a veškeré výdaje vzniklé nebo související s pohotovostním lékařským převozem, návštěvou v případě pohotovosti nebo návratu tělesných ostatků, pokud nebyly schváleny a předem koordinovány společností; a

(23) Poplatky za léčbu v rámci zjištění problémů týkajících se invalidity, poruch chování nebo disciplinárních problémů; a

(24) Poplatky za péči v hospici; a

(25) Jakékoli daně, nedobrovolné nebo vynucené příspěvky, zajištění, poplatky, sazby nebo příplatky určené vládní agenturou nebo úřadem:

- (a) vzniklé v důsledku jakékoli léčby nebo dodávek obdržených pojištěnou osobou, nebo
- (b) založené na volbě společnosti – bude-li učiněna- zaplatit dávky přímo poskytovatelům jako vyrovnání s pojištěnou osobou, nebo
- (c) z jakéhokoli jiného důvodu.

O. DEFINICE – Níže jsou definována určitá slova a fráze, které byly použity v tomto potvrzení. Jiná slova a fráze jsou definována tam, kde jsou použita.

Nehoda: Náhlá, nezamýšlená a neočekávaná příhoda způsobená externími a viditelnými prostředky s výsledkem fyzického zranění pojištěné osoby.

AIDS: Syndrom selhání imunitního systému, jak je tento termín definován Centrem pro kontrolu chorob USA.

Amatérská atletika: Amatérsky nebo neprofesionálně provozované sporty, rekreační nebo atletické činnosti, které jsou organizovány, sponzorovány a/nebo schváleny a/nebo zahrnují pravidelné nebo naplánované tréninky, hry a/nebo soutěže/závody. Tato definice nezahrnuje atletické aktivity, které jsou bezkontaktní a jsou podnikány pojištěnou osobou výhradně za účelem rekreace, zábavy nebo kondice anebo meziškolní nebo klubové sporty, kterých se student účastní.

Žádost: Kompletně vyplněná a podepsaná žádost sponzorské organizace, která bude patřičně začleněna a stane se součástí hlavní pojistky a tohoto potvrzení.

ARC: Komplex související s AIDS, jak je tento termín definován Centrem pro kontrolu chorob USA.

Pojištěnec: Mezinárodní skupinové pojištění lékařských služeb (Global Medical Services Insurance Trust), c/o Mutual Wealth Management Group, Carmel, IN.

Kalendářní rok: Dvanáct měsíců počínaje 1. ledna a konče 31. prosince každý rok.

Potvrzení: Tento dokument včetně jakýchkoli dodatků, jak je vydán pro sponzorskou společnost společností, který popisuje a poskytuje přehled důkazů o kvalifikovaném pojistném krytí a dávek splatných pojištěné osobě jako její přínos v souladu s hlavní pojistkou. Žádost a prohlášení jsou začleněny do tohoto potvrzení a tvoří jeho součást.

Chronické podmínky: zdravotní stav, který má alespoň jeden z následujících projevů:

- neustále trvá a nemá známý způsob léčby
- vrací se anebo se pravděpodobně vrátí
- je trvalý
- potřebujete rehabilitaci nebo trénink, abyste se s ní vyrovnali
- vyžaduje dlouhodobé sledování, konzultace, kontroly, vyšetření nebo testy

Blízký rodinný příslušník: Manžel/manželka, syn, dcera, rodič, nevlastní rodič, tchýně/tchán, prarodič, vnouče, bratr, sestra, zeť, snacha nebo opatrovník.

Spolupojištění: Výplata kvalifikovaných lékařských výdajů v procentu specifikovaném v rozpisu dávek/limitů, které je zde uvedeno a které je nad spoluúčast ambulančního pacienta.

Společnost: „Společnost“, jak je uvedeno v hlavní pojistce a tomto potvrzení je Sirius International Insurance Corporation (publ.) se sídlem ve Stockholmu, Švédsko.

Opatrovnická péče: Takové typy léčby, péče nebo služeb, ať už jsou poskytovány kdekoli anebo jakkoli nazývány, které primárně slouží účelu poskytování pomoci jednotlivci.

Prohlášení: Prohlášení o pojištění vydané správcem plánu za a v zastoupení společnosti sponzorské společnosti, a to dočasně a společně s tímto potvrzením dokládajícím pojistné krytí poskytované v rámci hlavní pojistky, čehož je toto potvrzení důkazem a toto prohlášení je začleněno do tohoto potvrzení a tvoří jeho součást.

Ošetření chrupu: Ošetření nebo dávky vztahující se k dané péči, obnově, údržbě nebo opravě zubů, dásní nebo kostí podporujících zuby včetně umělého chrupu a jeho přípravy.

Trvalé lékařské vybavení: Trvalé lékařské vybavení se sestává z následujících prvků: standardní základní nemocniční lůžko a/nebo standardní základní invalidní vozík.

Vzdělávací nebo rehabilitační péče: Péče za regeneraci (vzděláváním nebo tréninkem), schopnosti osoby fungovat v normálním režimu anebo režimu blízkému normálu následně po nemoci nebo zranění. Tento typ péče zahrnuje, však bez omezení, zaměstnaneckou terapii a terapii řeči.

Datum platnosti potvrzení: Datum pojistného krytí začíná dle podmínek hlavní pojistky, jak je doloženo tímto potvrzením a jak je uvedeno na stránce prohlášení v tomto potvrzení.

Datum platnosti krytí: Datum, ke kterému je pojištěná osoba poprvé oprávněna pro udělení dávek dle tohoto pojištění.

Kvalifikované lékařské výdaje: Definováno v odstavci F výše.

Pohotovost: Lékařská podmínka představující se akutními známkami nebo symptomy, které by přiměřeně mohly vyústit v ohrožení života nebo končetin pojištěné osoby, pokud by nebyla poskytnuta lékařská péče do dvaceti čtyř (24) hodin, a to na základě lékařské jistoty.

Zařízení intenzivní péče: Instituce nebo správní oblast instituce, která má licenci nemocnice s intenzivní péčí anebo rehabilitačního ústavu, která jí byla udělena státem nebo zemí, v níž působí a pravidelně poskytuje 24 hodin odborné ošetřující služby pod pravidelným dozorem lékaře a přímým dozorem registrované zdravotní sestry; a vede řádné denní záznamy o každém pacientovi a poskytuje každému pacientovi plánovaný program pozorování předepsaný lékařem; a poskytuje každému pacientovi aktivní léčbu nemoci nebo zranění. Zařízení intenzivní péče není primárním zařízením pro případy odpočinku, vysokého věku, nadměrného užívání léků/drog bez lékařského souhlasu, opatrovnické péče, ošetřovatelské péče anebo péče související s mentálními nebo nervovými poruchami anebo mentální inkompetencí.

HIV: Virus selhání lidského imunitního systému, jak je definováno Centrem pro kontrolu chorob USA.

HIV+: Laboratorní důkaz dle definice Centra pro kontrolu chorob USA jako pozitivní na nákazu virem selhání imunitního systému.

Domovská země: Pro občany USA jsou domovskou zemí Spojené státy americké. Pro občany mimo USA je domovskou zemí země, které je pojištěná osoba narozená nebo v ní má občanství; včetně jakékoli země, kde má pojištěná osoba stálý pobyt anebo obvyklé místo bydliště anebo jakákoli země, pro kterou má pojištěná osoba platný a vydaný cestovní pas. V případě, že existuje více domovských zemí v rámci těchto kritérií, pak je domovskou zemí ta, která splňuje výše uvedená kritéria a je evidována sponzorskou společností jako domovská země pojištěné osoby v oficiálních záznamech.

Agentura poskytující domácí lékařskou péči: Veřejná nebo soukromá agentura nebo jedna z jejích poboček, která funguje dle zákonných předpisů; a pravidelně se zabývá poskytováním domácí ošetřovatelské péče pod dozorem registrované zdravotní sestry; a vede denní záznamy o každém pacientovi a poskytuje každému pacientovi naplánovaný program pozorování a léčby, která byla předepsána lékařem.

Domácí ošetřovatelská péče: Služba poskytovaná agenturou pro domácí lékařskou péči pod dozorem registrované zdravotní sestry, která je směřována na osobní péči o pacienta, vždy za předpokladu, že je tato péče lékařsky nezbytná a primárně nespadá pod opatrovnickou péči nebo rehabilitační účely.

Hospic: Instituce, která funguje jako hospic a vlastní licenci státu nebo dané země; a jeho prioritní funkce je příjem, péče o a uklidňující kontrola bolesti pro dočasně nemocné osoby, které mají před sebou dle potvrzení lékaře ne více než šest (6) let života.

Nemocnice: Instituce, která funguje jako nemocnice ve shodě se zákonem; a vlastní licenci státu nebo dané země, v níž funguje; a funguje na základě příjmu, péče a léčení nemocných nebo zraněných osob jako přijatých nemocničních pacientů a poskytuje 24 hodinovou ošetřovatelskou péči prostřednictvím registrovaných zdravotních sester, které jsou ve službě nebo v pohotovosti; a má dostupný personál skládající se z jednoho nebo více lékařů, kteří jsou kdykoli k dispozici; a poskytuje organizovaná zařízení a vybavení pro akutní, lékařské, chirurgické nebo/mentální/nervové stavy v rámci svých prostor; a není primárně zařízením pro dlouhodobou péči, zařízením intenzivní péče pro ošetření, odpočinek, opatrovnickou péči nebo rekonvalescenci, místo pro seniory, drogově závislé, alkoholiky nebo uprchlíky; nebo podobného stavu.

Hospitalizace: hospitalizován: Potvrzen a/nebo léčen jako hospitalizovaný pacient nemocnice.

Hostitelská země: Země nebo několik zemí, které nejsou domovskou zemí, kam pojištěná osoba cestuje.

Nemoc: Nemoc, potíže, choroba, patologie, abnormálnost, neduh, chorobnost, utrpení, handicap, vada, znetvoření, porucha při porodu, vrozená vada, symptomatologie, syndrom, pocit neklidu, infekce, neduživost, zdravotní potíže, onemocnění jakéhokoli typu nebo jakýkoli jiný fyzický či zdravotní lékařský stav. Avšak za předpokladu, že nemoc nezahrnuje neschopnost učení nebo problémy s chováním nebo disciplínou. Veškeré nemoci, které existují souběžně nebo které nastanou následkem původního onemocnění a které se přímo nebo nepřímo vztahují anebo jsou výsledkem nebo vzniknou z původní nemoci anebo jsou jejím následkem, jsou považovány za nemoc. Dále, jestliže je následné onemocnění výsledkem anebo vznikne z příčin nebo následků, které jsou stejné a

vztahují se k příčinám a následkům předchozího onemocnění, pak bude následná nemoc považována za pokračování předchozí nemoci a ne jako samostatná nemoc.

Zranění: Zranění na těle v důsledku anebo vyplývající z nehody. Veškerá zranění v důsledku anebo vyplývající ze stejné nehody jsou považována za jedno zranění.

Hospitalizovaný pacient: Osoba, která se stane přes noc hospitalizovaným pacientem nemocnice, která využívá nemocniční stravy a pokoje a platí za to poplatky.

Pojištěná osoba: účastník k datu platnosti krytí a před jeho ukončením, který byl řádně zařazen do evidence předložené společností sponzorskou společností a za kterého sponzorská společnost řádně a včas zaplatila pojistné.

Jednotka intenzivní péče: jednotka péče o kardiaky nebo jiná jednotka nebo oddělení nemocnice, které vyhovují požadavkům Komise pro akreditaci zdravotních organizací pro jednotky speciální péče.

Podléhající průzkumu: Léčba, která zahrnuje léky, které dosud nebyly uvolněny pro distribuci Správou pro potraviny a léčiva USA a/nebo postupy nebo služby, které jsou stále v klinickém stádiu vyhodnocení.

Maximální doživotní limit: Kumulativní celková suma v amerických dolarech za veškeré dostupné dávky a/nebo odškodnění, na které má pojištěná osoba dle tohoto pojištění nárok. Pokud je dosaženo maximálního doživotního limitu, není již pak nárok na jakékoli dávky, odškodnění nebo platby dle tohoto pojištění.

Místní pohotovostní převoz; místní výdaje za pohotovost: Převoz a doprovodná péče poskytnutá určeným profesionálním personálem v případě pohotovosti z místa nehody nebo v případě akutního onemocnění do nemocnice nebo jiného vhodného zdravotnického zařízení. Místní pohotovostní převoz neobsahuje následné převozy přijaté osoby v rámci zařízení.

Hlavní pojistka: Odpovídající hlavní pojistka pro mezinárodní výměnné zdravotní pojištění, jehož plán je založen na bázi jednoho roku tak, jak jej pojištěnci vydává společnost a v rámci kterého jsou dávky a pojistné krytí poskytováno sponzorské společnosti a/nebo pojištěné osobě podle toho, jak se budou jevit jejich odpovídající zájmy, a to dle podmínek zde uvedených a dle konstatování a doložení tímto potvrzením.

Maximální dávka: Celková částka v amerických dolarech za všechny dostupné výplaty dávek a/nebo odškodnění, které má pojištěná osoba k dispozici dle tohoto pojištění za každé onemocnění nebo zranění. Jakmile bude dosaženo maximální dávky za nemoc nebo zranění, pak už nebudou k dispozici žádné další dávky, odškodnění nebo platby dle tohoto pojištění vztahující se k této nemoci nebo zranění.

Lékařská nezbytnost: Léčba, služba, lék nebo dodávka, která je nezbytná a vhodná pro diagnózu nebo léčbu nemoci nebo zranění na základě běžných lékařských postupů, jak rozhodne společnost. Způsob poskytnuté služby – avšak bez omezení – léčby, léku nebo dodávky nebude považován za lékařsky nezbytný, jestliže je poskytnut pojištěné osobě anebo jí obdrženy jako vyhovující popř. jejímu poskytovateli a/nebo pokud nebude nezbytný pro léčbu, diagnózu nebo symptomy pojištěné osoby a/nebo pokud překračuje (rozsahem, trváním nebo intenzitou) úroveň péče, která je potřebná pro bezpečnou, adekvátní a vhodnou diagnózu nebo léčbu.

Mentální nebo nervová porucha/poruchy: Jakákoli mentální, nervová nebo emocionální onemocnění, která všeobecně naznačují onemocnění mozku s předcházejícími behaviorálními symptomy; nebo onemocnění mysli nebo osobnosti doložené abnormálními chováními nebo onemocnění či porucha chování doložené sociálně deviantním chováními Mentální nebo nervové poruchy zahrnují bez omezení: psychózu; depresi, schizofrenii, bipolární emoční poruchu, neschopnost učit se a subjektivní nebo disciplinární problémy; jakoukoli chorobu nebo stav bez ohledu na to, zda je organické příčiny, která je klasifikována jako mentální porucha dle aktuálního vydání Klasifikace chorob publikovaného Oddělením pro zdravotnictví a lidské služby USA; a ostatní mentální choroby uvedené v aktuálním vydání Diagnostického a statistického manuálu pro mentální choroby publikovaného Americkou psychiatrickou asociací.

Tělesné ostatky: Tělesné ostatky nebo popel pojištěné osoby.

Novorozenec: Kojenec od momentu narození až do třicátého prvního (31) dne života.

Ostatní krytí: Jak definováno v odstavci B(10) výše.

Ambulantní pacient: Osoba, které se dostává nezbytného lékařského ošetření od lékaře nebo jiného poskytovatele zdravotní péče, které nevyžaduje pobyt v nemocnici přes noc.

Spoluúčast ambulantního pacienta: Částka/y v amerických dolarech za ambulantní kvalifikované lékařské výdaje specifikované v prohlášení a/nebo rozpisu dávek/limitů, které musí pojištěná osoba zaplatit za nemoc nebo zranění v průběhu doby pojištění předtím, než obdrží dávky dle tohoto pojištění a mimo spolupojištění.

Účastník: Osoba, která se aktivně účastní a je řádně zaregistrovaná v programu kulturní a vzdělávací výměny sponzorské organizace.

Doba pojištění: S ohledem na pojištěnou osobu doba pojištění a dostupné dávky dle tohoto pojistného plánu začínají k datu platnosti krytí pojistné osoby a končí datem ukončení krytí dle podmínek tohoto pojištění; avšak za předpokladu, že žádné krytí nebo dostupné dávky dle tohoto pojistného plánu a žádná doba pojištění nebude považována za určující a zahrnující jakoukoli dobu, kdy pojištěná osoba zcela neplní definice „účastníka“ a/nebo jinou dobu, kdy se jakýkoli účastník nebo pojištěná osoba fyzicky nachází v domovské zemi z jakéhokoli důvodu. Doba pojištění nikdy nepřekročí dvanáct (12) po sobě jdoucích měsíců.

Lékař: Lékař s řádnou licenci a praxí v medicíně. Lékař musí mít platnou licenci pro stát nebo zemi, ve které jsou služby poskytovány a tyto služby musejí být v rozsahu této licence.

Správce plánu: Správcem plánu pro toto pojištění je International Medical Group® , Inc., 2960 N. Meridian Street, Indianapolis, Indiana, 46208, tel. č. 317/655-4500 nebo 1-800-628-4664, č. faxu 317/655-4505, webové stránky <http://www.imglobal.com>, e-mail info@imglobal.com. Jako správce plánu jedná International Medical Group, Inc. výhradně jako uznaný a oprávněný zástupce za a v zastoupení společnosti a nemá a nebude považován označován nebo určován za držitele jakékoli přímé, nepřímé, spojené, oddělené, individuální nebo nezávislé odpovědnosti, povinnosti nebo závazku jakéhokoli typu dle hlavní pojistky, prohlášení a tohoto potvrzení vůči pojištěné osobě anebo vůči jakékoli jiné osobě nebo entitě včetně a bez omezení vůči jakémukoli lékaři, nemocnici, zařízení intenzivní péče, agentuře poskytující domácí lékařskou péči anebo jakémukoli jinému poskytovateli nebo dodavateli lékařské péče.

Předběžné potvrzení: Pouze všeobecné potvrzení lékařské nezbytnosti učiněné společností v souvislosti s a založené na úplnosti a přesnosti informací poskytnutých pojištěnou osobou a/nebo poskytovateli lékařské péče pojištěné osobě nebo jejími stávajícími opatrovníky a/nebo prostředníky. Předběžné potvrzení není ujištěním zplnomocněním, předběžným zplnomocněním nebo potvrzením krytí, potvrzením dávek nebo zárukou platby. Pro podrobnosti, viz odstavec E výše.

Pojistné: Platby pojistného požadované pro provedení a udržení odpovídajícího pojistného krytí a dávek sponzorské organizaci anebo pojištěné osobě dle tohoto pojištění, v řádných částkách a v termínech („data splatnosti“) stanovených průběžně společností dle její výhradní volby.

Těhotenství; těhotná: Proces růstu a vývoje nového jedince v ženských reprodukčních orgánech od data početí přes fáze, kdy embryo roste a plod se vyvíjí k porodu.

Profesionální atletika: Sportovní aktivita včetně provádění, přípravy a aktuálních sportovních podniků pro jakéhokoli jednotlivce nebo organizovaný tým, který je členem uznané sportovní organizace, je přímo podporován nebo sponzorován profesionálním týmem nebo profesionální sportovní organizací, je členem aktivně hrající ligy, která je přímo podporována nebo sponzorována profesionálním týmem nebo profesionální sportovní organizací; anebo má jakéhokoli atleta, který za svou účast dostává jakoukoli výplatu nebo kompenzaci, přímo či nepřímo od profesionálního týmu nebo profesionála.

Registrovaná zdravotní sestra: Zdravotní sestra s ukončeným vzděláním, která je registrovaná a nebo má licenci pro provádění praxe vydanou Státní správní radou nebo Zkoušejícími zdravotních sester anebo jiným státním orgánem, který je právně zplnomocněn umístit písmena „R.N“ za její (v případě zdravotního bratra jeho) jméno.

Příbuzná třetí osoba: Jakýkoli jednotlivec či osoba, která je příbuzná pojištěné osobě, cestující společník pojištěné osoby nebo příbuzný tohoto spolucestujícího a jakákoli jiná osoba, jednotlivec nebo člen rodiny s kým je pojištěná osoba ubytována anebo u ní na návštěvě.

Příbuzný: Rodič, opatrovník, manžel/manželka, syn, dcera nebo okamžitý člen rodiny pojištěné osoby.

Dodatek: Jakýkoli důkaz, rozpis, příloha dodatek, schválení nebo jiný dokument, který je připojen, vydán v souvislosti s anebo jinak výslovně učiněn jako součást a vztahující se k hlavní pojistce a tomuto potvrzení.

Rutiní fyzická prohlídka: Prohlídka fyzického těla lékařem pouze pro informativní a preventivní účely a ne za účelem léčby jakýchkoli předtím zřejmých, symptomatických, diagnostikovaných nebo známých onemocnění nebo zranění.

Rozpis dávek/limitů: Souhrnný rozpis dávek, krytí, limitů a sublimitů, jak je stanoveno přehledně v odstavci C tohoto potvrzení, z nichž všechny podléhají plnému znění podmínek tohoto pojištění.

Způsobený sobě samému: Činnost nebo nečinnost pojištěné osoby, která je pochopena pojištěnou osobou a způsobí nebo může způsobit nebo přímo či nepřímo přispět k jejímu zranění nebo nemoci. Pojem „způsobený sobě samému“ především zahrnuje případy, kdy pojištěná osoba nedodržuje doporučení svého lékaře, nedodržuje předepsaná léčiva, jak bylo stanoveno, nedodržuje žádný zdravotní protokol nebo procedury předepsané za účelem jejího uzdravení.

Sponzorská společnost: Entita nebo skupina jmenovaná ve skupinové žádosti o pojistné krytí, kdy formuláře žádosti tvoří součást tohoto potvrzení.

Nadměrné požití: Nadměrné požití alkoholu, drog nebo chemických látek, zneužití, ilegální užití, předávkování nebo závislost.

Chirurgický zákrok nebo chirurgický postup: Invazní diagnostická nebo chirurgická procedura; nebo léčba nemoci nebo zranění manuální nebo instrumentální operací provedené lékařem, kdy je pacient pod celkovou nebo lokální narkózou.

Podmínky: Podmínky, ustanovení, definice, limity, sublimity, omezení, formulace, restrikce, oprávnění a/nebo výjimky.

Terorismus: Trestné činy včetně proti civilním osobám, spáchané s úmyslem způsobit smrt nebo vážné tělesné zranění nebo vazba rukojmích s účelem nastolit stav teroru ve veřejnosti nebo ve skupině osob anebo určitých osob, zastrašit obyvatelstvo nebo donutit vládní či mezinárodní organizace učinit určitý krok nebo se jej vzdát.

Varování při cestě: Zveřejněné prohlášení nebo dokument na webových stránkách vydaný Ministerstvem zahraničí USA varující, že vycestování do specificky určených zemí je nebezpečné a není doporučeno.

Třetí osoba: Jakýkoli jednotlivec, osoba nebo právní entita či osoba jiná než pojištěná osoba nebo příbuzná třetí osoba.

Úplné práce neschopnost: Postižení vzniklé v důsledku nemoci nebo zranění, kdy jednotlivec nemůže plnit veškeré základní a materiální povinnosti svého pravidelného zaměstnání nebo povolání.

Léčba/léčení: Jakékoli a veškeré akce, služby a/nebo procedury učiněné nebo objednané s ohledem na řízení a/nebo léčbu pojištěné osoby za účelem identifikace, diagnostikování, léčby, péče, řešení prevence, sledování, pomoci, kontroly a/nebo boje s jakoukoli nemocí nebo zraněním, jejich

symptomy nebo projevy, včetně a bez omezení ústní či písemné rady, konzultace, vyšetření, projednání, diagnózy nebo laboratorních testů nebo vyhodnocení jakéhokoli typu, farmakoterapie nebo jiných léků a/nebo chirurgického zákroku.

Neočekávaný: Náhlý, nezamýšlený, neočekávaný a nepředvídaný.

Obvyklé, přiměřené a běžné: Nejběžnější sazba za podobnou léčbu, služby, léky nebo dodávky v oblasti, kdy je vzniklá částka prověřena anebo zvažována pro odškodnění krytí a pokud jsou tyto částky přeměřené, vše dle výhradního rozhodnutí společnosti. Při určování, zda je částky obvyklá, přiměřená a běžná může společnost zvážit jeden nebo více z následujících faktorů, a to bez omezení: úroveň dovedností, rozsah praxe a zkušenost potřebnou pro provedení procedury nebo poskytnutí služby; doba potřebná k provedení procedury nebo služby ve srovnání s dobou potřebnou pro provedení jiných podobných služeb; vážnost nebo povaha léčené nemoci nebo zranění; částka účtovaná za stejné nebo srovnatelné léčení, služby, léky nebo dodávky v dané lokalitě; částka účtovaná za stejné nebo srovnatelné léčení, služby, léky nebo dodávky v ostatních částech země, náklady na poskytovatele nebo poskytnutí léčení, služeb, léků nebo dodávek a veškeré další faktory, které společnost při rozumném zvážení určí jako vhodné.