

ERGO pojišťovna, a.s.

Vyskočilova 1481/4, Praha 4

Zápis v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze,
oddíl B, vložka 2740, IČO: 61858714, DIČ: CZ61858714

Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - Welcome

(Welcome 220101)

The ERGO logo is displayed in a bold, red, sans-serif font. It is positioned in the bottom right corner of the page. The background of the page features a large, abstract, dark red shape on the left side, which is partially obscured by a lighter red shape, creating a layered effect.

Platnost od 01.01.2022

Các thông tin đầy đủ trước và sau khi ký hợp đồng đối với loại bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài Welcome 220101 được nêu trong mục Điều kiện chung về bảo hiểm (viết tắt là VPP).

<https://ergo.cz/p/zdravotnipojistenicizincu/zdravotnipojistenicizincuwelcome/>

Đó là loại bảo hiểm gì?

Welcome là loại bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài thường trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc.



Đối tượng của bảo hiểm là gì?

- ✓ Bảo hiểm những chi phí điều trị do hậu quả ốm đau hoặc tai nạn.
- ✓ Chi phí liên quan việc đưa người được bảo hiểm hồi hương. Đối tượng và giới hạn đền bù bảo hiểm thay đổi theo mức phí bảo hiểm được lựa chọn.
- ✓ Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn – loại bảo hiểm Standard (Cơ bản và Bổ sung) – giới hạn đền bù bảo hiểm là 60.000 EUR.
- ✓ Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn – loại bảo hiểm Plus (Cơ bản và Bổ sung) – giới hạn đền bù bảo hiểm là 80.000 EUR.



Những điều gì bảo hiểm không liên quan?

- ✗ Nếu trong Hợp đồng bảo hiểm không thỏa thuận khác, bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài sẽ không liên quan đến những trường hợp được nêu trong Phần I. Điều 16 của Điều kiện chung về bảo hiểm VPP loại bảo hiểm Welcome 220101.



Có tồn tại những hạn chế nào trong bảo hiểm?

- ! Những người bị bệnh nặng về thần kinh, rối loạn tâm thần và bị các bệnh như điếc, mù lòa, nghiện ma túy hoặc rượu và các bệnh như ung thư, nhiễm HIV v.v... không thể ký bảo hiểm.
- ! Bảo hiểm không liên quan đến việc điều trị bệnh, chất thương và các chẩn đoán khác đã tồn tại trước khi bắt đầu bảo hiểm.
- ! Bảo hiểm không bao gồm việc chăm sóc y tế mà dịch vụ đó không được cung cấp cho công dân Cộng hòa Séc có bảo hiểm y tế phổ thông theo qui định pháp lý chung.
- ! Bảo hiểm không bao gồm chi phí cho điều trị thẩm mỹ và hậu quả điều trị đó, chỉnh hình hoặc trị liệu.
- ! Bảo hiểm không liên quan đến việc sản xuất và sửa chữa các bộ phận giả, nắn chỉnh, kính đeo mắt, kính áp tròng, máy trợ thính, và dụng cụ trợ giúp tương tự.
- ! Bảo hiểm không bao gồm chi phí cho việc phá thai nếu không phải vì lý do ảnh hưởng đến tính mạng người phụ nữ hoặc thai nhi bị khuyết tật di truyền, hay nói cách khác nếu việc phá thai không phải vì lý do y khoa.
- ! Bảo hiểm không bao gồm điều trị vô sinh hay hiếm muộn và thụ tinh nhân tạo.
- ! Bảo hiểm không liên quan đến điều trị y tế và hậu quả có thể xảy ra nếu người được bảo hiểm sang Cộng hòa Séc hoặc đi ra nước ngoài với mục đích thực hiện việc điều trị y tế đó.



Lãnh thổ nào được áp dụng bảo hiểm?

- ✓ Bảo hiểm liên quan đến sự cố bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ Cộng hòa Séc cũng như trong quá trình đi từ Cộng hòa Séc đến các nước khác trong khối Schengen.



Tôi có nghĩa vụ gì?

- Người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời trung thực và đầy đủ tất cả những câu hỏi của cơ quan bảo hiểm trong quá trình đàm phán ký Hợp đồng bảo hiểm.
- Người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo bằng văn bản ngay lập tức cho Hãng bảo hiểm mọi thay đổi liên quan đến người được bảo hiểm, việc bảo hiểm và, ví dụ thông báo cho Hãng bảo hiểm việc thay đổi nơi cư trú, địa chỉ nhận thư, thông báo cho cơ quan bảo hiểm về chấm dứt quyền lợi bảo hiểm v.v...
- Trong trường hợp phát sinh sự cố thiệt hại được bảo hiểm, người ký bảo hiểm hoặc người có thẩm quyền có nghĩa vụ ngay lập tức thông báo sự phát sinh sự cố thiệt hại cho cơ quan bảo hiểm.
- Các nghĩa vụ khác của người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm được nêu trong Phần I. Điều 16 của Điều kiện chung về bảo hiểm VPP loại bảo hiểm Welcome 220101.



Thời hạn và phương pháp thanh toán?

Phí bảo hiểm chỉ có thể thỏa thuận trả một lần và phải thanh toán muộn nhất vào ngày bắt đầu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đã ký. Người mua bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán một lần phí bảo hiểm cho toàn bộ thời gian bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm được chuyển khoản thông qua cơ quan tài chính, ngân hàng hoặc bưu điện, thì phí bảo hiểm được coi là đã thanh toán vào ngày toàn bộ khoản tiền được ghi nhận vào tài khoản của Hãng bảo hiểm tại cơ quan tài chính hoặc toàn bộ khoản tiền được trả bằng tiền mặt tại cơ quan bảo hiểm hay trao cho người do cơ quan bảo hiểm ủy quyền nhận phí bảo hiểm. Phí bảo hiểm thanh toán không ghi kèm hoặc ghi sai mã số nhận dạng (variabilní symbol) bị coi là chưa thanh toán.



Khi nào bảo hiểm bắt đầu và kết thúc?

Bảo hiểm bắt đầu và chấm dứt vào ngày và giờ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm là bắt đầu và kết thúc bảo hiểm và đối với các hợp đồng được thỏa thuận tầm xa thì thời hạn đó chỉ có giá trị khi khoản phí bảo hiểm đầu tiên được thanh toán trước thời hạn được thỏa thuận là bắt đầu bảo hiểm và việc thanh toán phí bảo hiểm đầu tiên có nghĩa là người ký bảo hiểm đồng ý với Hợp đồng bảo hiểm (điều khoản hợp đồng) theo phạm vi được thỏa thuận.



Làm sao có thể chấm dứt hợp đồng?

Bảo hiểm có thể được kết thúc bởi cả hai bên:

Trong thời hạn hai tháng kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm. Vào ngày gửi thông báo, thời hạn thông báo tám ngày bắt đầu có hiệu lực, sau đó bảo hiểm sẽ hết hạn.

Không cần nêu lý do trong thời hạn mười bốn ngày, kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ ngày thông báo điều kiện bảo hiểm cho người bảo hiểm, nếu hợp đồng bảo hiểm được ký kết theo hình thức từ xa hoặc ngoài trụ sở của Hãng bảo hiểm.

Bảo hiểm cũng hết hạn với việc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm. Những điều sau được coi là chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:

- tham gia bảo hiểm y tế phổ thông ở Cộng hòa Séc theo Đạo luật số 48/1997 Sb. về bảo hiểm y tế phổ thông;
- không được cấp giấy phép cư trú tại Cộng hòa Séc;
- chấm dứt hiệu lực của giấy phép cư trú tại Cộng hòa Séc;
- chấm dứt lưu trú tại Cộng hòa Séc.

Hãng bảo hiểm được hưởng phí bảo hiểm cho đến thời điểm biết được việc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm.

Phí kết thúc hợp đồng sớm là 40% phí bảo hiểm chưa sử dụng và người được bảo hiểm có nghĩa vụ hoàn trả cho Hãng bảo hiểm tất cả các giấy tờ chứng nhận liên quan của bảo hiểm.

Trong trường hợp chấm dứt bảo hiểm do người được bảo hiểm chết, Hãng bảo hiểm được hưởng toàn bộ phí bảo hiểm đã trả.

Bạn có thể tìm thêm thông tin về việc kết thúc bảo hiểm trong VPP Chào mừng 220101 Phần I. Điều 5.

**Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài
(phiên bản này chỉ mang tính chất thông tin)**

Thông tin dành cho người có nhu cầu ký bảo hiểm y tế (trước khi ký hợp đồng bảo hiểm y tế)

1. Thông tin về công ty bảo hiểm

A) Công ty thương mại và hình thức pháp lý của công ty bảo hiểm

Cty bảo hiểm cổ phần ERGO pojišťovna, a.s., mã DN: 618 58 714, thực hiện hoạt động bảo hiểm và các hoạt động liên quan đến bảo hiểm và đảm bảo các hoạt động theo ý nghĩa của Luật số 277/2009 Tập luật về bảo hiểm cùng các qui định về sau.

B) Địa chỉ và trụ sở của công ty bảo hiểm

Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4, Cộng hòa Séc

C) Đăng ký trong danh bạ thương mại

danh bạ thương mại tại Tòa án thành phố Praha, mục B, phần 2740

D) Tên và trụ sở cơ quan chịu trách nhiệm giám sát các hoạt động của công ty bảo hiểm

Česká národní banka – Ngân hàng quốc gia Séc, trụ sở tại Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

E) Địa chỉ liên lạc và cách giải quyết khiếu nại

Điện thoại: +420 221 585 111

E-mail: info@ergo.cz

E-mail: stiznosti@ergo.cz

Web: www.ergo.cz

Gửi thư: theo địa chỉ trụ sở của công ty bảo hiểm

Trực tiếp: theo địa chỉ trụ sở của công ty bảo hiểm, các chi nhánh (có thể truy cập danh sách các chi nhánh tại www.ergo.cz)

Cũng có thể đề đạt khiếu nại đến Hiệp hội các công ty bảo hiểm Séc hoặc Ngân hàng quốc gia Séc.

Trong trường hợp giải quyết tranh chấp ngoài tòa án của người tiêu dùng đối với bảo hiểm nhân thọ, cơ quan có thẩm quyền là Trọng tài tài chính, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, và đối với các loại bảo hiểm khác là cơ quan thanh tra thương mại Séc, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

F) Ngôn ngữ giao tiếp giữa các bên hợp đồng

Tiếng Séc

G) Thông tin về khả năng thanh toán và tình hình tài chính của công ty bảo hiểm

có thể truy cập trên trang web www.ergo.cz trong mục Giới thiệu về công ty bảo hiểm/Thông tin pháp lý.

H) Địa chỉ liên lạc và thủ tục về bồi thường bảo hiểm

Điện thoại: + 420 221 585 111

Web: www.ergo.cz

2. Thông tin về những cam kết

A) Định nghĩa bảo hiểm y tế cho người nước ngoài

Đối tượng của bảo hiểm là các chi phí có thể chứng minh được liên quan đến thời gian lưu trú của Người được bảo hiểm trên lãnh thổ Cộng hòa Séc (sau đây viết tắt là „CH Séc“) hoặc những chuyến đi của Người được bảo hiểm đến những quốc gia khác trong khu vực Schengen, những chi phí đó phát sinh trong phạm vi những phí được bảo hiểm do hậu quả của bệnh tật hoặc tai nạn của Người được bảo hiểm và những chi phí liên quan đến việc đưa người đó hồi hương. Đối với bảo hiểm ký với hãng ERGO pojišťovna, a.s. áp dụng Luật số 89/2012 Bộ luật dân sự cùng các qui định về sau (sau đây viết tắt là „Bộ luật dân sự“), và các quy định pháp lý ràng buộc khác của Cộng hòa Séc, Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài – WELCOME 220101 (sau đây viết tắt là „Điều kiện bảo hiểm chung“), hợp đồng bảo hiểm và thỏa thuận hợp đồng khác.

B) Ai có thể ký bảo hiểm

Người có thể ký bảo hiểm chỉ có thể là cá nhân có cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, hoặc pháp nhân có trụ sở tại Cộng hòa Séc hoặc chi nhánh mà bảo hiểm liên quan.

C) Người không thể được bảo hiểm

Những người sau đây không thể được bảo hiểm:

- những người bị rối loạn thần kinh nặng – đặc biệt những người bị hạn chế nghiêm trọng về thể chất, trong cuộc sống và công việc hàng ngày. Những người bị rối loạn này bao gồm, ngoài những trạng thái khác, bệnh đa xơ cứng, xơ cứng teo cơ một bên (ALS), bệnh Parkinson, tình trạng sau đột quỵ bị hạn chế khả năng vận động, động kinh, hình thành mô mới (khối u) trong hệ thống thần kinh trung ương, đa dây thần kinh bị hạn chế khả năng vận động, chấn thương não hoặc tủy sống nghiêm trọng gây hạn chế khả năng vận động, trầm cảm, hôn mê co giật và chóng mặt;
- những người mắc bệnh tâm thần - chẳng hạn như rối loạn tâm thần trầm cảm, rối loạn tâm thần phân liệt và hoang tưởng, bệnh Alzheimer và các hội chứng suy giảm trí nhớ khác, hội chứng rối loạn tâm lý, hội chứng Down, dịch não tủy (ứng thủy), tự kỷ;
- những người mắc các bệnh và bị hạn chế sau đây: điếc (cả hai tai), mù (cả hai mắt), liệt, nghiện ma túy, rượu và nghiện thuốc, xơ gan, ung thư, u ác tính, (ung thư biểu mô), lao, chạy thận, nhiễm HIV, AIDS.

D) Phạm vi được bảo hiểm và phạm vi lãnh thổ của bảo hiểm

Bảo hiểm có thể được sắp xếp trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp", được cung cấp với các điều khoản loại trừ đã thỏa thuận khỏi bảo hiểm và với các giới hạn bồi thường đã thỏa thuận. Do đó, bảo hiểm không hoàn trả trong phạm vi hoặc số tiền sẽ được bảo hiểm y tế công cộng chi trả, và không đồng nhất với bảo hiểm ốm đau. Phạm vi lãnh thổ của bảo hiểm được qui định chi tiết tại Điều 3 của Điều kiện bảo hiểm chung.

Tổng quan thông tin phạm vi bảo hiểm

Chăm sóc sức khỏe khi cần thiết và cấp bách		
Gói Welcome	Standard	Plus
Tổng giới hạn cho sự kiện bảo hiểm	60.000 EUR	80.000 EUR
Vận chuyển về phương diện y tế	60.000 EUR	80.000 EUR
Hồi hương thi hài	60.000 EUR	80.000 EUR
Khám răng - tai nạn	6.000 Kč	6.000 Kč
Các dịch vụ nha khoa khác	không	6.000 Kč
Thuốc viết toa để điều trị ngoại trú	không	có
Chữa trị những bệnh có thể chữa được bằng thuốc bán tự do	không	có
Mang thai, tình huống phức tạp khi mang thai, sinh đẻ	không	không áp dụng trong trường hợp đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng
Chăm sóc trẻ sơ sinh	không	không
Dịch vụ hỗ trợ	chỉ trong trường hợp giá cả của việc điều trị không quá 5.000 Kč	có
Chăm sóc phòng ngừa, tiêm chủng	không	không
Chăm sóc có sự giám sát thường xuyên	không	không

E) Phần không được bảo hiểm

Trong phạm vi bảo hiểm sẽ không được bồi thường bảo hiểm cho: khám chữa bệnh, chấn thương và các loại chẩn đoán khác đã tồn tại trước khi có bảo hiểm; dịch vụ chăm sóc sức khỏe không được chi trả cho công dân CH Séc có bảo hiểm y tế phổ thông theo qui định pháp lý chung có liên quan; dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp cho người được bảo hiểm tại cơ sở y tế mà thông thường dịch vụ đó không cung cấp cho công dân CH Séc có bảo hiểm y tế phổ thông theo qui định pháp lý chung có liên quan, ngoại trừ trường hợp cấp cứu đe dọa đến tính mạng (ví dụ một số phòng khám tư nhân); chi phí cho thuốc mà người được bảo hiểm mua không cần đơn bác sĩ; Các loại trừ khác được liệt kê trong Điều 12 của GTC.

F) Thời hạn hợp đồng bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm

Bảo hiểm phát sinh và kết thúc vào ngày và thời gian được nêu trong hợp đồng bảo hiểm là bắt đầu và kết thúc bảo hiểm và đối với hợp đồng được thỏa thuận từ tầm xa, các bên thỏa thuận là hợp đồng chỉ có hiệu lực với điều kiện là phí bảo hiểm đầu tiên được nộp trước thời hạn được thỏa thuận là bắt đầu bảo hiểm và qua việc đóng phí bảo hiểm đầu tiên, người ký hợp đồng chấp thuận nội dung (điều kiện) hợp đồng bảo hiểm được đề xuất. Nếu không thì coi như chưa ký hợp đồng. Hợp đồng bảo

hiểm cũng được coi là thẻ bảo hiểm. Bảo hiểm được ký có thời hạn và kết thúc vào ngày và thời gian được nêu trong hợp đồng bảo hiểm là kết thúc bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm phù hợp với thời gian bảo hiểm được thỏa thuận. Không thể ký bảo hiểm cho thời gian đã qua.

Thời gian bảo hiểm tối thiểu của loại bảo hiểm Welcome Standard và Welcome Plus là 1 tháng.

G) Cách thức chấm dứt bảo hiểm, rút khỏi hợp đồng bảo hiểm

Bảo hiểm được chấm dứt theo thỏa thuận giữa người ký bảo hiểm và công ty bảo hiểm; hết thời hạn bảo hiểm; người ký bảo hiểm không có nhu cầu; không còn tồn tại rủi ro bảo hiểm; ngày người được bảo hiểm qua đời hoặc ngày kết thúc của pháp nhân mà không có người thừa kế hợp pháp, và/hoặc ngày qua đời hoặc kết thúc của người ký bảo hiểm Điều 7, khoản 4 của Điều kiện bảo hiểm chung; sau ba tháng kể từ ngày ký hợp đồng bảo hiểm mà không có sự đồng ý của người được bảo hiểm, nếu sự đồng ý đó được yêu cầu bởi qui định pháp lý ràng buộc chung; ngày mà công ty bảo hiểm từ chối phí bảo hiểm theo Điều 5, của Điều kiện bảo hiểm chung.

Bảo hiểm cũng có thể chấm dứt do công ty bảo hiểm hoặc người ký bảo hiểm rút khỏi hợp đồng. Người ký bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng sau thời hạn hủy hợp đồng tám ngày trong vòng hai tháng kể từ khi ký hợp đồng bảo hiểm hoặc sau thời hạn hủy hợp đồng một tháng trong vòng ba tháng kể từ ngày thông báo sự cố bảo hiểm. Ngoài ra Người ký bảo hiểm cũng có thể rút khỏi hợp đồng sau thời hạn hủy hợp đồng tám ngày nếu công ty bảo hiểm vi phạm nguyên tắc bình đẳng trong việc xác định mức phí bảo hiểm hay trong việc tính đền bù bảo hiểm; trong vòng một tháng kể từ ngày nhận được thông báo chuyển nhượng cổ phần bảo hiểm hay một phần của nó hoặc về sự chuyển đổi của công ty bảo hiểm; hoặc trong vòng một tháng kể từ ngày công bố thông báo là công ty bảo hiểm bị thu hồi giấy phép hoạt động trong lĩnh vực bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng sau thời hạn hủy hợp đồng tám ngày khi có sự gia tăng rủi ro bảo hiểm trong phạm vi và với điều kiện được nêu tại Điều 5, khoản 8, điểm a) và b) của Điều kiện bảo hiểm chung. Bảo hiểm cũng có thể bị chấm dứt do việc rút khỏi hợp đồng bảo hiểm vào ngày ký hợp đồng bảo hiểm. Người ký bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng bảo hiểm trong những trường hợp sau:

- a) trong vòng mười bốn ngày mà không cần đưa ra bất kỳ lý do nào kể từ khi ngày hợp đồng bảo hiểm hoặc từ ngày được thông báo về điều kiện bảo hiểm nếu bảo hiểm được ký dưới hình thức giao dịch từ xa hoặc ngoài văn phòng của công ty bảo hiểm;
- b) nếu công ty bảo hiểm hoặc người đại diện của hãng trong quá trình giao dịch hay thay đổi hợp đồng bảo hiểm đã cố ý hay vô tình trả lời không đúng hay không đầy đủ văn bản thắc mắc của người ký bảo hiểm liên quan đến vấn đề bảo hiểm. Người ký hợp đồng bảo hiểm được áp dụng quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày xác minh được sự việc đó;
- c) nếu khi ký hợp đồng bảo hiểm công ty bảo hiểm có biết sự khác biệt giữa điều kiện bảo hiểm đưa ra với nhu cầu được đề nghị, nhưng công ty bảo hiểm đã không lưu ý điều đó cho người ký bảo hiểm. Người ký hợp đồng bảo hiểm được áp dụng quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày xác minh được sự việc đó. Công ty bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng bảo hiểm nếu trong quá trình giao dịch hay thay đổi hợp đồng bảo hiểm, người ký bảo hiểm hay người được bảo hiểm đã cố ý hay vô tình trả lời không đúng hay không đầy đủ bản câu hỏi của công ty bảo hiểm liên quan đến bảo hiểm, và nếu trả lời đúng và đầy đủ thì công ty bảo hiểm đã không ký hợp đồng. Công ty bảo hiểm được áp dụng quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày xác minh được sự việc đó. Người ký hợp đồng bảo hiểm được rút khỏi hợp đồng bằng văn bản thông báo gửi đến trụ sở của công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ khẩn trương, chậm nhất là một tháng kể từ khi nhận được thông báo rút khỏi hợp đồng, hoàn trả cho người ký hợp đồng khoản phí bảo hiểm đã đóng, trong đó có khấu trừ những gì đã được bảo hiểm, và người ký bảo hiểm, người được bảo hiểm hoặc người được quyền hưởng bảo hiểm, trong thời hạn tương tự, có nghĩa vụ hoàn trả cho công ty bảo hiểm khoản đền bù bảo hiểm vượt quá phí bảo hiểm đã trả. Các bên sẽ không có quyền rút khỏi hợp đồng nếu quá thời hạn tương ứng cho từng lý do hủy hợp đồng như được nêu trên. Bản mẫu hủy hợp đồng có sẵn trên trang web www.ergo.cz trong phần Klientický servis - Dịch vụ khách hàng, hoặc có tại trụ sở và chi nhánh của Công ty bảo hiểm.

H) Thông tin về phí bảo hiểm và giới hạn của bảo hiểm

Phí bảo hiểm là khoản phải thanh toán cho công ty bảo hiểm để được cung cấp bảo hiểm trong phạm vi được qui định trong hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm được công ty bảo hiểm qui định theo phạm vi bảo hiểm mà người có nhu cầu bảo hiểm lựa chọn và phí bảo hiểm được thông báo trước khi ký hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm phụ thuộc vào loại bảo hiểm được lựa chọn, độ tuổi của người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm. Giới hạn bảo hiểm phụ thuộc vào phạm vi được bảo hiểm, xem bảng ở trang cuối của Điều kiện bảo hiểm chung. Trong phí bảo hiểm dành cho người nước ngoài thì phụ phí được tính là 45 % phí bảo hiểm.

Giới hạn bảo hiểm phụ thuộc vào phạm vi bảo hiểm được lựa chọn, xem bảng ở trang cuối của Điều kiện bảo hiểm chung.

I) Phương thức thanh toán và thời hạn của phí bảo hiểm

Chỉ có thể thỏa thuận loại phí bảo hiểm một lần. Hạn thanh toán phí bảo hiểm một lần là ngày bắt đầu bảo hiểm. Người ký bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán một lần phí bảo hiểm cho toàn bộ thời gian bảo hiểm trong quá trình ký hợp đồng bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm được thanh toán bằng chuyển khoản thông qua cơ quan tài chính, ngân hàng hoặc bưu điện, thì phí bảo hiểm được coi là đã được thanh toán vào ngày gửi toàn bộ khoản tiền vào tài khoản của công ty bảo hiểm được lập tại cơ quan tài chính hoặc trả tiền mặt toàn bộ khoản tiền cho công ty bảo hiểm hoặc trao trực tiếp cho người được công ty bảo hiểm ủy quyền nhận phí bảo hiểm. Có thể đóng phí bảo hiểm lần thứ nhất bằng tiền mặt. Phí bảo hiểm phải được đóng bằng nội tệ, trừ khi có thỏa thuận khác. Phí bảo hiểm đóng không kèm theo số định dạng hoặc với số định dạng không đúng bị coi là chưa được thanh toán.

J) Lệ phí

Công ty bảo hiểm không thu lệ phí về việc sử dụng phương tiện giao dịch tầm xa. Ngoài phí bảo hiểm, phải đóng các khoản lệ phí sau đây:

Soạn thảo đơn chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong vòng 2 tháng kể từ khi ký bảo hiểm	40 % phí bảo hiểm chưa sử dụng
Cấp bản sao hợp đồng bảo hiểm / tình trạng hiện tại của hợp đồng trong hệ thống	50 Kč
Cấp bản chụp dự thảo / hợp đồng từ hồ sơ lưu trữ bên ngoài	100 Kč
Cấp xác nhận thanh toán phis bảo hiểm (theo yêu cầu)	50 Kč
Kết thúc bảo hiểm trong trường hợp người ký bảo hiểm không còn nhu cầu	40 % phí bảo hiểm chưa sử dụng

K) Luật áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm, giải quyết tranh chấp

Mọi hợp đồng bảo hiểm ký với công ty bảo hiểm ERGO pojišťovna, a.s. được điều chỉnh bởi luật pháp của Cộng hòa Séc. Các tòa án có thẩm quyền tại Cộng hòa Séc được xét xử các tranh chấp. Người có nhu cầu ký hợp đồng bảo hiểm, nếu yêu cầu, có thể nhận được thêm thông tin liên quan đến bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài. Nếu ký hợp đồng bảo hiểm dưới hình thức giao dịch tầm xa, người ký bảo hiểm có quyền bất cứ lúc nào trong thời gian hợp đồng có giá trị yêu cầu gửi bản in các điều kiện bảo hiểm.

L) Phương pháp định mức đền bù bảo hiểm

Cách thức xác định mức đền bù bảo hiểm là bồi thường thiệt hại hoặc chi phí tùy thuộc vào phạm vi bảo hiểm cụ thể xem các điều tương ứng của Điều kiện bảo hiểm chung.

M) Hậu quả vi phạm nghĩa vụ bảo hiểm

Công ty bảo hiểm lưu ý qui định tại Điều 17 của Điều kiện bảo hiểm chung về những hậu quả do vi phạm nghĩa vụ hợp đồng bảo hiểm.

Phần I	Điều khoản mở đầu.....	6
Điều 1	Đối tượng bảo hiểm.....	6
Điều 2	Sự kiện bảo hiểm.....	6
Điều 3	Hiệu lực theo lãnh thổ của bảo hiểm.....	6
Điều 4	Hình thành và tồn tại bảo hiểm.....	6
Điều 5	Kết thúc bảo hiểm.....	7
Điều 6	Nhu cầu bảo hiểm.....	8
Điều 7	Bảo hiểm nguy cơ bảo hiểm của người khác và bảo hiểm có lợi cho người thứ ba.....	8
Điều 8	Phí bảo hiểm.....	8
Điều 9	Phạm vi bảo hiểm Standard.....	9
Điều 10	Phạm vi bảo hiểm Plus.....	10
Điều 11	Dịch vụ hỗ trợ.....	10
Điều 12	Loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm.....	10
Điều 13	Những người không thể bảo hiểm được.....	11
Điều 14	Thanh toán và thời hạn trả bồi thường bảo hiểm.....	12
Điều 15	Từ chối và giảm bồi thường bảo hiểm.....	12
Điều 16	Nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm.....	13
Điều 17	Hậu quả của việc vi phạm nghĩa vụ.....	13
Điều 18	Thẩm quyền của doanh nghiệp bảo hiểm xác định và xem xét các dữ liệu của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm.....	14
Phần II	Điều khoản cuối.....	14
Điều 19	Lệ phí.....	14
Điều 20	Thủ tục pháp lý, tổng đạt.....	14
Điều 21	Điều khoản cuối.....	15
Phần III	Giải thích các khái niệm.....	16

Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - WELCOME 220101

1.1.2022

Phần I Điều khoản mở đầu

Đối với bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài do hãng ERGO pojišťovna, a.s. (tiếp theo chỉ viết „doanh nghiệp bảo hiểm”), áp dụng bộ luật số 89/2012 Sb., luật dân sự, theo nội dung hiện hành (tiếp theo chỉ viết „OZ”), các điều khoản phù hợp của bộ luật số 277/2009 Sb., về bảo hiểm, theo nội dung hiện hành, Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - WELCOME 220101 (tiếp theo chỉ viết „VPP”), là một phần không thể tách rời của hợp đồng bảo hiểm, và những thỏa thuận khác nếu có, cũng là một phần không thể tách rời của hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm đáp ứng những điều kiện của bộ luật số 326/1999 Sb., về cư trú của người nước ngoài, theo nội dung hiện hành.

Chỉ những người cá thể có nơi cư trú tại Cộng hòa Czech mới có thể ký kết bảo hiểm, hoặc những cơ quan pháp nhân có trụ sở hoặc chi nhánh tại Cộng hòa Czech khi có trách nhiệm mua bảo hiểm liên quan.

Điều 1 Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng bảo hiểm là các chi phí chữa trị người được bảo hiểm phát sinh ra do hậu quả bệnh tật và tai nạn trong thời gian cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, trừ khi có quy định khác.
2. Đối tượng bảo hiểm cũng bao gồm các chi phí liên quan đến việc hồi hương của người được bảo hiểm.
3. Bảo hiểm theo những điều kiện VPP được ký kết như là bảo hiểm chống thiệt hại.

Chăm sóc sức khỏe khi cần thiết và cấp bách		
Gói Welcome	Standard	Plus
Tổng giới hạn cho sự kiện bảo hiểm	60.000 EUR	80.000 EUR
Vận chuyển về phương diện y tế	60.000 EUR	80.000 EUR
Hồi hương thi hài	60.000 EUR	80.000 EUR
Khám răng - tai nạn	6.000 Kč	6.000 Kč
Các dịch vụ nha khoa khác	không	6.000 Kč
Thuốc viết toa để điều trị ngoại trú	không	có
Chữa trị những bệnh có thể chữa được bằng thuốc bán tự do	không	có
Mang thai, tình huống phức tạp khi mang thai, sinh đẻ	không	không áp dụng trong trường hợp đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng
Chăm sóc trẻ sơ sinh	không	không
Dịch vụ hỗ trợ	chỉ trong trường hợp giá cả của việc điều trị không quá 5.000 Kč	có
Chăm sóc phòng ngừa, tiêm chủng	không	không
Chăm sóc có sự giám sát thường xuyên	không	không

Điều 2 Sự kiện bảo hiểm

1. Trong khuôn khổ bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài, những chi phí chứng minh được đã bỏ ra cho việc chữa trị người được bảo hiểm trong thời gian tồn tại bảo hiểm được coi là sự kiện bảo hiểm.

Điều 3 Hiệu lực theo lãnh thổ của bảo hiểm

1. Bảo hiểm áp dụng cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ CH Séc và khi rời khỏi CH Séc đến các quốc gia khác trong không gian Schengen.
2. Nếu như trong hợp đồng không có thỏa thuận một cách khác, thì việc bảo hiểm không áp dụng cho những sự kiện bảo hiểm phát sinh ra:
 - a) tại những quốc gia mà người được bảo hiểm là công dân;
 - b) tại những quốc gia mà người được bảo hiểm là người tham gia bảo hiểm y tế công cộng hoặc ở nơi có quyền được chăm sóc y tế miễn phí.
 - c) khi rời khỏi CH Séc đến những quốc gia khác của khối Schengen liên quan đến việc thực hiện nghĩa vụ lao động hoặc những hoạt động khác được trả lương, thù lao.

Điều 4 Hình thành và tồn tại bảo hiểm

1. Bảo hiểm bắt đầu hình thành vào ngày và giờ được ghi trong hợp đồng bảo hiểm như là thời điểm bắt đầu bảo hiểm và đối với những hợp đồng bảo hiểm được ký kết bằng phương pháp từ xa thì có thỏa thuận là điều này chỉ có giá trị trong trường hợp là đã thanh toán phí bảo hiểm lần đầu tiên trước thời điểm bắt đầu được bảo hiểm và thông qua việc thanh toán phí bảo hiểm lần đầu tiên hợp đồng bảo hiểm đã được chấp thuận từ phía bên mua bảo hiểm trong phạm vi đã đề xuất. Nếu không, sẽ không dẫn đến ký kết hợp đồng bảo hiểm. Bảo vệ thông qua bảo hiểm được cung cấp khi đồng thời thỏa mãn những điều kiện sau đây:
 - a) Đã đến ngày và thời gian bắt đầu bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm và
 - b) đã trả đầy đủ phí bảo hiểm.
2. Bảo hiểm được ký có thời hạn, thời gian tồn tại bảo hiểm được giới hạn trong tổng số ngày ghi trong hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm bắt đầu vào ngày và thời gian ghi trong hợp đồng bảo hiểm, cũng như kết thúc bảo hiểm. Nếu như việc chăm sóc y tế vẫn tiếp tục kể cả sau khi kết thúc bảo hiểm và người được bảo hiểm không đủ điều kiện để hồi hương thì doanh nghiệp bảo hiểm sẽ cung cấp bảo vệ thông qua bảo hiểm cho đến thời gian khi nào người được bảo hiểm có đủ khả năng để vận chuyển, thế nhưng tối đa chỉ trong thời gian 4 tuần (tức là 28 ngày) kể từ khi kết thúc bảo hiểm.

Điều 5 Kết thúc bảo hiểm

1. Bảo hiểm có thể kết thúc do thỏa thuận giữa doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo hiểm.
2. Bảo hiểm kết thúc khi hết thời gian bảo hiểm, nếu như trong hợp đồng không có thỏa thuận một cách khác.
3. Bảo hiểm kết thúc khi không còn quyền lợi có thể bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền được hưởng phí bảo hiểm cho đến thời điểm được biết về việc không còn quyền lợi có thể bảo hiểm.
4. Bảo hiểm chấm dứt sau khi đã hết ba tháng kể từ ngày ký hợp đồng bảo hiểm nhưng vẫn chưa có sự đồng ý rõ ràng của người được bảo hiểm, nếu như sự đồng ý này là cần thiết theo các quy chế pháp lý.
5. Bảo hiểm kết thúc vào ngày từ chối bồi thường bảo hiểm từ phía doanh nghiệp bảo hiểm, nếu như nguyên nhân từ chối là việc:
 - a) mà doanh nghiệp bảo hiểm biết đến mãi sau khi phát sinh sự kiện bảo hiểm,
 - b) khi đàm phán, ký kết bảo hiểm hoặc thay đổi bảo hiểm doanh nghiệp bảo hiểm không thể phát hiện ra do hậu quả vi phạm nghĩa vụ thông báo thông tin đúng sự thật của bên mua bảo hiểm và
 - c) khi có những thông tin đó khi ký kết hợp đồng bảo hiểm doanh nghiệp bảo hiểm sẽ không ký kết hợp đồng bảo hiểm đó, hoặc ký kết nhưng với những điều kiện khác.
6. Hai bên tham gia hợp đồng có thể kết thúc bảo hiểm:
 - a) trong vòng hai tháng kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm. Kể từ ngày tổng đạt thông báo kết thúc hợp đồng sẽ bắt đầu tính thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng, sau khi hết thời gian đó thì bảo hiểm kết thúc;
 - b) trong vòng ba tháng kể từ ngày thông báo phát sinh sự kiện bảo hiểm. Kể từ ngày tổng đạt thông báo kết thúc hợp đồng sẽ bắt đầu tính thời hạn một tháng để kết thúc hợp đồng, sau khi hết thời gian đó thì bảo hiểm kết thúc.
7. Bên mua bảo hiểm có thể kết thúc hợp đồng bảo hiểm với thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng:
 - a) trong vòng hai tháng kể từ ngày bên mua bảo hiểm biết được rằng doanh nghiệp bảo hiểm vi phạm nguyên tắc bình đẳng khi xác định mức phí bảo hiểm hoặc khi tính toán mức bồi thường bảo hiểm do bộ luật công dân quy định;
 - b) trong vòng một tháng kể từ ngày đương sự nhận được thông báo về việc chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm hoặc một phần của nó hoặc về việc chuyển đổi doanh nghiệp bảo hiểm;
 - c) trong vòng một tháng kể từ ngày thông báo công khai việc doanh nghiệp bảo hiểm bị thu giấy phép kinh doanh trong lãnh vực bảo hiểm.
8. Bên mua bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng bảo hiểm:
 - a) không cần nêu lý do trong vòng mười bốn ngày kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ ngày đương sự được thông báo điều kiện bảo hiểm, nếu như điều kiện bảo hiểm được ký kết ở dạng thức thương mại điện tử từ xa hoặc ngoài khuôn viên kinh doanh của doanh nghiệp bảo hiểm.
 - b) nếu như doanh nghiệp bảo hiểm hoặc người đại diện có ủy quyền của doanh nghiệp trong lúc đàm phán, thỏa thuận hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm có tình hoặc do bất cẩn trả lời không đúng sự thật hoặc không đầy đủ những thắc mắc bằng văn bản của bên mua bảo hiểm liên quan đến bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể áp dụng quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc như thế; c) nếu như doanh nghiệp bảo hiểm khi ký kết hợp đồng bảo hiểm nhận thức sự khác biệt giữa sản phẩm bảo hiểm mời chào và yêu cầu của khách hàng và không nhắc nhở bên mua bảo hiểm về những sự khác biệt này. Bên mua bảo hiểm có thể áp dụng quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc như thế.
9. Doanh nghiệp bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng, nếu như bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm trong lúc đàm phán, thỏa thuận hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm cố tình hoặc do bất cẩn trả lời không đúng sự thật hoặc không đầy đủ những thắc mắc bằng văn bản của doanh nghiệp bảo hiểm liên quan đến bảo hiểm, nếu như khi trả lời đúng sự thật và đầy đủ những thắc mắc doanh nghiệp bảo hiểm chắc chắn sẽ không ký kết hợp đồng bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm có thể áp dụng quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc như thế.
10. Việc rút khỏi hợp đồng từ phía bên mua bảo hiểm phải được thực hiện bằng văn bản và gửi đến địa chỉ trụ sở của doanh nghiệp bảo hiểm. Trong vòng một tháng kể từ ngày nhận được thông báo rút khỏi hợp đồng bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm có nghĩa vụ không chậm trễ, trả lại cho người đóng phí bảo hiểm những phí bảo hiểm đã đóng, trừ mức phí này trừ đi những khoản mà doanh nghiệp đã thực hiện trong khuôn khổ bảo hiểm và bên mua bảo hiểm,

người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng bảo hiểm có nghĩa vụ trong thời hạn tương tự phải trả lại cho doanh nghiệp bảo hiểm số tiền bồi thường bảo hiểm đã được thanh toán vượt quá mức phí bảo hiểm đã trả.

11. Sẽ mất quyền rút khỏi hợp đồng bảo hiểm, nếu như không sử dụng theo đúng thời hạn quy định.
12. Bảo hiểm sẽ chấm dứt khi hết nguy cơ bảo hiểm; ngày mất của người được bảo hiểm hoặc ngày giải thể của cơ quan pháp nhân không có người thừa kế hợp pháp, và/hoặc tử vong hoặc giải thể của bên mua bảo hiểm dựa theo điều 7 khoản 4 của VPP.
13. Trong trường hợp chấm dứt hoặc kết thúc hợp đồng thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền hưởng phí bảo hiểm đến khi kết thúc tồn tại bảo hiểm.

Điều 6 Nhu cầu bảo hiểm

1. Nhu cầu bảo hiểm là nhu cầu chính đáng để bảo vệ trước những hậu quả của sự kiện bảo hiểm và là điều kiện cơ bản để hình thành và tồn tại bảo hiểm.
2. Bên mua bảo hiểm có nhu cầu bảo hiểm sự sống và sức khỏe của mình. Điều này cũng được hiểu rằng bên mua bảo hiểm cũng có nhu cầu bảo hiểm cho sự sống và sức khỏe của người thứ ba, nhu cầu chứng tỏ mối quan hệ đến người đó (ví dụ quan hệ họ hàng, lợi ích hoặc lợi thế từ sự tiếp tục sống của người này....).
3. Bên mua bảo hiểm có nhu cầu bảo hiểm tài sản của mình. Điều này cũng được hiểu rằng bên mua bảo hiểm cũng có nhu cầu bảo hiểm cho tài sản của người thứ ba, trong trường hợp chứng tỏ rằng nếu không có và không tiếp tục sự tồn tại tài sản đó thì bên mua bảo hiểm có nguy cơ thiệt hại trực tiếp đến tài sản.
4. Điều này được hiểu rằng quyền lợi có thể bảo hiểm của bên mua bảo hiểm đã được chứng minh rõ ràng trong trường hợp người được bảo hiểm đã đồng ý với việc bảo hiểm.
5. Nếu như bên mua bảo hiểm đã không hề có quyền lợi có thể bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm đã biết hoặc phải biết về vấn đề này khi ký kết hợp đồng bảo hiểm, thì hợp đồng bảo hiểm không có giá trị.
6. Nếu như bên mua bảo hiểm đã cố tình bảo hiểm cho quyền lợi có thể bảo hiểm không tồn tại, nhưng doanh nghiệp bảo hiểm đã không biết hoặc không thể biết về vấn đề này thì hợp đồng bảo hiểm không có giá trị. Trong trường hợp như thế thì doanh nghiệp bảo hiểm được hưởng tiền thù lao tương đương với phí bảo hiểm cho đến thời điểm doanh nghiệp bảo hiểm biết được về vô giá trị của hợp đồng.
7. Nếu như quyền lợi có thể bảo hiểm chấm dứt trong thời gian đang tồn tại bảo hiểm, thì việc bảo hiểm cũng chấm dứt. Trong trường hợp như thế doanh nghiệp bảo hiểm có quyền được hưởng phí bảo hiểm cho đến thời điểm được biết về việc không còn quyền lợi có thể bảo hiểm.

Điều 7 Bảo hiểm nguy cơ bảo hiểm của người khác và bảo hiểm có lợi cho người thứ ba

1. Nếu như bên mua bảo hiểm ký hợp đồng bảo hiểm để có lợi cho mình nhưng liên quan đến nguy cơ bảo hiểm như là nguyên nhân có thể xuất hiện sự kiện bảo hiểm ở người thứ ba, thì bên mua bảo hiểm có quyền được hưởng bồi thường bảo hiểm nếu như thấy rằng người thứ ba đã được biết nội dung hợp đồng bảo hiểm và ý thức được rằng người thứ ba không có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm và đồng ý để bên mua bảo hiểm được nhận bồi thường bảo hiểm. Nếu như người được bảo hiểm là con của bên mua bảo hiểm và vẫn chưa tới tuổi thành niên, thì không cần có sự đồng ý đặc biệt, nếu như bản thân bên mua bảo hiểm là người giám hộ hợp pháp của người được bảo hiểm và đó không phải là bảo hiểm tài sản.
2. Nếu như cần có sự đồng ý của người được bảo hiểm hoặc người giám hộ và nếu như bên mua bảo hiểm không chứng minh có sự đồng ý trong vòng ba tháng kể từ ngày ký kết hợp đồng, thì bảo hiểm sẽ chấm dứt khi hết thời gian đó. Nếu như trong thời gian đó xảy ra sự kiện bảo hiểm nhưng vẫn chưa có sự đồng ý của người được bảo hiểm, thì người được bảo hiểm có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm.
3. Nếu như bên mua bảo hiểm sang nhượng hợp đồng bảo hiểm mà không có sự đồng ý của người được bảo hiểm hoặc người giám hộ, thì việc chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm coi như chưa thực hiện. Điều này không áp dụng cho trường hợp nếu người được chuyển nhượng là người không cần có sự đồng ý để bảo hiểm nguy cơ bảo hiểm của người được bảo hiểm.
4. Vào ngày bên mua bảo hiểm qua đời, hoặc vào ngày chấm dứt sự tồn tại mà không có người thừa kế, người được bảo hiểm chính thức bước vào quy trình bảo hiểm, thế nhưng nếu như người được bảo hiểm thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm ở dạng văn bản trong vòng ba mươi ngày kể từ khi bên mua bảo hiểm qua đời hoặc từ khi bên mua bảo hiểm chấm dứt tồn tại, rằng người được bảo hiểm không có nhu cầu tiếp tục được bảo hiểm, thì việc bảo hiểm sẽ chấm dứt kể từ ngày qua đời hoặc ngày chấm dứt tồn tại của bên mua bảo hiểm. Những hiệu lực về việc chậm trễ đối với người được bảo hiểm sẽ không áp dụng trước khi hết hạn mười lăm ngày, kể từ ngày người được bảo hiểm đã được biết về việc mình bước vào quy trình bảo hiểm.
5. Nếu như hợp đồng bảo hiểm được ký kết có lợi cho người thứ ba, thì người này có thể bổ sung sự đồng ý khi áp dụng quyền được hưởng bồi thường bảo hiểm. Người thứ ba có quyền được hưởng bồi thường bảo hiểm, nếu như người được bảo hiểm hoặc người giám hộ đã cấp sự đồng ý cho người thứ ba để nhận bồi thường bảo hiểm sau khi đã làm quen với nội dung của hợp đồng bảo hiểm.
6. Nếu như nguy cơ bảo hiểm của người khác được bảo hiểm có lợi cho người thứ ba, thì áp dụng tương tự các điều khoản của điểm 1 và 4 của chương này.

Điều 8 Phí bảo hiểm

1. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền hưởng phí bảo hiểm trong thời gian tồn tại bảo hiểm, nếu như trong hợp đồng không có thỏa thuận một cách khác.
2. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán phí bảo hiểm ở mức quy định.
3. Phí bảo hiểm được thanh toán bằng tiền mặt hoặc chuyển vào tài khoản do doanh nghiệp bảo hiểm quy định. Phí bảo hiểm đã trả mà không có hoặc sai mã số để nhận biết mục đích thanh toán (variabilní symbol - viết tắt VS) được coi như là chưa trả.
4. Phí bảo hiểm được thỏa thuận như là phí bảo hiểm trả một lần..
5. Phí bảo hiểm có hạn trả vào ngày bắt đầu bảo hiểm.
6. Phí bảo hiểm được coi là đã trả:
 - a) khi trả bằng phương pháp chuyển khoản vào thời điểm số tiền phí bảo hiểm vào tài khoản của doanh nghiệp bảo hiểm có ghi đúng mã số để nhận biết mục đích thanh toán - variabilní symbol; để trả phí bảo hiểm lần đầu tiên thì phí bảo hiểm được coi là đã trả vào thời điểm trừ số tiền tương ứng phí bảo hiểm từ tài khoản trả phí bảo hiểm;
 - b) khi trả thông qua bưu điện là ngày nộp tiền tại bưu điện;
 - c) khi trả bằng tiền mặt là ngày trả tiền cho người đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm, có cấp giấy chứng nhận về việc nhận khoản thanh toán.
7. Mức phí bảo hiểm được điều chỉnh theo độ tuổi của người được bảo hiểm, gói bảo hiểm đã chọn và thời gian bảo hiểm.
8. Nếu như xảy ra sự kiện bảo hiểm, do hậu quả đó việc bảo hiểm chấm dứt, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền hưởng phí bảo hiểm đến khi kết thúc thời gian bảo hiểm, khi trong thời gian ấy xảy ra sự kiện bảo hiểm; trong trường hợp này phí bảo hiểm trả một lần sẽ thuộc về doanh nghiệp bảo hiểm cho suốt thời gian đã ký kết bảo hiểm, nếu như không có thỏa thuận khác.

Điều 9 Phạm vi bảo hiểm Standard

1. Bảo hiểm được thu xếp trong phạm vi "chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp". Do đó, bảo hiểm không hoàn trả trong phạm vi hoặc số tiền mà họ sẽ được thanh toán từ bảo hiểm y tế công cộng và không đồng nhất với bảo hiểm ốm đau theo § 2847 và tiếp theo. Nhãn hiệu, đã được sửa đổi
2. Bảo hiểm được áp dụng cho điều trị bệnh, tai nạn và các nhóm chẩn đoán khác phát sinh sau thời gian bắt đầu bảo hiểm, ngoại trừ các phương pháp điều trị các bệnh có thể điều trị được bằng thuốc không kê đơn và thuốc hỗ trợ.
3. Bảo hiểm chỉ được áp dụng cho chăm sóc y tế do đội ngũ nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cung cấp.
4. Bảo hiểm được áp dụng cho:
 - a) điều trị y tế ngoại trú;
 - b) thuốc theo toa của bác sĩ trong thời gian nằm viện; những sản phẩm hỗ trợ không được coi là thuốc mặc dù do bác sĩ viết toa và có chứa thành phần chất chữa bệnh, các thuốc phòng bệnh, mỹ phẩm và ma túy;
 - c) các công cụ y khoa liên quan đến việc điều trị người được bảo hiểm (bó bột, băng gạc, nạng...vv);
 - d) vật lý trị liệu nếu như do bác sĩ chỉ định, ví dụ như điều trị bằng bức xạ, nhiệt...vv.
 - e) xét nghiệm chẩn đoán (X-ray, điện não đồ, điện tâm đồ...vv);
 - f) trong trường hợp điều trị tại bệnh viện sẽ được đặt nằm viện theo các quy tắc pháp lý của nước sở tại, bệnh viện chịu sự giám sát y tế liên tục, có khả năng điều trị và chẩn đoán đầy đủ, và hoạt động theo những phương pháp khoa học được công nhận rộng rãi và thực hiện hồ sơ bệnh án ;
 - g) chi phí để vận chuyển do chỉ định y khoa đến bệnh viện phù hợp gần nhất hoặc đến bác sĩ;
 - h) phẫu thuật khẩn cấp;
 - i) điều trị liên quan đến dị ứng, nếu như đó là lần xuất hiện đầu tiên dạng dị ứng nhất định ở người được bảo hiểm, kể cả những xét nghiệm dị ứng và miễn dịch cần thiết tiếp theo; thế nhưng không áp dụng cho những thuốc và tất cả các sản phẩm hỗ trợ liên quan đến chẩn đoán đó.
 - j) điều trị nha khoa do tai nạn với tổng số tiền 6.000 K mỗi năm bảo hiểm cho một người được bảo hiểm trong tất cả các hợp đồng bảo hiểm của người đó.
5. Doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp bồi thường bảo hiểm cho chăm sóc y tế tối đa chỉ trong phạm vi như quyền lợi của các công dân CH Séc tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo tinh thần các quy chế pháp lý hiện hành.
6. Trong trường hợp xảy ra tử vong người được bảo hiểm do hậu quả tai nạn hoặc bệnh tật, thì bảo hiểm được áp dụng cho những chi phí hợp lý và có mục đích để:
 - a) hỏa táng tại nơi tử vong;
 - b) hồi hương, tức là chi phí cho quan tài tạm thời, ướp xác và vận chuyển hài cốt phù hợp với các quy chế pháp lý hiện hành;
7. Tổng số tiền bồi thường bảo hiểm cho một sự kiện bảo hiểm được giới hạn ở mức 60 000 EUR. Số tiền này là có giới hạn và tổng các chi phí chăm sóc y tế kể cả việc hồi hương không thể vượt quá nó
8. Dựa theo điều 11 của VPP, dịch vụ hỗ trợ được cung cấp cho người được bảo hiểm chỉ trong trường hợp là chi phí điều trị người được bảo hiểm vượt quá 5000 Kč, hoặc giá trị tương đương bằng ngoại tệ. Nếu như chi phí để điều trị người được bảo hiểm ít hơn 5000 Kč và mặc dù vậy người được bảo hiểm quyết định sẽ sử dụng dịch vụ hỗ trợ thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả chi phí đã phát sinh cho doanh nghiệp bảo hiểm do việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ, nhưng ít nhất là 1500 Kč. Doanh nghiệp bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ có thể trừ những chi phí này vào bồi thường bảo hiểm.

Điều 10 Phạm vi bảo hiểm Plus

1. Bảo hiểm được thu xếp trong phạm vi "chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp". Do đó, bảo hiểm không hoàn trả trong phạm vi hoặc số tiền mà họ sẽ được thanh toán từ bảo hiểm y tế công cộng và không đồng nhất với bảo hiểm ốm đau theo § 2847 và tiếp theo. Nhân hiệu, đã được sửa đổi
2. Bảo hiểm được áp dụng cho điều trị bệnh, tai nạn và các nhóm chẩn đoán khác phát sinh sau thời gian bắt đầu bảo hiểm.
3. Bảo hiểm chỉ được áp dụng cho chăm sóc y tế do đội ngũ nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cung cấp.
4. Bảo hiểm được áp dụng cho:
 - a) điều trị y tế ngoại trú;
 - b) thuốc theo toa của bác sĩ; những sản phẩm hỗ trợ không được coi là thuốc mặc dù do bác sĩ viết toa và có chứa thành phần chất chữa bệnh, các thuốc phòng bệnh, mỹ phẩm và ma túy;
 - c) các công cụ y khoa liên quan đến việc điều trị người được bảo hiểm (bó bột, băng gạc, nạng...vv);
 - d) vật lý trị liệu nếu như do bác sĩ chỉ định, ví dụ như điều trị bằng bức xạ, nhiệt...vv.
 - e) xét nghiệm chẩn đoán (X-ray, điện não đồ, điện tâm đồ...vv);
 - f) trong trường hợp điều trị tại bệnh viện sẽ được đặt nằm viện theo các quy tắc pháp lý của nước sở tại, bệnh viện chịu sự giám sát y tế liên tục, có khả năng điều trị và chẩn đoán đầy đủ, và hoạt động theo những phương pháp khoa học được công nhận rộng rãi và thực hiện hồ sơ bệnh án ;
 - g) chi phí để vận chuyển do chỉ định y khoa đến bệnh viện phù hợp gần nhất hoặc đến bác sĩ;
 - h) phẫu thuật khẩn cấp;
 - i) khám kiểm tra, nếu lần điều trị chẩn đoán đầu tiên đã được doanh nghiệp bảo hiểm thanh toán;
 - j) điều trị nha khoa do hậu quả bị tai nạn.
5. Bảo hiểm còn được áp dụng cho:
 - a) điều trị liên quan đến dị ứng, nếu như đó là lần xuất hiện đầu tiên dạng dị ứng nhất định ở người được bảo hiểm, kể cả những xét nghiệm dị ứng và miễn dịch cần thiết tiếp theo; thế nhưng không áp dụng cho những thuốc và tất cả các sản phẩm hỗ trợ liên quan đến chẩn đoán đó.
 - b) điều trị cần thiết khi tính mạng của người mẹ và đứa trẻ bị đe dọa trong trường hợp có biến chứng khi mang thai
 - c) điều trị nha khoa với mục đích loại bỏ đau đớn, trám răng ở dạng đơn giản và sửa chữa răng giả cần thiết , tất cả ở mức tổng cộng 6000 Kč mỗi năm bảo hiểm cho từng người được bảo hiểm trong khuôn khổ tất cả các hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm. Nếu bảo hiểm được thu xếp ít nhất 1 năm.
6. Doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp bồi thường bảo hiểm cho chăm sóc y tế tối đa chỉ trong phạm vi như quyền lợi của các công dân CH Séc tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo tinh thần các quy chế pháp lý hiện hành.
7. Trong trường hợp xảy ra tử vong người được bảo hiểm do hậu quả tai nạn hoặc bệnh tật, thì bảo hiểm được áp dụng cho những chi phí hợp lý và có mục đích để:
 - a) hỏa táng tại nơi tử vong;
 - b) hồi hương, tức là chi phí cho quan tài tạm thời, ướp xác và vận chuyển hài cốt phù hợp với các quy chế pháp lý hiện hành;
8. Tổng số tiền bồi thường bảo hiểm cho một sự kiện bảo hiểm được giới hạn ở mức 80 000 EUR. Số tiền này là có giới hạn và tổng các chi phí chăm sóc y tế kể cả việc hồi hương không thể vượt quá nó

Điều 11 Dịch vụ hỗ trợ

1. Dịch vụ hỗ trợ là dịch vụ cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến việc bảo hiểm đã ký kết và do đối tác của doanh nghiệp bảo hiểm đảm bảo.
2. Dịch vụ hỗ trợ hoặc người đại diện nước ngoài khác có thẩm quyền của doanh nghiệp bảo hiểm có quyền hoạt động nhân danh doanh nghiệp bảo hiểm trong trường hợp tất cả các sự kiện thiệt hại và bảo hiểm, và khuyến nghị hoặc tìm kiếm những cơ sở y tế thích hợp.
3. Sự giúp đỡ của dịch vụ hỗ trợ được cung cấp trong trường hợp cần thiết:
 - a) vận chuyển trong trường hợp người được bảo hiểm bị bệnh tật hoặc tai nạn;
 - b) vận chuyển hài cốt của người được bảo hiểm;
 - c) đảm bảo cho việc cứu trợ thông qua bảo hiểm và thanh toán các chi phí để điều trị từ phía doanh nghiệp bảo hiểm.

Điều 12 Loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm

1. Bảo hiểm không áp dụng cho:
 - a) điều trị bệnh, tai nạn và các nhóm chẩn đoán khác phát sinh trước thời gian bắt đầu bảo hiểm.
 - b) chăm sóc y tế mà công dân CH Séc cũng không được thanh toán khi họ tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo tinh thần các quy chế pháp lý hiện hành;
 - c) chăm sóc y tế cung cấp cho người có bảo hiểm tại cơ sở y tế khi thông thường cơ sở y tế không cung cấp chăm sóc y tế cho công dân CH Séc khi họ tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo tinh thần các cơ chế pháp lý ràng buộc nói chung, ngoại trừ khi tính mạng bị đe dọa nguy kịch (ví dụ tại một số phòng khám tư nhân, hoặc các cơ sở y tế khác mà dịch vụ do họ cung cấp không được thanh toán từ bảo hiểm y tế công cộng...);

- d) chi phí cho những thuốc men mà người được bảo hiểm đã mua mà không có đơn của bác sĩ;
 - e) chi phí điều trị thẩm mỹ và hậu quả của nó, thủ tục phẫu thuật hoặc điều trị;
 - f) chế tạo và sửa chữa các bộ phận giả, niềng răng, kính, kính áp tròng, thiết bị nghe và dụng cụ hỗ trợ tương tự;
 - g) phá thai, trừ khi bị đe dọa đến sự sống hoặc sức khỏe của người phụ nữ hoặc thai nhi phát triển bị khiếm khuyết về yếu tố gen, điều đó có nghĩa là những trường hợp phá thai có lý do chính đáng trên phương diện y khoa;
 - h) điều trị vô sinh hoặc hiếm muộn và thụ tinh nhân tạo;
 - i) thủ tục y khoa và hậu quả của nó nếu như người được bảo hiểm đã đến CH Séc hoặc đi nước ngoài với mục đích thực hiện thủ tục y khoa đó;
 - j) chi phí điều trị cho người thân của người được bảo hiểm (ví dụ chồng, vợ, cha mẹ);
 - k) điều trị tại các trung tâm nghỉ mát và dưỡng bệnh và các biện pháp phục hồi chức năng;
 - l) chi phí phát sinh để điều trị những hậu quả do áp dụng phương pháp điều trị mà không được giới chuyên môn y tế coi là lege artis;
 - m) điều trị những bệnh tật, tai nạn và hậu quả của chúng đã bị gây ra do chiến tranh hoặc do tham gia các cuộc biểu tình, tụ tập chống đối hoặc các cuộc rối loạn khác;
 - n) điều trị chấn thương phát sinh khi lái xe cơ giới mà không có giấy phép thích hợp (giấy phép lái xe), nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc;
 - o) chở và vận chuyển bằng máy bay cứu thương, trừ khi việc vận chuyển đã được dịch vụ hỗ trợ phê duyệt trước;
 - p) lệ phí điều tiết và phụ phí;
 - q) điều trị do có liên quan đến hành vi gây ra hành động phạm pháp hoặc hành vi côn đồ có tính chất phạm vi cảnh, nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc;
 - r) điều trị do hậu quả tự tử hoặc thử tự tử, nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc; cố tình gây ra bệnh tật hoặc thương tích, nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc ;
 - s) cố tình gây ra bệnh tật hoặc thương tích, nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc ;
 - t) những thương tích xảy ra do ảnh hưởng của rượu, ma túy và các chất hướng thần, nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc.
2. Doanh nghiệp bảo hiểm không cung cấp bồi thường bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm từ chối thi hành việc hồi hương, điều trị hoặc kiểm tra y tế cần thiết do bác sĩ thực hiện, bác sĩ do doanh nghiệp bảo hiểm hoặc nhà cung cấp các dịch vụ hỗ trợ của doanh nghiệp bảo hiểm chỉ định.
 3. Bảo hiểm không áp dụng cho trường hợp bị thương tích phát sinh ra trong quá trình nhảy dù và lượn dù, nhảy từ trên cao xuống có dù, khi sử dụng các máy bay không động cơ, tàu lượn, máy bay siêu nhẹ, tào con thoi, nhảy bungee, bay trên kính khí cầu, thủy phi cơ; ngoài ra việc bảo hiểm không bao gồm bồi thường cho những thương tích xảy ra khi phi công, những thành viên khác đoàn bay và những người khác thực hiện nhiệm vụ, khi họ thực hiện nhiệm vụ của mình bằng máy bay; việc bảo hiểm cũng không áp dụng cho những trường hợp bơi lội kể cả khi có khí nén, leo núi, leo vách đá, xuống từ thác băng và nước, đi bè, chèo thuyền trên dòng sông cuộn cuộn, chèo xuồng, leo núi, trượt tuyết ngoài khu vực quy định, motocross và các cuộc thi mô tô, karate, taekwondo, aikido, kung fu, judo, box, kic-box ...vv.
 4. Bảo hiểm không áp dụng cho các hoạt động thể thao của các vận động viên chuyên nghiệp. Theo những điều kiện VPP đó thì vận động viên chuyên nghiệp là người thực hiện các hoạt động thể thao theo hợp đồng chuyên nghiệp; là người tham gia các cuộc đua, cuộc thi, các giải thi đấu hoặc luyện tập hoặc tập trung tập huấn tại các giải cúp thế giới, Olympic, giải vô địch thế giới, châu lục hoặc quốc gia.
 5. Việc vận hành các hoạt động khác nhau được ghi ở khoản 3 và 4 của chương này có thể được đưa vào hợp đồng bảo hiểm sau khi đã có thỏa thuận bằng văn bản với doanh nghiệp bảo hiểm, hoặc bổ sung bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn và theo những điều kiện trong bảng giá của doanh nghiệp bảo hiểm.

Điều 13 Những người không thể bảo hiểm được

1. Những người không thể bảo hiểm được, tức là những người không được bảo hiểm:
 - a) người bị rối loạn thần kinh nặng - thuộc trong nhóm này đặc biệt là những tổn thất thần kinh dẫn đến hạn chế thể chất nặng, hoặc hạn chế các hoạt động sinh hoạt và công việc hàng ngày. Được coi thuộc trong nhóm bệnh này là các giai đoạn khác nhau của bệnh đa xơ cứng, teo cơ xơ cứng (ALS), Morbus Parkinson, tình trạng sau đột quy bị hạn chế khả năng cử động, động kinh, xuất hiện các mô mới (khối u) của hệ thần kinh trung ương, viêm đa dây thần kinh dẫn đến hạn chế khả năng cử động, chấn thương não hoặc tùy sống nghiêm trọng dẫn đến hạn chế khả năng cử động, trầm cảm, co giật bất tỉnh và chóng mặt;
 - b) những người bị bệnh tâm thần - thuộc trong nhóm này chủ yếu bao gồm rối loạn tâm thần hưng cảm và trầm cảm, rối loạn tâm thần phân liệt và hoang tưởng, Morbus Alzheimer và những dạng khác của bệnh mất trí nhớ, hội chứng Psychoorganic , hội chứng Down, nước trong não (não úng thủy), tự kỷ;
 - c) những người có những bệnh và hạn chế sau đây: điếc (cả hai bên), mù (cả hai bên), tê liệt, nghiện ma túy và rượu và bị phụ thuộc nặng vào các loại thuốc, xơ gan, ung thư, các khối u ác tính (ung thư), TBC, loc máu thận, nhiễm HIV, AIDS.
2. Đối với những người không thể bảo hiểm được sẽ không hình thành việc bảo hiểm.

Điều 14 Thanh toán và thời hạn trả bồi thường bảo hiểm

1. Nếu như xảy ra sự kiện bảo hiểm sau khi bắt đầu đã có bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm sẽ cung cấp bồi thường bảo hiểm theo những điều kiện quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Tiền bồi thường bảo hiểm được thanh toán tại CH Séc bằng tiền tệ nội địa.
2. Và sẽ cung cấp cho người được bảo hiểm hoặc cho người có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm. Để chuyển đổi ngoại tệ, sử dụng tỉ giá chính thức của Ngân hàng quốc gia CH Séc vào ngày xuất hiện sự kiện bảo hiểm.
3. Giới hạn của bồi thường bảo hiểm được quy định bằng số tiền bảo hiểm và có thể bị hạn chế bởi mức giới hạn bồi thường bảo hiểm.
4. Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ hoàn thành việc điều tra và thông báo kết quả cho người có quyền lợi trong vòng ba tháng kể từ ngày thông báo sự kiện thiệt hại cho doanh nghiệp bảo hiểm. Nếu như doanh nghiệp không thể kết thúc điều tra trong thời hạn đó, thì sẽ thông báo cho người có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm lý do tại sao vẫn chưa kết thúc việc điều tra và nếu được yêu cầu, doanh nghiệp sẽ cung cấp tiền ứng trước thích hợp, nếu như không có lý do chính đáng để từ chối. Thời hạn này không được áp dụng, nếu như việc điều tra bị cản trở hoặc gây khó khăn do lỗi của người có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm, bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm. Hạn thanh toán bồi thường bảo hiểm là trong vòng 15 ngày sau khi kết thúc điều tra cần thiết để xác định phạm vi nghĩa vụ mà doanh nghiệp bảo hiểm phải thực hiện. Việc điều tra kết thúc, khi doanh nghiệp bảo hiểm thông báo kết quả cho người có quyền lợi.
5. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền hoãn trả bồi thường bảo hiểm hoặc tiền tạm ứng trước, nếu như:
 - a) có lý do nghi ngờ về tính hợp pháp của việc trả bồi thường bảo hiểm cho đến khi cung cấp đầy đủ các chứng cứ;
 - b) bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm bị khởi tố hình sự, vi cảnh hoặc các vấn đề khác tại tòa do có liên quan đến sự kiện thiệt hại cho đến khi kết thúc xong việc giải quyết sự vụ.
6. Nếu như tiền bồi thường bảo hiểm hoặc tiền tạm ứng bồi thường bảo hiểm đã trả một cách trái phép, thì người đã được nhận khoản tiền bồi thường bảo hiểm đó có nghĩa vụ trả lại ngay không chậm trễ,
 - a) kể cả sau khi đã kết thúc bảo hiểm.
7. Nếu như chi phí để điều tra do doanh nghiệp bảo hiểm đã bỏ ra đã phát sinh hoặc bị tăng lên do vi phạm nghĩa vụ từ phía bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm hoặc người áp dụng quyền được bồi thường bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền yêu cầu để người vi phạm nghĩa vụ trả bồi thường chính đáng.
8. Liên quan đến sự kiện bảo hiểm đối với người thứ ba, nếu như người được bảo hiểm được phát sinh quyền bồi thường tài chính là đối tượng của bảo hiểm này, thì quyền này sẽ chuyển sang cho doanh nghiệp bảo hiểm, ở mức bồi thường bảo hiểm đã trả trên cơ sở hợp đồng bảo hiểm. Nếu như người được bảo hiểm có quyền này hoặc từ chối quyền lợi này mà không có sự đồng ý của doanh nghiệp bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm không có nghĩa vụ thực hiện bồi thường bảo hiểm ở mức tương đương với quyền lợi đòi người thứ ba, trong trường hợp tiền bồi thường bảo hiểm đã trả thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lại tiền bồi thường bảo hiểm tương đương với quyền đòi người thứ ba.
9. Nếu như người được bảo hiểm nhận được tiền bồi thường từ người thứ ba có nghĩa vụ cung cấp khoản bồi thường đó thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền giảm mức bồi thường bảo hiểm bằng phương pháp thỏa đáng. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo về việc này cho doanh nghiệp bảo hiểm kịp thời, không chậm trễ.
10. Nếu như người được bảo hiểm có quyền được thanh toán chăm sóc y tế từ nguồn bảo hiểm công cộng hoặc bảo hiểm tương tự do luật pháp quy định thì doanh nghiệp bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp bồi thường bảo hiểm chỉ phần vượt quá khoản thanh toán từ bảo hiểm y tế công cộng hoặc bảo hiểm tương tự do luật pháp quy định. Người được bảo hiểm không có quyền từ chối những quyền lợi đó. Nếu như người được bảo hiểm làm như vậy thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền chính đáng giảm mức bồi thường bảo hiểm ở mức tương đương quyền lợi đó.
11. Quyền lợi đền bồi thường bảo hiểm có thể được chuyển nhượng với sự đồng ý trước của doanh nghiệp bảo hiểm, viết thành văn bản.

Điều 15 Từ chối và giảm bồi thường bảo hiểm

1. Doanh nghiệp có thể từ chối cung cấp bồi thường bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm, nếu như nguyên nhân của sự kiện bảo hiểm là sự việc mà doanh nghiệp bảo hiểm đã biết về điều này mãi sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, và doanh nghiệp không thể phát hiện ra điều này khi đàm phán ký kết hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm do hậu quả cố tình hay vô ý trả lời không chính xác hoặc đầy đủ các câu hỏi viết thành văn bản, và nếu như khi có những thông tin đó vào thời điểm ký kết hợp đồng bảo hiểm chắc chắn doanh nghiệp bảo hiểm đã không ký kết hợp đồng bảo hiểm đó, hoặc ký kết nhưng với những điều kiện khác.
2. Vào ngày tổng đạt thông báo về việc từ chối bồi thường bảo hiểm theo khoản 1 của điều này hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt.
3. Nếu như khi ký kết hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm vi phạm một trong nghĩa vụ nêu trong hợp đồng bảo hiểm và dẫn đến hậu quả xác định mức phí bảo hiểm thấp hơn, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền chính đáng giảm mức bồi thường bảo hiểm phù hợp với tỉ lệ phí bảo hiểm đã nhận và phí bảo hiểm đáng lý phải được nhận.
4. Nếu như việc vi phạm nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm hoặc người có quyền được hưởng bồi thường bảo hiểm có ảnh hưởng đáng kể đến việc phát sinh sự kiện bảo hiểm, quá trình diễn biến của sự kiện hoặc tăng phạm vi hậu quả của sự kiện bảo hiểm hoặc đến việc phát hiện hoặc xác định mức bồi thường bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có thể giảm mức bồi thường bảo hiểm tương ứng tùy theo việc vi phạm đó có ảnh hưởng như

thể nào đến phạm vi nghĩa vụ mà doanh nghiệp bảo hiểm phải thực hiện. Điều này cũng được áp dụng trong trường hợp khi việc vi phạm nghĩa vụ đã cản trở việc đưa ra những chứng cứ về việc đã xảy ra sự kiện bảo hiểm theo tinh thần VPP.

5. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền giảm mức bồi thường bảo hiểm trong trường hợp cung cấp chăm sóc y tế cao cấp ở mức độ cần thiết và chính đáng theo bảng đánh giá chuyên môn của bác sĩ do doanh nghiệp bảo hiểm chỉ định.

Điều 16 Nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm

1. Bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời đúng sự thật và đầy đủ tất cả những câu hỏi của doanh nghiệp bảo hiểm khi đàm phán về việc ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc khi đàm phán về việc thay đổi hợp đồng bảo hiểm, cũng như những sự kiện có ý nghĩa quan trọng đến quyết định của doanh nghiệp bảo hiểm, đánh giá rủi ro bảo hiểm như thế nào, có nên ký bảo hiểm không và với những điều kiện gì và kể cả những câu hỏi liên quan đến tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ không chậm trễ thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm những thay đổi xảy ra trong thời gian có bảo hiểm về những vấn đề đã được chất vấn khi đàm phán về việc ký hợp đồng bảo hiểm hoặc khi đàm phán về việc thay đổi hợp đồng bảo hiểm.
2. Bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ không chậm trễ thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm mỗi thay đổi liên quan đến người được bảo hiểm, việc bảo hiểm và thay đổi rủi ro bảo hiểm, đặc biệt là:
 - a) thay đổi nơi ở, hoặc địa chỉ để gửi thư từ;
 - b) thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm biết là đã ký kết bảo hiểm khác để bảo hiểm những nguy hiểm tương tự với doanh nghiệp bảo hiểm khác; đồng thời có nghĩa vụ thông báo cả tên của doanh nghiệp bảo hiểm và mức bảo hiểm;
 - c) thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm không còn quyền lợi có thể bảo hiểm và chứng minh điều này.
3. Bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ thực hiện các biện pháp thích hợp để ngăn chặn phát sinh thiệt hại và chú ý để không xảy ra sự kiện bảo hiểm, đặc biệt là không vi phạm những nghĩa vụ nhằm ngăn chặn hoặc giảm thiểu những nguy hiểm được quy định trong những quy chế pháp lý tổng quát hoặc trong hợp đồng bảo hiểm.
4. Trong trường hợp phát sinh thiệt hại, người được bảo hiểm, bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền lợi có những nghĩa vụ:
 - a) thông báo kịp thời cho doanh nghiệp bảo hiểm biết đã xảy ra sự kiện thiệt hại, đưa ra giải thích đúng sự thật về việc phát sinh và phạm vi hậu quả của sự kiện đó, trình tất cả những bản gốc các chứng từ cần thiết, hoặc tạo điều kiện cho doanh nghiệp bảo hiểm sao chụp những chứng từ đó và tuân thủ theo những cách thức đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và theo chỉ thị của doanh nghiệp bảo hiểm;
 - b) khi được yêu cầu, cung cấp cho doanh nghiệp bảo hiểm bằng văn bản tất cả những thông tin cần thiết để xác định phạm vi nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp bồi thường bảo hiểm. Những thông tin được yêu cầu có thể được chuyển ở dạng văn bản thông báo cho người đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm. Các chi phí có thể phát sinh để có những giấy tờ được yêu cầu do người được bảo hiểm hoặc người có quyền lợi trả. Những giấy tờ đã giao cho doanh nghiệp bảo hiểm sẽ thuộc sở hữu của doanh nghiệp và doanh nghiệp có quyền tiếp tục sử dụng chúng;
 - c) theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm ủy quyền cho đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm để yêu cầu cấp các dữ liệu từ người thứ ba (chủ yếu từ bác sĩ, bệnh viện, các cơ sở y tế và hãng bảo hiểm) và để đàm phán liên quan đến sự kiện bảo hiểm;
 - d) cố gắng để tất cả các văn bản thông báo và đánh giá chuyên môn do doanh nghiệp bảo hiểm yêu cầu sẽ được hoàn thành và gửi cho doanh nghiệp bảo hiểm không chậm trễ.
 - e) chứng minh cho doanh nghiệp bảo hiểm biết ngày bắt đầu chuyển đi ra nước ngoài;
 - f) thông báo ngay cho các cơ quan tố tụng hình sự việc phát sinh sự kiện thiệt hại đã xảy ra trong những hoàn cảnh chứng tỏ đã gây ra hành động tội phạm, hoặc có ý định;
 - g) đảm bảo quyền được thanh toán cho những thiệt hại hoặc tổn thất phát sinh và những quyền lợi tương tự và thực hiện quyền được thanh toán cho tổn thất phát sinh đối với người chịu trách nhiệm về tổn thất đó;
 - h) trong trường hợp các văn bản bằng tiếng nước ngoài thì cung cấp cho doanh nghiệp bảo hiểm bản dịch chính thức sang tiếng Séc do bản thân tự trả chi phí;
 - i) cung cấp bản gốc các hóa đơn và chứng từ kế toán bao gồm tên và họ của người được điều trị, ký hiệu chẩn đoán, dữ liệu về từng thủ tục y khoa kể cả các chi phí để điều trị và tất cả mọi bản báo cáo y tế liên quan đến điều trị.
 - j) cung cấp đơn thuốc, trong đó phải ghi rõ tên thuốc được cấp, giá cả, tên và họ của người được bảo hiểm và đóng dấu của bác sĩ;
 - k) khi điều trị nha khoa trình cho doanh nghiệp bảo hiểm bản báo cáo y tế, trong đó có ghi ký hiệu từng chiếc răng và mô tả việc điều trị đã thực hiện.
5. Để làm sáng tỏ nghĩa vụ cung cấp bồi thường bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm có thể yêu cầu những tài liệu cần thiết khác và tự thực hiện những việc điều tra cần thiết.

Điều 17 Hậu quả của việc vi phạm nghĩa vụ

1. Nếu như khi ký kết hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm vi phạm một trong nghĩa vụ nêu trong hợp đồng bảo hiểm hoặc những điều VPP và dẫn đến hậu quả xác định mức phí bảo hiểm

thấp hơn, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền chính đáng giảm mức bồi thường bảo hiểm phù hợp với tỉ lệ phí bảo hiểm đã nhận và phí bảo hiểm đáng lý phải được nhận.

2. Nếu như việc vi phạm nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm hoặc người có quyền được hưởng bồi thường bảo hiểm có ảnh hưởng đáng kể đến việc phát sinh sự kiện bảo hiểm, quá trình diễn biến của sự kiện hoặc tăng phạm vi hậu quả của sự kiện bảo hiểm hoặc đến việc phát hiện hoặc xác định mức bồi thường bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có thể giảm mức bồi thường bảo hiểm tương ứng tùy theo việc vi phạm đó có ảnh hưởng như thế nào đến phạm vi nghĩa vụ mà doanh nghiệp bảo hiểm phải thực hiện. Điều này cũng được áp dụng trong trường hợp khi việc vi phạm nghĩa vụ đã cản trở việc đưa ra những chứng cứ về việc đã xảy ra sự kiện bảo hiểm theo tinh thần VPP.
3. Doanh nghiệp bảo hiểm có thể rút khỏi hợp đồng theo các điều 5, khoản 10 của VPP hoặc từ chối bồi thường bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm dựa theo điều 15, khoản 1 của VPP. Cũng có thể rút khỏi hợp đồng bảo hiểm bằng cách như thế kể cả sau khi phát sinh sự kiện bảo hiểm.
4. Nếu như việc thông báo sự kiện thiệt hại bao gồm những thông tin cố tình không đúng sự thật hoặc bị méo mó một cách thô bạo, hoặc nếu như trong đó cố tình che giấu những dữ liệu liên quan đến sự kiện đó, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền được thanh toán những chi phí đã bỏ ra để điều tra các sự kiện không được thông báo hoặc bị che giấu. Điều này được hiểu rằng doanh nghiệp bảo hiểm đã bỏ ra những chi phí có mục đích ở mức chứng minh được.

Điều 18 Thẩm quyền của doanh nghiệp bảo hiểm xác định và xem xét các dữ liệu của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm

1. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền xác định và xem xét tất cả những thông tin cần thiết về bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm liên quan đến việc bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời đúng sự thật và đầy đủ tất cả những câu hỏi của doanh nghiệp bảo hiểm viết thành văn bản liên quan đến đàm phán về việc ký kết hợp đồng bảo hiểm, thay đổi hợp đồng bảo hiểm hoặc trong trường hợp có sự kiện thiệt hại.
2. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền yêu cầu thông tin về tình trạng sức khỏe và xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân tử vong của người được bảo hiểm. Việc xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân tử vong được thực hiện trên cơ sở thông báo và hồ sơ y tế do các bác sĩ điều trị cung cấp theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm thông qua cơ sở y tế được ủy quyền, trong trường hợp cần thiết có thể cả khám kiểm tra do cơ sở y tế thực hiện.
3. Bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm thông qua chữ ký của mình đồng ý với việc xác định thông tin về tình trạng sức khỏe và xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân tử vong của người được bảo hiểm từ phía doanh nghiệp bảo hiểm, nếu như điều đó là cần thiết cho loại bảo hiểm đã đàm phán ký kết và miễn nghĩa vụ im lặng cho các bác sĩ và nhân viên của các cơ sở y tế, công sở và hãng bảo hiểm, nơi họ đã, đang và sẽ được điều trị, được ghi danh hoặc bảo hiểm, và ủy quyền họ để cung cấp tất cả những thông tin cần thiết cho doanh nghiệp bảo hiểm.
4. Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền xác định và xem xét tất cả những hoạt động liên quan đến công việc và ngoài công việc của người được bảo hiểm (được hiểu là các hoạt động thể thao hoặc các hoạt động sở thích khác) Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền xem xét lại tất cả các câu trả lời của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm cho những câu hỏi của doanh nghiệp bảo hiểm viết thành văn bản.

Phần II Điều khoản cuối

Điều 19 Lệ phí

Xử lý chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong vòng hai tháng kể từ ngày ký kết bảo hiểm	40 % phí bảo hiểm chưa sử dụng
Cấp bản sao hợp đồng bảo hiểm/ trạng thái hiện tại của hợp đồng trong hệ thống	50 Kç
Cấp bản sao văn bản đề xuất/ hợp đồng từ các kho lưu trữ bên ngoài	100 Kç
Cấp giấy chứng nhận trả phí bảo hiểm (theo yêu cầu)	50 Kç
Kết thúc bảo hiểm trong trường hợp không còn quyền lợi có thể bảo hiểm	40 % phí bảo hiểm chưa sử dụng

Điều 20 Thủ tục pháp lý, tổng đạt

1. Tất cả mọi thông báo của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm nhất thiết phải gửi bằng văn bản về địa chỉ của doanh nghiệp bảo hiểm. Đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm có thẩm quyền tiếp nhận thông báo, thế nhưng bản thông báo được coi là đã tổng đạt, khi doanh nghiệp bảo hiểm nhận được bản thông báo.
2. Các văn bản của doanh nghiệp bảo hiểm dành cho bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm được tổng đạt thường thường thông qua dịch vụ bưu điện Cũng có thể được tổng đạt thông qua người đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm, về địa chỉ cuối cùng của họ mà doanh nghiệp bảo hiểm biết đến.
3. Điều này được hiểu rằng những thư từ gửi qua đường bưu điện đã tới nơi vào ngày làm việc thứ ba sau khi gửi, thế nhưng nếu gửi đến địa chỉ ở nước ngoài thì vào ngày làm việc thứ mười lăm sau khi gửi.

4. Nếu như bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm từ chối nhận thư từ mà không có lý do chính đáng, thì văn bản được coi như đã tổng đạt vào ngày bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm từ chối tiếp nhận và bản đó.
5. Nếu như bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm không có mặt và thư từ của doanh nghiệp bảo hiểm được người đưa thư cất giữ tại bưu điện hoặc tại ủy ban địa phương, thì văn bản của doanh nghiệp bảo hiểm được coi như đã tổng đạt vào ngày cuối cùng của hạn cất giữ, mặc dù bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm không biết về việc cất giữ.
6. Nếu như bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ quy định trong các điều 17, khoản 2, mục a) VPP và không thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm biết địa chỉ mới của mình, thì văn bản được coi như đã tổng đạt vào ngày trả lại cho doanh nghiệp bảo hiểm văn bản không thể tổng đạt được.

Điều 21 Điều khoản cuối

1. Trong hợp đồng có thể có sự chênh lệch, nếu như mục đích và tính chất của bảo hiểm yêu cầu.
2. Phiên bản tiếng Séc của VPP và các điều khoản thỏa thuận được coi là xác thực. Những VPP có giá trị và hiệu lực ngày 1.1.2022.
3. Nếu như hợp đồng bảo hiểm có những sai sót do hậu quả thay đổi các điều khoản pháp lý nói chung hoặc cách khác, thì những sai sót như thế không thể dẫn đến toàn bộ hợp đồng bảo hiểm không có giá trị hoặc không hiệu lực. Tất cả các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm được tách rời được, và nếu như bất cứ điều khoản nào trở thành không hợp lệ, không hợp pháp hoặc trái với mối quan tâm của xã hội, thì hiệu lực của những điều khoản khác do đó không bị ảnh hưởng và hợp đồng bảo hiểm sẽ được coi như là chưa bao giờ bao gồm những điều khoản không hợp lệ đó. Các bên cam kết sẽ thay những điều khoản không có giá trị hoặc không hiệu lực bằng những điều khoản có nội dung tạo điều kiện đạt được mục đích của hợp đồng bảo hiểm này.
4. Trong trường hợp bảo hiểm nhân thọ, việc giải quyết các tranh chấp của người tiêu dùng không qua tòa án sẽ được giải quyết tại cơ quan có thẩm quyền, đó là Trọng tài Tài chính, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, và trong lĩnh vực các loại bảo hiểm khác thì đó là Thanh tra thương mại Cộng hòa Séc, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Phần III Giải thích các khái niệm

Dịch vụ hỗ trợ là dịch vụ cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến việc bảo hiểm đã ký kết và do đối tác của doanh nghiệp bảo hiểm đảm bảo. Phí bảo hiểm bình thường là phí bảo hiểm cho suốt thời gian bảo hiểm đã đàm phán.

Thời gian chờ đợi là khoảng thời gian, trong đó doanh nghiệp bảo hiểm không có nghĩa vụ cung cấp bồi thường bảo hiểm đối với những sự kiện, mà bình thường được coi là sự kiện bảo hiểm.

Đi lại vì công việc là việc đi lại thường xuyên của người được bảo hiểm với mục đích thực hiện công việc ngoài lãnh thổ CH Séc. Phí bảo hiểm trả một lần là phí bảo hiểm được quy định cho suốt thời gian bảo hiểm đã ký kết. Sự kiện bất ngờ là sự kiện có thể và không chắc chắn là trong thời gian tồn tại bảo hiểm có xảy ra hay không, hoặc không biết thời gian phát sinh sự kiện.

Người thụ hưởng là người do bên mua bảo hiểm chỉ định, do hậu quả của sự kiện bảo hiểm người này có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong.

Người có quyền lợi là người có quyền hưởng bồi thường bảo hiểm do hậu quả của sự kiện bảo hiểm. Người trả phí bảo hiểm là người thực hiện nghĩa vụ trả phí bảo hiểm hoặc phần tương ứng trên cơ sở thỏa thuận với bên mua bảo hiểm, điều này không ảnh hưởng đến trách nhiệm của bên mua bảo hiểm trả phí bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm là hãng bảo hiểm ERGO pojišťovna, a.s., mã số doanh nghiệp 618 58 714, có thẩm quyền kinh doanh hành nghề bảo hiểm theo bộ luật đặc biệt.

Giấy chứng nhận bảo hiểm là văn bản tài liệu do doanh nghiệp bảo hiểm cấp, phục vụ như giấy chứng nhận về việc ký kết hợp đồng bảo hiểm trong phạm vi đã nêu.

Số tiền bảo hiểm là số tiền đã đàm phán trong hợp đồng bảo hiểm, đó là số tiền bồi thường bảo hiểm tối đa mà doanh nghiệp bảo hiểm trả khi thực hiện theo các điều kiện và hoàn cảnh quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm là khoảng thời gian, cho thời gian đó bảo hiểm được ký kết.

Bảo vệ thông qua bảo hiểm là toàn bộ phạm vi bao phủ được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Sự kiện bảo hiểm là một sự kiện bất ngờ, theo các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm thì việc phát sinh nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp bồi thường bảo hiểm liên quan với sự kiện này

Phí bảo hiểm là khoản thanh toán cho bảo hiểm ký kết.

Nguyên cơ bảo hiểm là nguyên nhân có thể phát sinh sự kiện bảo hiểm.

Thời kỳ bảo hiểm là khoảng thời gian thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trong thời gian đó trả phí bảo hiểm thông thường. Rủi ro bảo hiểm là mức xác suất phát sinh sự kiện bảo hiểm do nguyên cơ bảo hiểm gây ra.

Bên mua bảo hiểm là người ký kết hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm và có nghĩa vụ trả phí bảo hiểm. Năm bảo hiểm là thời gian từ ngày bắt đầu bảo hiểm cũ đến ngày bắt đầu bảo hiểm mới tiếp theo.

Nhu cầu bảo hiểm là nhu cầu chính đáng để bảo vệ trước những hậu quả của sự kiện bảo hiểm.

Người được bảo hiểm là người mà việc bảo hiểm liên quan đến sự sống, sức khỏe, tài sản hoặc trách nhiệm hoặc giá trị quyền lợi có thể bảo hiểm.

Bảo hiểm là cam kết của doanh nghiệp bảo hiểm với bên mua bảo hiểm được xác nhận thông qua hợp đồng bảo hiểm, trong đó doanh nghiệp bảo hiểm cam kết cung cấp bồi thường bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm hoặc người thứ ba, nếu như xảy ra sự kiện bảo hiểm và bên mua bảo hiểm cam kết trả phí bảo hiểm cho doanh nghiệp bảo hiểm vì được cung cấp bảo vệ thông qua bảo hiểm.

Bảo hiểm vốn là loại bảo hiểm, mục đích của nó là trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm cung cấp bồi thường bảo hiểm một lần hay nhiều lần trong phạm vi thỏa thuận, trong đó cơ sở để xác định mức phí bảo hiểm và để tính mức bồi thường bảo hiểm là số tiền được xác định trong hợp đồng bảo hiểm mà doanh nghiệp bảo hiểm phải trả trong trường hợp xuất hiện sự kiện bảo hiểm, hoặc mức và tần số trả lương hưu.

Bảo hiểm thiệt hại là loại bảo hiểm, mục đích của nó là giải quyết việc suy giảm tài sản đã phát sinh ra do hậu quả của sự kiện bảo hiểm trong phạm vi thỏa thuận.

Hồi hương là việc vận chuyển về phương diện y tế người được bảo hiểm hoặc hài cốt của người được bảo hiểm về quê hương hoặc tới một quốc gia khác mà người được bảo hiểm được phép cư trú.

Các quốc gia khác của không gian Schengen là Bỉ, Đan Mạch, Estonia, Phần Lan, Pháp, Iceland, Ý, Latvia, Lothuania, Lucemburg, Hungary, Malta, Đức, Hà Lan, Na Uy, Ba Lan, Bồ Đào Nha, Áo, Hy Lạp, Slovakia, Slovenia, Tây Ban Nha, Thụy Điển, Thụy Sĩ.

Sự kiện thiệt hại là thực tế, từ đó phát sinh thiệt hại và có thể là lý do phát sinh quyền được bồi thường bảo hiểm.

Tai nạn được hiểu là sự tác động bất ngờ và đột ngột của các lực bên ngoài hoặc lực cơ thể của bản thân không phụ thuộc vào ý muốn của người được bảo hiểm hoặc các tác động bất ngờ của nhiệt độ cao hay thấp, khí, hơi, điện, chất độc (ngoại trừ các độc tố vi khuẩn và các chất immunotoxic), khi những việc này đã xảy ra trong thời gian tồn tại bảo hiểm và do chúng mà người được bảo hiểm bị gây ra thiệt hại đến sức khỏe hoặc tử vong.

Ngày kỷ niệm bảo hiểm được hiểu là ngày có ngày và tháng trùng với ngày tháng ghi trong hợp đồng bảo hiểm như là bắt đầu bảo hiểm (hoặc ngày kỷ niệm bắt đầu bảo hiểm). Nếu như không có ngày như thế trong tháng thì ngày kỷ niệm sẽ rơi vào ngày cuối cùng trong tháng.

Đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm là người được ủy quyền để đàm phán thay mặt doanh nghiệp bảo hiểm.