



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

**Медичне страхування
для іноземців - Welcome**

(Welcome 170901)

ERGO

Platnost od 01.09.2017

Медичне страхування для

Інформація для зацікавлених в укладенні договору страхування (перед укладенням договору страхування)

1. Інформація про страховика

A) Підприємство і юридична форма страховика

ERGO страхова компанія, a.s., ІСЧ: 618 58 714, займається страховою діяльністю та діяльностями пов'язаними зі страховою та забезпечувальною діяльністю відповідно до закону № 277/2009 збірки законів про надання страхування з поправками.

B) Адреса місцеперебування страховика

Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4, Česká republika

C) Реєстрація у комерційному реєстрі

комерційний реєстр зареєстрований міським судом у Празі,

відділення В, запис 2740

D) Назва та місцеперебування органу, відповідального за виконання нагляду за діяльністю страховика

Чеський народний банк, з юридичною адресою Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

E) Контактна інформація та способи подання скарг

Телефон: +420 221 585 111

Факс: +420 221 585 555

Електронна пошта: stiznosti@ergo.cz

Веб-сторінка: www.ergo.cz

У письмовій формі: за адресою страховика

Особисто: за адресою страховика, відділення

Поскаржитись також можливо у Асоціації чеських страхових компаній або у Чеському народному банку.

Для можливого позасудового врегулювання спорів споживачів є у випадку страхування життя уповноваженим органом Фінансовий арбітр, Legova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, а що до інших секторів страхування - Чеська торговельна інспекція, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

F) Мова для комунікації між сторонами договору

Чеська мова

G) Інформація про платоспроможність та фінансову ситуацію страховика

доступна на www.ergo.cz у секції про компанію а також у збірнику документації комерційного реєстру керованого Міським судом у Празі.

2. Інформація про зобов'язання

A) Визначення медичного страхування іноземців

Об'єкт страхування - це засвідчені витрати, пов'язані з перебуванням застрахованої особи на території Чеської Республіки (далі «ЧР») або її поїздки в інші країни Шенгенського договору, що виникли в рамках лікувальних затрат застрахованої особи в результаті захворювання або травми, а також витрати, пов'язані з її репатріацією.

Для даного страхування, яке організовує страхова компанія ERGO, акціонерне товариство, діє закон № 89/2012 збірки законів, громадянський кодекс, з поправками (далі «ТК»), та інші загальнообов'язкові правові норми ЧР, Загальні умови страхування медичного страхування іноземців - WELCOME 170901 (далі ВПП), страховий договір та інші можливі угоди.

Страховий договір зі сторони страхувальника можуть підписувати лише фізичні особи з місцем проживання в ЧР, або ті, котрі мають офіс або філіал у ЧР, до якого страхування відноситься.

B) Особи, що не підлягають страхуванню

Страховий договір не можуть скласти:

- особи з тяжкими неврологічними розладами, до яких відносяться, перш за все, пошкодження, що викликають сильні фізичні обмеження, відповідно, обмеження у повсякденній трудовій діяльності. До таких розладів відносяться, крім того, стадії розсіяного склерозу, бічний аміотрофічний склероз, хвороба Паркінсона, постінсультний стан з обмеженням у русі, епілепсія, нові утворення тканин (пухлин) центральної нервової системи, полінейропатія з обмеженням у русі, тяжкі поранення головного мозку або спинного мозку з обмеженням у русі, депресії, приступи зомління та запаморочення;

- особи з психічними захворюваннями, до яких відносяться маніакально-депресивні психози, шизофренічні та параноїдальні розлади, хвороба Альцгеймера та інші форми слабоумства, психоорганічний синдром, синдром Дауна, водянка головного мозку (гідроцефалія), аутизм;
- особи із наступними захворюваннями та обмеженнями: глухота (двостороння), сліпота (двостороння), параліч, наркотична та алкогольна залежність і залежність від ліків, цироз печінки, рак, злоякісні пухлини (карциноми), туберкульоз, діаліз нирок, ВІА-інфекція, СНІД.

C) Обсяг страхового покриття

Страхування можна випрацювати в межах «комплексного медичного догляду», який надається в об'ємі, подібному до державного медичного страхування, але із узгодженими винятками зі страхування, а також із узгодженими обмеженнями страхового відшкодування. Страхування, у цьому випадку, не забезпечує відшкодування у розмірі, в якому би воно було відшкодовано при державному медичному страхуванні, а також не є ідентичним із страхуванням на випадок хвороби відповідно до § 2847 і наст. ОЗ з поправками. Страховий договір також можна скласти з умовами «необхідної та невідкладної» допомоги. Умови страхування визначаються вибраним тарифом страхування.

D) Винятки зі страхування

У рамках страхування не передбачено відшкодування за: лікування захворювань, травми та інші групи діагнозів, що існували ще перед укладенням страхового договору; медична терапія, що не відшкодовується громадянам ЧР, котрі беруть участь у громадському медичному страхуванні в умовах обов'язкового законодавства; медичну терапію, що надається застрахованій особі у тих медичних закладах, в яких, зазвичай, така терапія не надається громадянам ЧР, котрі беруть участь у громадському медичному страхуванні в умовах обов'язкового законодавства, за винятком ситуацій небезпечних для життя (наприклад, деякі приватні клініки); витрати за лікування, коли застрахована особа приймає медичні препарати без рецепту від лікаря; витрати за косметологічну терапію та її наслідки, хіропрактику; виготовлення або ремонт протезів, біопротезування, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати та подібні пристрої; переривання вагітності, із винятком небезпеки для життя або здоров'я жінки або розвитку генетично неповноцінного плода, тобто йдеться про випадки, коли аборт з медичної точки зору є виправданим; лікування безплідності або стерильності та штучне запліднення; медичне втручання та його можливі наслідки, якщо застрахована особа виїхала до ЧР або до іншої країни з метою проходження даного медичного втручання; витрати за лікування, що було здійснено родичем застрахованої особи (наприклад, дружиною, чоловіком, батьками); курортний та санаторний відпочинок і реабілітаційні процедури; витрати за лікування, що виникли в результаті самолікування, тобто лікування, що не поважається професійним медичним товариством за lege artis; терапія захворювань, травм і їх наслідків, що виникли в наслідок воєнних подій або участі у масових протестах, громадянських непокор, або інших порушень; лікування травм, що виникли при керуванні моторних транспортних засобів без належного дозволу (водійські права), якщо це станеться за кордоном; перевіз із використанням повітряної швидкої допомоги, якщо такий перевіз був попередньо узгоджений асистентською службою; регульовані збори і доплати; надання медичної допомоги у зв'язку із здійсненням злочину та порушенням закону з характером масових заворушень, якщо вони відбуваються за межами ЧР; навмисно викликані захворювання чи травми, якщо це відбулося за межами ЧР; травми, що виникли під впливом алкоголю, наркотиків або інших психоделічних речовин, якщо вони стануться за межами ЧР.

Страхове відшкодування не надається у випадку, коли застрахована особа відмовляється від репатріації, надання медичної допомоги або повинної медичної терапії лікарем, котрого призначив страховик або відповідальний за призначення асистентських служб страховика.

Страхове відшкодування не надається при травмах, що виникнуть під час парашутизму та паралапанеризму, стрибків із парашутом з висотних місць, при використанні дельтапланів, планерів, надлегких повітряних суден, космічних кораблів, банджі-джампінгу, повітряних куль, суден на повітряній подушці; крім того, страхування не відшкодовується при травмах, що виникли у результаті виконання служби пілота, інших членів екіпажу та осіб, служба котрих виконується за допомогою літаків; страхування не діє також у випадках дайвінгу, у тому числі при декомпресії, скелелазіння, сходу льодовиків і води у водоспадах, рафтингу, веслування на каное, у тому числі на бурній ріці, катання на лижах за межами визначеного маршруту, мотокросу та мотоперегонів, карате, таеквондо, айкідо, кунг-фу, дзюдо, бокс, кікбоксингу тощо.

Страхове відшкодування не діє для професійних спортсменів.

У тарифу Welcome Komplex медична допомога пов'язана з вагітністю розповсюджується на добу очікування тривалістю три місяці від початку дії страхування, а також на пологи та подальшого медично-санітарного догляду тривалістю вісім місяців від початку дії страхування, тобто вагітність не відноситься до страхового випадку застрахованої особи та пов'язаного з нею догляду, котра, безсумнівно, виникла перед тим, ніж закінчився третій місяць застрахованої особи, а також пологи, що відбулися перед тим, ніж закінчився восьмий місяць періоду страхування та подальший

післяпологовий догляд, котрий пов'язаний із даними пологами, також не відноситься до страхового випадку.

Е) Термін дії договору страхування, період страхування

Страховання починає діяти з дати та часу, що зазначені у договорі про страхування як дата початку страхування, а для договорів про страхування, укладених дистанційно передбачено, що зазначене є дійсним, тільки якщо перший страховий внесок було сплачено до початку дії страхування і, таким чином, договір про страхування було сплаченням першого внеску страховальником прийнято у запропонованому обсязі. В іншому випадку укладення договору про страхування не відбудеться. Договір страхування вважається страхуванням. Договір страхування укладається на певний термін і закінчується в день і годину зазначену в страховому договорі, як кінець страхування. Період страхування співпадає зі страховим періодом, на який дане страхування укладається. Страховання неможливо укласти заднім числом.

Мінімальний термін тривання страхування тарифів Welcome Standard і Welcome Plus - 1 місяць, у тарифі Welcome Komplex - 4 місяці, а у тарифах Welcome Baby і Welcome Дитина - 12 місяців.

Ф) Способи припинення дії страхування, відмова від страхової угоди

Страховання припиняє дію у наступних випадках: підписанням угоди між страховальником і застрахованою особою; закінчення терміну дії страхування; зникнення страхового інтересу; зникнення страхових ризиків; смерть застрахованої особи або припинення функціонування юридичної особи без правонаступника і/або смерть або зникнення страховальника відповідно до ст. 7, абзац 4 Загальних страхових умов (далі ЗСУ); після закінчення трьох місяців від дня укладення страхового договору, якщо не була дана згода застрахованої особи, у випадках, коли згода необхідна за правилами загальнообов'язкового законодавства; у день відмови застрахованої особи від дотримання умов відповідно до ст. 5, абзац 5 ЗСУ.

Страховання може припинити дію в результаті розірвання договору як страховальником, так і страховиком. Страховальник або застрахована особа можуть розірвати страхову угоду із восьмиденним терміном до двох місяців від дня укладення страхової угоди, або із місячним терміном до трьох місяців від дня укладення страхової угоди. Страховальник може розірвати страхову угоду із восьмиденним терміном, якщо страховик порушив принцип рівноцінного ставлення у питанні визначення вартості страхування, або розрахунку вартості страхування; до одного місяця від дня, коли йому було доставлено повідомлення про перевід страхового портфеля або його частини, або про зміну страховика; або до одного місяця від дня публікації оголошення про те, що дозвіл на здійснення страхової діяльності був вилучений у страховика. Зі своєї сторони, страховик має право розірвати страхову угоду із восьмиденним терміном, якщо страховий ризик збільшився в масштабі відповідно до умов зазначених у ст. 5, абзац 8, пункти а) і б) ЗСУ. Страховання припиняється також виходом зі страхової угоди з дією від дня укладення страхової угоди. Страховальник може розірвати страховий договір:

- до 14 днів від дня укладення страхового договору без пояснення причини, або від дня, коли він був проінформований щодо умов страхування, була страхова угода укладена у формі договору на відстані чи поза офісом страховальника;
- якщо страховик або його уповноважений представник при укладенні страхового договору, або його зміні навмисно чи з необережності надасть неправдиву або неповну інформацію, яка відноситься до страхування. Даним правом страховальник може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим;
- якщо страховик при укладенні страхового договору знав і не попередив клієнта про невідповідності між запропонованим типом страхування і вимогами клієнта. Даним правом страховальник може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим. Страховик має право розірвати страховий договір, страховальник або застрахована особа при укладенні страхового договору, або його зміні навмисно чи з необережності нададуть неправдиву або неповну інформацію, яка відноситься до страхування, у тому випадку, якщо би страховик при володінні усією правдивою інформацією страховий контракт не укладав. Даним правом страховик може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим. Розірвання договору страховальником може бути здійснено у письмовій формі, після чого документ повинен бути надісланий на адресу страховика. Страховик, без зайвої затримки, повинен, протягом одного місяця від дня отримання документу, що підтверджує розірвання договору, повернути страховальнику сплачену суму страхового внеску, від якої відраховується сума коштів, що оплатити вже виконану страховиком частину договору, а страховальник, застрахована особа, чи бенефіціар, у свою чергу, повинен, у цей самий термін, повернути суму коштів, що перевищує суму виплаченого відшкодування. Право на розірвання страхового договору зникає, якщо воно не було використано в установлені терміни по причинах, що були описані вище. Формуляр для розірвання договору страхування знаходиться на www.ergo.cz у секції Служби підтримки, або ж у головному офісі чи філіалі страховика.

Г) Інформація щодо розміру страхового внеску

Страховий внесок - це плата за страхування, надане страховальником у розмірі, узгодженому в страховому договорі. Страховий внесок визначає страховик відповідно до вибраного клієнтом об'єму страхування. Сума страхового внеску повідомляється клієнту ще перед укладенням страхового договору. Сума страхового внеску залежить від обраного тарифу, віку та об'єму страхування. У сумі страхового внеску за медичне страхування іноземців витратні націнки становлять 45% від загальної суми страхового внеску.

Н) Способи та терміни оплати страхового внеску

Домовитись про страховий внесок можна лише у якості одноразового страхового внеску. Одноразовий страховий внесок оплачується від дня початку дії страхування. Страховий внесок страховальник зобов'язаний оплатити однією сумою за весь час дії страхування під час укладання страхового договору. Якщо страховий внесок сплачується за посередництва фінансової установи, банку або пошти, то страховий внесок вважається оплаченим у день надіслання цілої суми на відповідний рахунок страховика, що ведеться у фінансовій установі, або оплатою цілої суми готівкою страховику чи уповноваженій особі.

Перший страховий внесок можна оплатити готівкою. Страховий внесок повинен бути оплаченим місцевою валютою, якщо не було іншої домовленості.

Страховий внесок переведений з неправильними реквізитами не вважається оплаченим.

І) Страхові збори

Страховик не нараховує особливі збори за використання засобів віддаленої комунікації. Окрім визначеного страхового внеску нараховуються наступні збори:

Обробка розірвання страхової угоди протягом 2 місяців від дня укладення угоди	40% невикористаного страхового внеску
Видача дублікату страхування / актуальний стан договору	50 чеських крон
Видача копії угоди / договору із зовнішнього архіву	100 чеських крон
Видача підтвердження оплати страхового внеску (на вимогу)	50 чеських крон
Розірвання договору у випадку припинення страхового інтересу	40% невикористаного страхового внеску

Л) Закон, дійсний для страхового договору, вирішення позовів

Усі страхові договори, укладені з компанією ERGO страхове акціонерне товариство регулюються чеським законодавством. Вирішення позовів проходить через відповідні суди Чеської Республіки. Усі зацікавлені у підписанні страхового договору можуть (на вимогу) отримати інформацію щодо медичного страхування іноземців. Якщо йдеться про страховий договір, укладений дистанційно, то страховальник має право отримати страхові умови у друкованому вигляді будь-коли протягом дії страхового договору.

3. Заява страховальника

- Я був зрозуміло і точно, у письмовому вигляді на чеській мові проінформований про умови укладання страхового договору та обсягу страхового покриття, страхового захисту та страхового відшкодування. Я ознайомився з вищезазначеною письмовою інформацією для охочих укласти страховий договір, а також мені було продемонстровано для ознайомлення та вивчення Загальні страхові умови медичного страхування іноземців - WELCOME 170901. Я заявляю, що зрозумів усі умови укладення страхового договору, у тому числі всі роз'яснення відповідних термінів.
- Я розумію, що всі питання, котрі стосуються страхового ризику, під час укладення страхового договору, мають важливе значення для подальшого визначення суми страхового внеску та для рішення, чи даний договір страховик укладе (зобов'язється страховим захистом). Я заявляю, що перед укладенням страхового договору я ознайомився із сумою страхового внеску.
- Я розумію факт, що неправдиві відповіді на будь-які питання, що безпосередньо відносяться до страхового ризику, під час укладення страхового договору, можуть призвести до наслідків, зазначених у загальних умовах страхування, або у відповідних положеннях Цивільного кодексу.
- Я розумію факт, що я повинен повідомити будь-яку зміну, що стосується страхового ризику протягом терміну дії страхування, тобто будь-яку зміну у попередніх відповідях на запитання, що стосуються страхового ризику в страховому договорі (не має значення, якщо я вважаю дані питання доречними), а також я розумію, що порушення цих обов'язків можуть привести до наслідків, зазначених у загальних умовах страхування, або у відповідних положеннях Цивільного кодексу.
- Я проінформований, що страховий договір можна розірвати протягом двох місяців від дати його укладення. Термін закінчення становить 8 днів. Страховик, у такому випадку, має право на покриття витрат, пов'язаних із виникненням і управлінням страхування у розмірі 50% від

визначеного страхових внесків, але максимально 1.000 крон чеських на кожну застраховану особу.

У разі виникнення страхового випадку зв'яжіться з нашою службою підтримки
CORIS Praha, a.s. телефон: **+420 261 222 444**.

Загальні умови медичного страхування іноземців - WELKOME 170901

Частина I	Вступні положення	5
Стаття 1	Предмет страхування	5
Стаття 2	Страховий випадок	5
Стаття 3	Територіальна дія страхування	5
Стаття 4	Початок дії та термін дії страхування	5
Стаття 5	Припинення дії страхування	5
Стаття 6	Страховий інтерес	6
Стаття 7	Страхування чужого страхового ризику та страхування третіх осіб	6
Стаття 8	Зміна страхового ризику	6
Стаття 9	Страховий внесок	7
Стаття 10	Об'єм страхування	7
Стаття 11	Служби підтримки	7
Стаття 12	Час очікування	8
Стаття 13	Відшкодування та терміни відшкодування	8
Стаття 14	Відмова та зниження відшкодування	8
Стаття 15	Винятки зі страхування	8
Стаття 16	Особи, що не підлягають страхуванню	9
Стаття 17	Зобов'язання страховика та застрахованої особи	9
Стаття 18	Наслідки порушення зобов'язань	10
Стаття 19	Права страховика на встановлення та аналіз даних страхувальника та застрахованої особи	10
Частина II	Кінцеві положення	10
Стаття 20	Додаткові збори	10
Стаття 21	Переговори, доставка	10
Стаття 22	Кінцеві положення.....	10
Частина III	Роз'яснення термінів.....	11
	Договірні відносини медичного страхування іноземців узгоджені в тарифі Welcome Standard.....	12
	Договірні відносини медичного страхування іноземців узгоджені в тарифі Welcome Plus.....	12
	Договірні відносини медичного страхування іноземців узгоджені в тарифі Welcome Baby	12
	Договірні відносини медичного страхування іноземців узгоджені в тарифі Welcome Дитина+	12
	Інформаційний огляд обсягу страхування.....	13

Дія від 1 вересня 2017

Частина I Вступні положення

Медичне страхування іноземців, котре укладає ERGO страхове акціонерне товариство (далі «страховик») підлягає дії закону № 89/2012 Цивільного кодексу з поправками (далі «ЦК»), а також відповідним положенням закону № 277/2009 ЦК про страхову діяльність із поправками; ці Загальні умови страхування медичного страхування іноземців WELKOME 170901 (далі «ЗСУ»), які становлять невіддільну частину страхового договору, а також будь-які інші угоди теж становлять невіддільну частину страхового договору. Страхування відповідає вимогам закону № 326/1999 ЦК про перебування іноземців, з поправками.

Страховий договір зі сторони страхувальника можуть підписувати лише фізичні особи з місцем проживання в ЧР, або ті, котрі мають офіс або філіал у ЧР, до якого страхування відноситься.

Стаття 1 Предмет страхування

1. Предмет страхування складають лікувальні витрати застрахованої особи, що виникли в результаті її захворювання або травми під час перебування на території Чеської Республіки, якщо не зазначено інше.
2. Предмет страхування становлять, також і витрати, пов'язані з репатріацією застрахованої особи.
3. Страхування, відповідно до ЗСУ, укладається як страхування шкоди.

Стаття 2 Страховий випадок

1. Страховим випадком, у рамках медичного страхування іноземців, вважаються доказані витрати на лікування застрахованої особи протягом періоду страхування.

Стаття 3 Територіальна дія страхування

1. Страхування поширюється на страхові випадки, що сталися на території ЧР, або під час поїздки до інших країн Шенгенської угоди. Якщо договір страхування укладений в рамках тарифів Welcome Komplex, Welcome Baby або Welcome Дитина+, то під час виїзду з ЧР на територію інших країн Шенгенської угоди надається страховий захист лише в об'ємі «необхідної та невідкладної допомоги», відповідно до тарифу Welkome Plus.
2. Якщо у страховому договорі не зазначено інше, страхування не покриває страхові випадки, що виникли:
 - a) в країнах, де застрахована особа має громадянство;
 - b) в країнах, де застрахована особа бере участь у громадському медичному страхуванні або має право на безкоштовну медичну допомогу.
 - c) під час виїзду з ЧР у інші країни Шенгенської угоди у зв'язку із виконанням робочих обов'язків чи інших обов'язків, що виконуються за оплату.

Стаття 4 Початок та термін дії страхування

1. Страхування починає діяти в день та час, зазначений у страховому договорі як початок страхування, а в страхових договорах, укладених дистанційно передбачено, що зазначене є дійсним лише при умовах, якщо перший страховий внесок було сплачено ще перед початком дії страхування, а страхова угода (пропозиція) була прийнята стороною страхувальника в запропонованому обсязі одразу після оплати першого страхового внеску. В іншому випадку укладення договору про страхування не відбудеться. Страховий захист забезпечується виконанням наступних умов:
 - a) наступив день та година початку дії страхування, зазначений у страховому договорі, а
 - b) страховий внесок був повністю оплачений.
2. Страхування укладається на певний термін, тривалість дії страхування обмежується днями, зазначеними в страховому договорі. Страхування закінчується у день та час, зазначений у страховому договорі як кінець дії страхування. Якщо медична допомога продовжується після закінчення терміну дії страхування, а застрахована особа не спроможна до репатріації, страховик повинен надати страхове забезпечення до того часу, поки застрахована особа не стане спроможною до перевезення, але максимально до 4 тижнів очікування (тобто 28 днів) від кінця дії страхування.

Стаття 5 Припинення дії страхування

1. Страхування може припинити дію за домовленістю між страховиком і страхувальником.
2. Страхування перестає діяти по закінченню страхового періоду, якщо у страховому договорі не зазначено інше.

3. Страхування перестає діяти при втраті страхового інтересу. Страховик має право на страховий внесок до моменту, коли про втрату страхового інтересу стало відомо.
4. Страхування перестане діяти по закінченню трьох місяців від дня укладення договору страхування, якщо застрахована особа не дала згоду, у випадку, якщо згода вимагається відповідно до правових загальнообов'язкових правил.
5. Страхування перестає діяти у день відмови від страхового відшкодування страховиком, якщо причиною відмови стали наступні факти:
 - a) про які страховик дізнався вже після настання страхового випадку,
 - b) і про котрі страховик, під час укладення договору страхування або його змін, не міг дізнатись по причині порушення застрахованою особою зобов'язань надання правдивої інформації
 - c) при володінні якою, страховик би страховий договір не підписав, або підписав з іншими умовами.
6. Страховий договір обидві сторони можуть розірвати:
 - a) протягом двох місяців від дня укладення страхового договору. У день отримання повідомлення щодо розірвання договору, починає відрховуватись восьмиденний період, після якого дія страхування припиняється;
 - b) протягом трьох місяців від дня повідомлення про виникнення страхового випадку. У день отримання повідомлення щодо розірвання договору, починає відрховуватись період в один місяць, після якого дія страхування припиняється;
7. Страховик має право розірвати страховий договір у період вісім днів:
 - a) протягом двох місяців від дня, коли стало відомо, що страхувальник порушив принцип рівноцінного ставлення, визначений в ГК;
 - b) протягом одного місяця від дня отримання повідомлення щодо переведення страхового портфеля чи його частини, або зміни страховика;
 - c) протягом одного місяця від дня публікації повідомлення, що у страховика було вилучено ліцензію на здійснення страхової діяльності.
8. Розірвати страховий договір страховик може:
 - a) протягом одного місяця від дня, коли було повідомлено про зміну обсягу страхового ризику відповідно до ст. 8, абзац 5 ЗСУ, якщо страховик, при існуванні такого ризику під час підписання страхового договору, не погодився би на підпис даної страхової угоди. У день отримання повідомлення щодо розірвання договору, починає відрховуватись восьмиденний період, після якого дія страхування припиняється;
 - b) протягом двох місяців від дня, коли страховик довідався про підвищення страхового ризику, якщо зміна не була страхувальником чи застрахованою особою оголошена. У день отримання повідомлення про розірвання страхового договору страхування перестає діяти.
9. Страхувальник може розірвати страховий договір:
 - a) до 14 днів від дня укладення страхового договору без пояснення причини, або від дня, коли він був проінформований щодо умов страхування, була страхова угода укладена у формі договору на відстані чи поза офісом страхувальника;
 - b) якщо страховик або його уповноважений представник при укладенні страхового договору, або його зміні навмисно чи з необережності надасть неправдиву або неповну інформацію, яка відноситься до страхування. Даним правом страхувальник може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим;
 - c) якщо страховик при укладенні страхового договору знав і не попередив клієнта про невідповідності між запропонованим типом страхування і вимогами клієнта. Даним правом страхувальник може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим.
10. Страховик має право розірвати страховий договір, страхувальник або застрахована особа при укладенні страхового договору, або його зміні навмисно чи з необережності надають неправдиву або неповну інформацію, яка відноситься до страхування, у тому випадку, якщо би страховик при володінні усією правдивою інформацією страховий контракт не укладав. Даним правом страховик може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим.
11. Розірвання договору страхувальником може бути здійснено у письмовій формі, після чого документ повинен бути надісланий на адресу страховика. Страховик, без зайвої затримки, повинен, протягом одного місяця від дня отримання документу, що підтверджує розірвання договору, повернути страхувальнику сплачену суму страхового внеску, від якої відрхується сума коштів, що оплатив вже виконану страховиком частину договору, а страхувальник,

застрахована особа, чи бенефіціар, у свою чергу, повинен, у цей самий термін, повернути суму коштів, що перевищує суму виплаченого відшкодування.

12. Право на розірвання страхового договору анулюється, якщо його не було використано у встановлений термін.
13. Страховка втрачає силу при зникненні страхового ризику, смерті застрахованої особи або у день зникнення юридичної особи без правонаступника або при смерті чи зникненні страховика відповідно до ст. 7, абзац 4 ЗСУ.
14. У разі припинення чи розірванні страхового договору, страховику належить страховий внесок до кінця терміну дії страхування.

Стаття 6 Страховий інтерес

1. Страховий інтерес - це законна необхідність у захисті від наслідків страхового випадку, а також основна умова початку та тривалості дії страхування.
2. Страховик має страховий інтерес власного життя та здоров'я. Вважається, що страховик має страховий інтерес життя і здоров'я третьої особи, якщо буде засвідчено інтерес, зумовлений відношенням до цієї третьої особи (рідня, обумовлена вигода чи вигода від продовження життя цієї особи тощо).
3. Страховик має страховий інтерес власного маєтку. Вважається, що страховик має страховий інтерес маєтку третьої особи у випадку, якщо буде підтверджено, що без його існування та збереження йому би загрожувала пряма втрата маєтку.
4. Вважається, що страховий інтерес страховика стає підтвердженим у випадку, коли застрахована особа дає згоду на страхування.
5. Якщо страховик не мав страхового інтересу, а страхувальнику, під час підписання страхового договору, було про це відомо - страховий договір вважається недійсним.
6. Якщо страховик свідомо застрахує страховий інтерес, котрого не існує, а страхувальник про це не знав і знати не міг - страховий договір вважається недійсним. Страхувальник, у такому випадку, має право на винагороду, що відповідає страховому внеску до того моменту, коли про недійсність договору стало відомо.
7. Якщо страховий інтерес зникне протягом дії страхування, то страхування теж стає недійсним. У такому випадку страхувальник має право на страховий внесок до моменту, коли про недійсність договору стало відомо.

Стаття 7 Страхування чужого страхового ризику та страхування на користь третьої сторони

1. Якщо страховик, на свою власну користь, укладе страховий договір, який відноситься до страхового ризику, як можливої причини виникнення страхового випадку у третьої сторони, то він має право на страхове відшкодування, якщо доведе, що третя сторона була з обсягом страхового договору ознайомена та розуміє, що право на відшкодування у неї немає та погоджується, щоб страховик отримав страхове відшкодування. Якщо потрібно застрахувати нащадка страхувальника, котрий є неповнолітнім, особливий дозвіл не вимагається, якщо страхувальник сам законний представник, а про страхування маєтку не йдеться.
2. Якщо потрібна згода застрахованої особи, або його законного представника, а страхувальник його не пред'явить протягом трьох місяців від дня укладення страхового договору, дія такого договору припиняється. Якщо протягом цього терміну виникне страховий випадок, а згода застрахованої особи ще не була отримана, застрахована особа отримує право на страхове відшкодування.
3. Якщо страхувальник поступиться страховим договором без згоди застрахованої особи, або його законного представника, цей крок не враховується. Це не діє, якщо наступник є особою, у котрій згода на страхування не вимагається.
4. У день смерті страхувальника, або у день його зникнення без законного представника, застрахована особа входить у страховий договір; якщо застрахована особа у письмовій формі повідомить страховику протягом 30 днів від дня смерті страхувальника, або його зникнення, що вона не зацікавлена у подальшій дії страхування - воно припиняє дію у день смерті чи зникнення страхувальника. Наслідки продовження по відношенню до застрахованої особи не відбудуться скоріше, ніж після закінчення п'ятнадцяти днів від дня, коли застрахована особа про свій вхід у страховий договір дізналась.
5. Якщо страховий договір укладений на користь третьої сторони, може, у такому випадку, ця сторона надати згоду додатково, під час використання свого права на страхове відшкодування. Третя сторона має право на страхове відшкодування, якщо застрахована особа чи її законний представник, дали згоду третій сторони на прийняття страхового

відшкодування після того, як застрахована особа чи представник були ознайомлені зі змістом страхового договору.

6. Якщо на користь третьої сторони застраховано чужий страховий ризик, діють положення абзаців 1-4 цієї статті відповідно.

Стаття 8 Зміна страхового ризику

1. Якщо зміняться обставини, що були зазначені в страховому договорі або про які страхувальник запитував перед підписанням чи зміною умов договору, важливо, що вони підвищують ймовірність настання страхового випадку з точно узгодженого страхового ризику, так підвищиться страховий ризик.
2. Страховик не має права без згоди страхувальника зробити дію, що підвищує страховий ризик, а також дозволити це зробити третій стороні; якщо стане відомо, що страховик допустив без згоди страхувальника підвищення страхового ризику, страховик невідкладно повинен про це дізнатись. Якщо страховий ризик підвищиться незалежно від волі страховика, він невідкладно повинен повідомити про цей факт страхувальника. Якщо застраховано чужий страховий ризик, дане зобов'язання повинна виконати застрахована особа.
3. У випадку, коли б страхувальник уклав страховий договір з іншими умовами, і якщо б страховий ризик у вищій мірі існував вже під час укладення страхового договору, страхувальник би набув права запропонувати нову ціну страхування. Якщо він так не зробить протягом одного місяця від дня, коли йому було повідомлено про зміну, дане право скасовується.
4. Якщо пропозиція про підвищення страхового внеску, відповідно до аб. 3 даної статті, не прийнята протягом одного місяця від дня її отримання, або якщо новозатверджений страховий внесок не оплачений протягом одного місяця від дня отримання даної пропозиції, страхувальник має право розірвати страховий договір протягом восьми днів. дане право страхувальника скасовується, якщо він не розірве страховий договір протягом двох місяців від дня, коли отримав незгоду із пропозицією про підвищення страхового внеску, або коли пройшов термін для її прийняття.
5. У випадку, якщо би страховик, в силу дійсних умов, під час укладення страхового договору не уклав би його, існував би страховий ризик у збільшеному ступені вже під час укладення страхового договору, страховик би мав право розірвати страховий договір протягом восьмиденного терміну. Якщо страховик не розірве страховий контракт протягом одного місяця від дня, коли зміна страхового ризику йому була повідомлена, скасовується його право на розірвання страхового контракту.
6. Якщо страхувальник чи застрахована особа порушать зобов'язання повідомити про підвищення страхового ризику, страховик набуває права на розрив страхової угоди безтерміново. Якщо страховик розірве страховий договір, йому належатиме страховий внесок до кінця страхового терміну дії, у котрому страхування втратило дієвість; одноразовий страховий внесок належатиме страховику у повному обсязі. Якщо страховик не розірве страховий договір протягом двох місяців від дня, коли про він дізнався про підвищення страхового ризику, його право на розірвання договору таким чином скасовується.
7. Якщо страховик чи застрахована особа порушать зобов'язання повідомити про підвищення страхового ризику, а якщо після даної зміни настане страховий випадок, страховик набуває права знизити страхове відшкодування у співвідношенні зі страховим внеском, який він отримав до розміру страхового внеску, який би страховик мав отримати, якщо би про підвищення страхового ризику він вчасно довідався.
8. Положення про підвищення страхового ризику не застосовуються, якщо підвищення ризику виникло в результаті запобігання чи зменшення шкоди, або в результаті страхового випадку, або ж в результаті переговорів про наказ людяності.

Стаття 9 Страховий внесок

1. Страховик має право на страховий внесок за період дії страхового договору, якщо інше не обумовлено.
2. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий внесок у встановленому розмірі.
3. Страховий внесок сплачується готівкою або на рахунок, визначений страховиком з усіма вказаними реквізитами та номером договору. Страховий внесок переведений з неправильними реквізитами не вважається оплаченим.
4. Страховий внесок обумовлений у якості одноразового страхового внеску.
5. Страховий внесок підлягає оплаті починаючи від дати страхування.
6. Страховий внесок вважається сплаченим:

- a) при оплаті банківським переказом з рахунку на момент надходження відповідної суми страхового внеску на банківський рахунок страховика з правильно заповненими реквізитами; проте, у разі сплати першого страхового внеску, страховий внесок вважається оплаченим на момент списання відповідної суми страхового внеску з банківського рахунку, з якого страховий внесок оплачується;
 - b) при оплаті посередництвом поштового платежу, датованим днем подання платежу в поштовому відділенні;
 - c) при оплаті готівкою в день оплати представнику страховика щодо виданого підтвердження про отримання платежу.
7. Розмір суми страхового внеску регулюється вступним віком застрахованої особи, вибраним тарифом та терміном страхування.
8. Якщо страховий випадок настав, в результаті якого страхування припиняється, страховий внесок належить страховику до закінчення страхового терміну, в якому виник страховий випадок; одноразовий страховий внесок у такому випадку належить страховику за весь період, на який було укладено страхування, якщо інше не було обумовлено.

Стаття 10 Об'єм страхування

1. Страхування можна випрацювати в межах «комплексного медичного догляду», який надається в об'ємі, подібному до державного медичного страхування, але із узгодженими винятками зі страхування, а також із узгодженими обмеженнями страхового відшкодування. Страхування, у цьому випадку, не забезпечує відшкодування у розмірі, в якому би воно було відшкодовано при державному медичному страхуванні, а також не є ідентичним із страхуванням на випадок хвороби відповідно до § 2847 і наст. ОЗ з поправками.
2. Страхування охоплює лікування захворювань, травм та інших діагнозів, що виникли після початку дії страхування.
3. Страхування розповсюджується лише на медичну допомогу, надану уповноваженим медичним персоналом.
4. Страхування розповсюджується на:
 - a) амбулаторне медичне лікування;
 - b) ліки за лікарським рецептом; ліками не вважаються допоміжні препарати, навіть якщо вони були виписані лікарем та містять лікувальні елементи, профілактичні ліки, косметичні засоби та наркотики;
 - c) медичні пристрої пов'язані з лікуванням застрахованої особи (гіпс, перев'язки, милиці тощо);
 - d) фізична терапія, якщо рекомендована лікарем, наприклад лікування опроміненням, теплом тощо;
 - e) діагностичне обстеження (рентген, електроенцефалограма, електрокардіографія тощо);
 - f) у випадках стаціонарного лікування, стандартне розміщення у лікарні відповідно до правил місцевого законодавчого провадження, яке знаходиться під постійним медичним доглядом, містить достатні терапевтичні та діагностичні можливості, працює відповідно до загальноприйнятих наукових методів та веде картотеку;
 - g) витрати на медичне транспортування до найближчої відповідної лікарні або до лікаря;
 - h) термінові операції;
 - i) витрати на ліки придбані за рецептом лікаря;
 - j) контрольний медогляд, якщо перше лікування даного діагнозу було страховиком відшкодоване;
 - k) стоматологічний медогляд у випадку травми.
5. Страхування також розповсюджується на:
 - a) лікування у диспансері, пов'язане із захворюванням та травмами, причина яких виникла від початку дії страхування;
 - b) терапія у зв'язку з алергією, якщо йдеться про перше захворювання даним типом алергії, у тому числі подальших невідкладних алергологічних чи імунологічних обстежень; але не діє при купівлі ліків і всіх препаратів для підтримки лікування даного діагнозу;
 - c) увесь лікарський догляд, котрий застрахована особа отримує у зв'язку з вагітністю та пологами в ЧР у лікарні, що зазначена в страхуванні як контрактна або іншому медичному закладі, заздалегідь ухваленим страховиком. Під таким доглядом розуміються всі медичні обстеження, які застрахована особа пройде під час своєї вагітності, пологи, післяпологовий догляд і перше гінекологічне обстеження протягом шести тижнів після виписки з пологового будинку;

- d) стоматологічне обстеження з метою усунення зубного болю, найпростіше пломбування та невідкладну корекцію зубного протезу, усе у межах 6.000 чеських крон протягом страхового року для однієї застрахованої особи в рамках усіх її страхових договорів.
6. Страхування також розповсюджується на профілактичне лікування в наступному обсязі:
- a) для дітей від 0 до 5 років любі профілактичні обстеження у терапевта в межах до 3.000 чеських крон за страховий рік (за умови укладення страхового договору з мінімальним терміном 12 місяців);
 - b) для дітей до 18 років один раз протягом страхового року профілактичний медогляд у терапевта;
 - c) для дорослого один раз у два страхових роки профілактичний медогляд у терапевта;
 - d) для жінок від 15 років один раз протягом страхового року профілактичний медогляд у гінеколога;
 - e) один раз протягом страхового року профілактичний медогляд у стоматолога;
 - f) обов'язкові щеплення до максимального ліміту 1,000 чеських крон за страховий рік.
7. Страховик надасть страхове відшкодування за медичний догляд, наданий в межах вимог для громадян ЧР, котрі приймають участь у громадському медичному страхуванні відповідно до чинного законодавства.
8. Якщо настане смерть застрахованої особи в результаті травми або захворювання, застрахованій особі належить відшкодування наступних витрат:
- a) кремація на місці смерті;
 - b) репатріація, тобто затрати на тимчасову труну, бальзамування та переправу останків в межах чинного законодавства.
9. Загальне відшкодування на одну застраховану особу становить максимально 80.000 євро. Ця сума становить ліміт, тому підсумкова сума окремих витрат на медичну допомогу, у тому числі можливої репатріації, не повинна її перевищувати.

Стаття 11 Служба підтримки

1. Послуга служби підтримки - це послуга, що надається застрахованій особі згідно з укладеним страховим договором та забезпечується договірним партнером страховика.
2. Служба підтримки або інший уповноважений закордонний представник мають право вести переговори від імені страховика в разі виникнення всіх страхових випадків і рекомендувати, у разі необхідності, підходящий медичний заклад.
3. Допомога служби підтримки надається у випадку необхідності:
 - a) перевозу, перекладення, перевозу у разі захворювання чи травми застрахованої особи;
 - b) перевозу тілесних залишків застрахованої особи;
 - c) гарантію страхового забезпечення та відшкодування за лікування зі сторони страховика.

Стаття 12 Час очікування

1. Час очікування діє лише при страхуванні, укладеному в об'ємі «комплексного медичного страхування». Його дія починається від дня початку дії страхування.
2. До медичного догляду, пов'язаного із вагітністю, відповідно до ст. 10, абзац 5, пункт c) ЗСУ, відноситься час очікування 3 місяці, тобто страховий випадок - не вагітність, а догляд з нею пов'язаний, а сама вагітність, у свою чергу, виникла перед закінченням третього місяця страхового періоду.
3. До пологів та подальшого медичного догляду, відповідно до ст. 10, абзац 5, пункт c) ЗСУ, відноситься час очікування 8 місяців, тобто страховий випадок - не вагітність, котра виникла перед закінченням восьмого місяця страхового періоду, а також не подальший післяпологовий догляд, котрий пов'язаний із даними пологами.
4. Час очікування відповідно до абзацу 2 і 3 даної статті не діятиме у випадку необхідного лікування у загрозових для здоров'я матері й дитини випадках, у випадку ускладнень протягом вагітності, коли страхове зобов'язання буде відшкодовано відповідно до об'єму «необхідної та невідкладної медичної допомоги».
5. Час очікування не діє у випадку, коли застрахована особа уклала зі страховиком договір медичного страхування іноземців мінімально на період 1 рік, котрий безпосередньо передував початку страхування.

Стаття 13 Оплата та терміни страхового відшкодування

1. Якщо виникне страховий випадок після початку дії страхового захисту, страховик надасть відшкодування відповідно до умов зазначених у страховому договорі. Страхове відшкодування виплачується в ЧР у місцевій валюті та надається застрахованій особі або тому, хто має право на страхове відшкодування. Для конвертації до іноземної валюти, використовується курс, офіційно оголошений Чеським національним банком у день виникнення страхового випадку.
2. Верхня межа страхового відшкодування визначається страховою сумою та може бути обмежена лімітом страхового відшкодування.
3. Страховик повинен закінчити розслідування та оголосити його результати уповноваженій особі протягом 3 місяців від дня повідомлення про страховий випадок страховику. Якщо страховик не може закінчити розслідування протягом даного періоду, він повідомить особі, у котрій з'явилося, чи можливо з'явиться, право на страхове відшкодування причину, через яку неможливо розслідування закінчити та надасть, на її прохання, відповідний аванс, якщо не існує поважної причини для відмови у авансі. Це період не відраховується, якщо розслідування призупинено чи ускладнено через вину уповноваженої особи, страхувальника чи застрахованої особи. Страхове відшкодування повинно виплатитись протягом 15 робочих днів після закінчення розслідування, потрібного для визначення об'єму відшкодування. Розслідування вважається закінченим, після того, як страховик повідомить його результати уповноваженій особі.
4. Страховик має право виплати відшкодування чи авансу відкласти, якщо:
 - a) існують сумніви у легітимності виплати відшкодування, тоді існує можливість відкладення до надання необхідних доказів;
 - b) проти страхувальника чи застрахованої особи було порушено кримінальне впровадження, або адміністративне чи інше судове впровадження у зв'язку із страховим випадком, тоді існує можливість відкладення до надання необхідних доказів;
5. Якщо страхове відшкодування або аванс було виплачено незаконно, у такому випадку особа, якій було виплачено кошти, повинна їх, без зайвої затримки, повернути, а) навіть після закінчення дії страхування.
6. Якщо витрати на розслідування були перевищені по причині порушення зобов'язань страховиком, застрахованою особою чи іншою особою, котра використовує законне право на відшкодування, страховик набуває права вимагати за це порушення зобов'язань відповідне відшкодування.
7. Якщо у застрахованої особи з'явиться право на страхове відшкодування у зв'язку з страховим випадком по відношенню до третьої сторони, тоді право на фінансове відшкодування, котре являє собою предмет даного страхування, переходить до страховика, конкретно у розмірі суми відшкодування виплачуваного на основі страхового договору. Якщо застрахована особа відмовиться від даного права, тоді у страховика не виникає зобов'язання виплачувати у розмірі суми відшкодування по відношенню до третьої сторони. У випадку, якщо страхове відшкодування вже було виплачено, застрахована особа повинна це відшкодування повернути страховику у розмірі вимог по відношенню до третьої сторони.
8. Якщо застрахована особа отримає відшкодування від третьої сторони, котра повинна дане відшкодування надати, страховик набуває права знизити страхове відшкодування, відповідним чином. Застрахована особа повинна про даний факт негайно повідомити страховика.
9. Якщо застрахована особа має право на відшкодування медичного догляду з громадського медичного страхування чи подібного законного страхування, страховик повинен надати страхове відшкодування лише за те, що не змогло надати інше вищезгадане страхування. Застрахована особа не має право відмовитись від даного права. Якщо застрахована особа відмовиться від такого права, страховик, відповідно, набуває права знизити страхове відшкодування на суму, що відповідає розміру даного права.
10. Правом на відшкодування можна поступитись лише з попередньої письмової згоди страховика.

Стаття 14 Відмова від страхового відшкодування та його зниження

1. Страховик має право відмовитись від надання страхового відшкодування зі страхового договору, якщо дійсною страхового випадку була причина, про яку страховик дізнався після виникнення страхового випадку, та про яку він не мав змоги дізнатись під час укладення страхової угоди чи її зміни по причині навмисного наміру або невідповідальності

- під час відповіді на письмові питання. Право відмови настає якщо страховик, знаючи ці факти, страховий договір би не уклав, або ж уклав його з іншими умовами.
2. У день отримання повідомлення про відмову у страховому відшкодування відповідно до абзацу 1 даної статті страхування втрапить свою силу.
 3. У випадку порушення протягом укладення страхування або зміни страхового договору страховиком або застрахованою особою будь-якого із зобов'язань зазначених у страховому договорі, і якщо це спричинило становлення меншого страхового внеску, страховик уповноважений зменшити розмір страхового відшкодування на суму, яка є різницею між отриманим страховим внеском та внеском, що мав би бути отриманим.
 4. Якщо порушення зобов'язання страхувальника, застрахованої особи або іншої особи, яка має право на страхове відшкодування, істотно впливає на виникнення страхового випадку, його перебіг або на збільшення обсягу його наслідків або на виявлення чи визначення суми страхового відшкодування, страховик уповноважений страхове відшкодування зменшити відповідно до розміру, який відповідає впливу цього порушення на виконання зобов'язань. Це стосується і випадків, коли порушення зобов'язань унеможливило представити докази про те, що страховий випадок настав згідно з цими ЗСУ.
 5. Страховик уповноважений зменшити суму страхового відшкодування у випадку надання нестандартної медичної допомоги на необхідний і відповідний рівень у відповідності до рішення лікаря-експерта, призначеного страховиком.

Стаття 15 Винятки зі страхування

1. Страхування не розповсюджується на:
 - a) лікування захворювань, травм та інших груп діагнозів, які існували перед укладенням страхування;
 - b) медичне обслуговування, яке не оплачується громадянами ЧР, які являються учасниками державного медичного страхування відповідно до загальнообов'язкового чинного законодавства;
 - c) медичне обслуговування, яке надано застрахованій особі у медичному закладі, у якому таке обслуговування зазвичай не надається громадянам ЧР, які являються учасниками державного медичного страхування відповідно до загальнообов'язкового чинного законодавства (наприклад деякі приватні клініки, або інші медичні установи, у яких не встановлене відшкодування медичного догляду з фонду державного медичного страхування), за винятком загрози для життя;
 - d) витрати на ліки, які застрахована особа купила без лікарського рецепта;
 - e) витрати на косметичне лікування та його наслідків, хіропрактичне лікування або терапію;
 - f) виготовлення та ремонт протезів, біопротезування, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів та подібних пристроїв;
 - g) переривання вагітності, якщо не йдеться про загрозу життю чи здоров'ю жінки або генетично дефективний розвиток плода, тобто йдеться про випадки, де переривання вагітності з медичного погляду виправдане.
 - h) лікування безпліддя або стерильності та штучне запліднення;
 - i) медична процедура та можливі наслідки, якщо застрахована особа приїхала у ЧР або за кордон з метою виконання цієї медичної процедури;
 - j) витрати на медогляд, що був здійснений родичем застрахованої особи (наприклад чоловіком, дружиною, батьками);
 - k) курортне та санаторно-курортне лікування та реабілітації;
 - l) витрати на медогляд, що виник у результаті лікування, що було надано непрофесійним медичним співтовариством *lege artis*;
 - m) лікування захворювань, травм та інших наслідків, що викликані у результаті воєнних дій або через участь в масових акціях протесту, громадянської непокорі чи інших заворушеннях;
 - n) лікування травм, що виникли під час керування автомобілем без належного дозволу (водійські права), якщо виникнуть за межами ЧР;
 - o) перевезення, переведення чи транспортування з використанням повітряної швидкої допомоги, якщо транспортування не було заздалегідь схвалене асистентською службою;
 - p) нормативні фінансові збори та доплати;
 - q) лікування у зв'язку зі злочинною діяльністю або хуліганством злочинного характеру, якщо відбудуться за межами ЧР;

- r) лікування в результаті самогубства або спроби самогубства, якщо виникнуть за межами ЧР;
 - s) навмисно заподіяні хвороби та травми, якщо виникнуть за межами ЧР;
 - t) травми, які виникли під впливом алкоголю, наркотиків або інших психотропних речовин, якщо такі випадки сталися за межами ЧР;
2. Страховик не надає страхове відшкодування у випадку, якщо застрахована особа відмовляється від репатріації, надання медичної допомоги або необхідного медогляду лікарем, якого призначив страховик чи представник асистентської служби страховика.
 3. Страхування не розповсюджується на травми, які виникнуть під час парашутизму чи парашутизму, стрибків із парашутом з високих місць, при використанні дельтапланів, планерів, надлегких повітряних суден, космічних кораблів, банджі-джампінгу, повітряних куль, суден на повітряній подушці; крім того страхування не розповсюджується на травми, що виникли у результаті виконання служби пілота, інших членів екіпажу та осіб, служба яких виконується за допомогою літаків; страхування також не розповсюджується на випадки дайвінгу враховуючи декомпресію, скелелазіння, сходження льодовиків та води у водоспадах, рафтинг, веслування на каное на бурній ріці, скі-альпінізм, катання на лижах поза межами визначеного маршруту, мотокрос та мотоперегони, карате, таеквондо, айкідо, кунг-фу, дзюдо, бокс, кікбоксинг тощо.
 4. Страхове відшкодування не діє для професійних спортсменів. Професійним спортсменом згідно з цими ЗСУ вважається той, хто виконує спортивну діяльність за професійним договором; той, хто бере участь у змаганнях, гонках, турнірах або тренувальних таборах чи тренувальних зборах рівня чемпіонату світу, олімпіадах, чемпіонаті світу, континенту чи національних чемпіонатах.
 5. Здійснення окремих видів діяльності, зазначених в абзаці 3 та 4 цієї статті, може бути після письмової домовленості зі страховиком включеним, або ж застрахованим за додаткову суму страхового внеску та умов згідно з тарифами страховика.

Стаття 16 Особи, що не підлягають страхуванню

1. Особи, що не підлягають страхуванню, а тому не є застрахованими:
 - a) особи з важкими неврологічними розладами, до яких зокрема відносяться пошкодження, що викликають значні фізичні обмеження, відповідно обмеження у повсякденному житті та трудовій діяльності. До таких розладів відносяться, крім того, стадії розсіяного склерозу, бічний аміотрофічний склероз, хвороба Паркінсона, постінсультний стан з обмеженням у русі, епілепсія, нові утворення тканин (пухлин) центральної нервової системи, полінейропатія з обмеженням у русі, тяжкі поранення головного мозку або спинного мозку з обмеженням у русі, депресії, приступи зомління та запаморочення;
 - b) особи з психічними захворюваннями, до яких зокрема належать маніакально-депресивні психози, шизофренічні та параноїдальні розлади, хвороба Альцгеймера та інші форми слабоумства, психоорганічний синдром, синдром Дауна, водянка головного мозку (гідроцефалія), аутизм;
 - c) особи із наступними захворюваннями та обмеженнями: глухота (двостороння), сліпота (двостороння), параліч, наркотична та алкогольна залежність і залежність від ліків, цироз печінки, рак, злоякісні пухлини (карциноми), туберкульоз, діаліз нирок, ВІЛ-інфекція, СНІД.
2. Особа, що не підлягає страхуванню, не може укласти страхування.

Стаття 17 Зобов'язання страховальника та застрахованої особи

1. Страховальник та застрахована особа зобов'язані правдиво та повно відповісти на всі питання страховика протягом переговорів про укладення страхового договору або переговорів про зміни страхового договору, а також факти, які мають значення для прийняття рішення страховика в оцінюванні страхового ризику, чи він їх застрахує та за яких умов, враховуючи питань, що стосуються стану здоров'я застрахованої особи. Страховальник та застрахована особа зобов'язані негайно повідомити страховика про зміни, які протягом дії страховки можуть настати у фактах, які вимагалися під час переговорів про укладення страхового договору або під час переговорів про зміни страхового договору.
2. Страховальник та застрахована особа зобов'язані невідкладно повідомити страховика у письмовій формі про кожну зміну, що стосується застрахованої особи, страхування або зміни страхового ризику, зокрема:
 - a) зміна місця проживання, або поштової адреси;

- b) повідомити страховика про укладення іншої страховки на страховий випадок того ж типу в іншого страховика; при цьому він зобов'язаний повідомити й ім'я страховика та розмір страхової суми;
 - c) повідомити страховику про припинення страхового інтересу та засвідчити його.
3. Страховальник та застрахована особа зобов'язані вжити відповідних заходів для запобігання виникненню загрози збитку та забезпечити, щоб страховий випадок не настав, зокрема не порушувати обов'язку, спрямованого на запобігання або зменшення небезпеки згідно із загальнообов'язковими правовими нормами або страховим договором.
 4. У випадку виникнення збиткового випадку застрахована особа, страховальник, або ж уповноважена особа зобов'язані:
 - a) негайно повідомити страховика про те, що настав збитковий випадок, надати правдиве пояснення про виникнення та розмір наслідків цього випадку, пред'явити всі необхідні оригінали документів, за потребою дозволити страховику зробити копії цих документів та діяти згідно з узгодженими умовами в страховому договорі та за інструкція страховика;
 - b) на прохання страховика надати йому письмово всю інформацію, яка необхідна для визначення розміру зобов'язання страховика надати страхове відшкодування. Інформація, що вимагається, може бути також передана у письмовому вигляді представникові страховика. Відповідальність за будь-які витрати на виготовлення необхідних документів несе застрахована особа, або ж інша уповноважена особа. Документи передані страховику переходять у його власність і він має право на подальше розпорядження ними;
 - c) на вимогу страховика уповноважити представника страховика для здійснення запиту усіх необхідних даних від третьої особи (зокрема від лікарів, лікарень, всіх типів медичних установ та страхових компаній) та для переговорів щодо збиткового випадку;
 - d) прагнути, щоб усі доповіді та звіти, що вимагаються страховиком, були виготовлені та надіслані страховику без затримки;
 - e) засвідчити страховику дату початку подорожі за кордон;
 - f) невідкладно повідомити правоохоронним органам про виникнення збиткового випадку, що стався за обставин, зазначених як скоєння злочину, або його спроби;
 - g) забезпечити по відношенню до іншого право на компенсацію виниклої шкоди чи травми, а також подібні права та застосувати право на відшкодування виниклих збитків по відношенню до того, хто за них відповідає;
 - h) у випадку документів на іноземній мові надати страховику юридичний переклад на чеській мові, які виготовляє за свій рахунок;
 - i) пред'явити оригінали квитанцій та бухгалтерські документи, які повинні містити ім'я та прізвище пацієнта, призначення діагнозу, дані про окремі медичні операції враховуючи витрати на медогляд та всі лікарські звіти, що стосуються даного медогляду;
 - j) пред'явити рецепти, на яких чітко вказано назву призначених ліків, ціна, ім'я та прізвище застрахованої особи та печатка лікуючого лікаря;
 - к) при медогляді зубів пред'явити страховику лікарський звіт, у якому вказано означення окремих зубів та опис проведеного медогляду.
 5. Для уточнення зобов'язання надання страхового відшкодування може страховик вимагати інші необхідні документи та сам проводити потрібні запити чи розслідування.

Стаття 18 Наслідки порушення зобов'язань

1. У випадку порушення протягом укладення страхування або зміни страхового договору страховиком або застрахованою особою будь-якого із зобов'язань зазначених у страховому договорі чи цих ЗСУ, і якщо це спричинило становлення меншого страхового внеску, страховик уповноважений зменшити розмір страхового відшкодування на суму, яка є різницею між отриманим страховим внеском та внеском, що мав бути отриманим.
2. Якщо порушення зобов'язання страховальника, застрахованої особи або іншої особи, яка має право на страхове відшкодування, істотно впливає на виникнення страхового випадку, його перебіг або на збільшення обсягу його наслідків або на виявлення чи визначення суми страхового відшкодування, страховик уповноважений страхове відшкодування зменшити відповідно до розміру, який відповідає впливу цього порушення на виконання зобов'язань. Це стосується і випадків, коли порушення зобов'язань унеможливило представити докази про те, що страховий випадок настав згідно з цими ЗСУ.

3. Страховик може розірвати страховий договір згідно зі ст. 5, абзац 10 ЗСУ або відмовитися компенсувати страхове відшкодування узгоджене в страховому договорі згідно зі ст. 14, абзац 1 ЗСУ. Страховий договір можливо розірвати і після виникнення страхового випадку.
4. У випадку, якщо у повідомленні про випадок збитків свідомо містяться неправдиві або грубо спотворені необхідні дані, що стосуються обсягу повідомленого випадку про збитки, або свідомо замовчуються дані, що стосуються цього випадку, страховик має право на відшкодування витрат враховуючи витрат на розслідування подробиць, які були йому надані чи замовчані. Вважається, що страховик витратив засвідчену суму коштів за призначенням.

Стаття 19 Права страховика на встановлення та аналіз даних страхувальника та застрахованої особи

1. Страховик уповноважений встановлювати та аналізувати усі необхідні дані про страховика та застраховану особу, що пов'язані зі страхуванням. Страхувальник та застрахована особа зобов'язані правдиво та повно відповісти на усі письмові питання страховика, що стосуються укладення страхування, зміни страхового договору або у разі виникнення випадку збитків.
2. Страховик уповноважений вимагати дані про стан здоров'я та встановлення стану або причини смерті застрахованої особи. Встановлення стану здоров'я або причин смерті проводиться на підставі звітів та медичної документації, які видаються на вимогу страховика уповноваженим медичним закладом лікуючими лікарями, у випадку необхідності медоглядом або експертизою уповноваженого медичного закладу.
3. Страхувальник та застрахована особа своїм підписом у страховому договорі погоджуються зі встановленням стану здоров'я або причин смерті застрахованої особи зі сторони страховика, якщо це необхідно для укладеного типу страхування та відсторонює лікаря та працівника медичного закладу, урядів та страхових компаній, в яких були, є та будуть оглянуті, ведені у реєстрі або застраховані, зобов'язання щодо забезпечення конфіденційності та уповноважують їм надавати усі необхідні дані страховику.
4. Страховик уповноважений встановлювати та аналізувати робочу та позаробочу діяльність застрахованої особи (йдеться про спортивну або ж іншу активну діяльність у дозвіллі). Страховик уповноважений розглядати всі відповіді страхувальника та застрахованої особи надані на письмові питання страховика.

Частина II Прикінцеві положення

Стаття 20 Фінансові збори

Стаття 21 Юридичні переговори, листування

1. Усі повідомлення страхувальника чи застрахованої особи варто надсилати на адресу страховика у письмовій формі. Представники страховика уповноважені отримати лист, однак він вважатиметься доставленим у момент, коли його отримає страховик.
2. Документи страховика призначені для страхувальника чи застрахованої особи як правило доставляються власником поштової ліцензії. Документи можуть бути доставлені й представником страховика за останньою відомою страховикові адресою.
3. Вважається, що відіслане поштове відправлення посередництвом поштових послуг доставлено на третій день після відправки, у випадку закордонної адреси - на п'ятнадцятий день після відправки.
4. Якщо страхувальник або застрахована особа безпідставно відмовляється отримати документи, відправлення вважається доставленим датою, коли страхувальник або застрахована особа відмовилися від отримання документації.
5. Якщо страхувальника або застраховану особу не було застано, а документація страховика була віддана на зберігання у поштовому відділенні або у місцевих органах влади, відправлення вважається доставленим кінцевою датою його зберігання, навіть якщо страхувальник або застрахована особа не дізналися про зберігання відправлення.
6. У випадку не виконання страховиком або застрахованою особою зобов'язання роз'ясненого у ст. 17, абзац 2, пункт а) ЗСУ, якщо не буде повідомлена страховику нова адреса, відправлення вважається доставленим датою повернення недоставленої документації страховику.

Стаття 22 Прикінцеві положення

1. У цих ЗСУ у страховому договорі можуть бути невідповідності, якщо цього вимагає призначення та тип страхування.
2. Автентичним вважається чеський текст ЗСУ та договірна угода.
3. Ці ЗСУ вступають в силу починаючи 1 вересня 2017.
4. Якщо страховий договір містить юридичні невідповідності, спричинені зміною загального

Обробка розірвання страхової угоди протягом 2 місяців від дня укладення угоди	40% невикористаного страхового внеску
Видача дублікату страхування / актуальний стан договору	50 чеських крон
Видача копії угоди / договору із зовнішнього архіву	100 чеських крон
Видача підтвердження оплати страхового внеску (на вимогу)	50 чеських крон
Розірвання договору у випадку припинення страхового інтересу	40% невикористаного страхового внеску

законодавства або іншим чином, ці юридичні невідповідності не спричиняють недійсності або неефективності всього страхового договору. Всі положення страхового договору віддільні, якщо одне з положень стає недійсним, незаконним або суперечить суспільним інтересам, дієвість інших положень залишається непорушною, а страховий договір братиметься до уваги без недійсного положення. Сторони зобов'язуються замінити недійсне або неефективне положення положеннями, обсяг яких дозволить досягнути призначення цього страхового договору.

5. У випадку позасудових рішень споживачьких суперечок у випадку страхування життя відповідальним являється фінансовий арбітр, адреса: Lelegerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, у сфері інших страхових галузей - Чеська торговельна інспекція, адреса: Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coli.cz.

Частина III Роз'яснення термінів

Послуги з надання допомоги - це послуга, що надається застрахованій особі згідно з укладеним страховим договором та виконується договірним партнером страховика.

Стандартний страховий внесок - це внесок за узгоджений застрахований період.

Період очікування - це період, протягом якого страховик не зобов'язаний надавати страхове відшкодування випадків, які б у іншому випадку були страховими випадками.

Робочі виїзди - це регулярні виїзди застрахованої особи з ціллю виконання робіт за межами ЧР.

Одноразовий страховий внесок - це внесок встановлений на весь період, на який укладається страховий договір.

Непередбачений випадок - це випадок можливий, але невідомий чи у період дії страхування він взагалі настане або ж невідомий період його виникнення.

Бенефіціар - особа, встановлена страхувальником, яка внаслідок страхового випадку матиме право на страхове відшкодування у випадку смерті застрахованої особи.

Уповноважена особа - це особа, яка внаслідок страхового випадку має право на страхове відшкодування.

Платник страхового внеску - це особа, яка згідно з укладеним договором зі страхувальником виконує зобов'язання сплачувати страховий внесок або встановлену частку, це не стосується зобов'язання страхувальника сплачувати страховий внесок.

Страховик - це ERGO страхове акціонерне товариство, ідентифікаційний номер 618 58 714, яке уповноважене на провадження страхової діяльності відповідно до спеціалізованого законодавства.

Страховий поліс - це письмовий документ, виданий страховиком у якості підтвердження про укладення страхового договору у встановленому розмірі.

Страхова сума - це сума, узгоджена страховим договором, це максимально можлива сума страхової виплати, що виплачується страховиком відповідно до умов та обставин встановлених страховим договором.

Період страхування - це період, на який укладається страховий договір.

Страховий захист - це цілковитий обсяг відшкодування узгоджений у страховому договорі.

Страховий випадок - це випадкова подія, з якою згідно з положенням страхового договору виникає зобов'язання страховика надати страхове відшкодування.

Страховий внесок - це плата за укладення страхового договору.

Страхова небезпека - це можлива причина виникнення страхового випадку.

Період страхування - це проміжок часу узгоджений у страховому договорі, протягом якого сплачується регулярний страховий внесок.

Страховий ризик - це міра ймовірності виникнення страхового випадку, викликаний страховою небезпекою.

Страхувальник - це особа, що уклала страховий договір зі страховиком та повинна сплачувати страховий внесок.

Страховий рік - це період від дати початку дії річного страхового договору до дати початку наступного страхового договору наступного року.

Страховий інтерес - це законна необхідність у захисті від наслідків страхового випадку.

Застрахована особа - це особа, на життя, здоров'я, майно або відповідальність чи іншу вартість страхового інтересу якої розповсюджується страховий договір.

Страхування - це зобов'язання страховика та страхувальника, підтвержене страховим договором, де страховик зобов'язується надати страхувальнику або третій особі страхове відшкодування у випадку виникнення страхового випадку, а страхувальник зобов'язується платити страховику страховий внесок за надання страхового захисту.

Сумове страхування - страхування, метою якого є у разі виникнення страхового випадку надання одноразового чи повторного відшкодування у встановленому обсязі, основою для визначення розміру страхового внеску та вирахування страхового відшкодування являється сума вказана у страховому договорі, яку в разі виникнення страхового випадку страховик повинен виплатити, або розмір та частота виплати пенсії.

Майнове страхування - страхування, метою якою є в узгодженому обсязі компенсація шкоди майна, що виникла в результаті страхового випадку.

Репатріація - медичне транспортування застрахованої особи або її тіла (останків) на Батьківщину, або ж до іншої країни, у якій застрахована особа має дозвіл на проживання.

Інші країни Шенгенського простору - Бельгія, Данія, Естонія, Фінляндія, Франція, Ісландія, Італія, Литва, Латвія, Люксембург, Угорщина, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Австрія, Греція, Словаччина, Словенія, Іспанія, Швеція, Швейцарія.

Випадок виникнення шкоди - подія у зв'язку з якою виникла шкода, що може бути причиною виникнення права на страхове відшкодування.

Травма - несподіваний та раптовий вплив зовнішніх сил або власної фізичної сили незалежно від волі застрахованої особи, або ж несподіваний та безперервний вплив високих чи низьких температур, газів, випарів, електрики чи отруту (за винятком мікробних отрут та імунотоксичних речовин), що відбувся протягом дії страхування та у зв'язку з яким було завдано тілесних ушкоджень, виникли проблеми зі здоров'ям чи смерть застрахованої особи. **Річний день страхування** - дата (день та місяць), що збігається з датою зазначеною в страховому договорі як початок страхування (також річний день початку страхування). У випадку відсутності цього дня в місяці, річний день припадає на останній день місяця.

Представник страховика - особа, уповноважена діяти від імені страховика.

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Standard

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців - Welcome 170901 (далі «ЗСУ»).

У невідповідності до ст. 10, абзац 1 ЗСУ страхування за тарифом Welcome Standard укладається в обсязі «необхідної та невідкладної медичної допомоги», а не в обсязі «комплексної медичної допомоги».

1. У невідповідності до ст. 10, абзац 9 ЗСУ встановлюється загальне страхове відшкодування на один страховий випадок, що обмежується сумою 60,000 євро. Ця сума становить ліміт, тому у підсумкова сума окремих витрат на медичну допомогу, у тому числі можливої репатріації, не повинна її перевищувати.
2. Страхівка не покриває витрати на лікування хворих, які лікуються вільно доступними ліками та обладнанням.
3. Страхівка не покриває витрати на амбулаторно призначені ліки.
4. У невідповідності до ст. 10, абзац 4, пункт j) ЗСУ страхівка не розповсюджується на наступні обстеження.
5. Страхівка не розповсюджується на медичне обслуговування згідно зі ст. 10, абзац 5 та 6 ЗСУ, за винятком необхідної допомоги у випадку небезпеки для життя через алергічні реакції, якщо у застрахованої особи поява цього тиру алергії зафіксована вперше.
6. Послуги з надання допомоги згідно зі ст. 11 ЗСУ надаються застрахованій особі лише у випадку, якщо вартість лікування застрахованої особи не перевищить 5,000 чеських крон, або ж відповідний еквівалент в іноземній валюті. Якщо вартість лікування застрахованої особи менша 5,000 чеських крон і застрахована особа вирішить скористатися послугами з надання допомоги, вона несе відповідальність за витрати, які виникають у страховика у зв'язку із забезпеченням послуг з надання допомоги, однак не менше 1,500 чеських крон. Ці витрати можуть бути відраховані страховиком або службою надання допомоги від страхового відшкодування.

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Plus

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців - Welcome 170901 (далі «ЗСУ»).

У невідповідності до ст. 10, абзац 1 ЗСУ страхування за тарифом Welcome Standard укладається в обсязі «необхідної та невідкладної медичної допомоги», а не в обсязі «комплексної медичної допомоги».

1. Страхування не розповсюджується на медичне лікування згідно зі ст. 10, абзац 5, пункт а) ЗСУ (догляд у диспансері).
2. Страхування у невідповідності до ст. 10, абзац 5, пункт b) ЗСУ не розповсюджується на тривале алергологічне чи імунологічне лікування.
3. Страхування не розповсюджується на медичне лікування відповідно до ст. 10, абзац 5, пункт c) ЗСУ (вагітність), за винятком необхідного лікування в небезпечності для життя матері та дитини, у випадках ускладнень протягом вагітності.
4. Страхування не розповсюджується на медичне лікування згідно до ст. 10, абзац 5, пункт d) ЗСУ (стоматологічне лікування, за винятком посттравматичного стоматологічного лікування), якщо страхування не укладено хоча б на термін одного року.
5. Страхування не розповсюджується на медичне лікування згідно зі ст. 10, абзац 6 ЗСУ (профілактичне лікування).

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Baby

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців - Welcome 170901 (далі «ЗСУ»).

Страхування укладається в обсязі «комплексного медичного страхування» згідно зі ст. 10 ЗСУ.

1. На страхування цього тарифу не розповсюджується період очікування вагітності згідно зі ст. 12, абзац 2 ЗСУ.
2. На страхування цього тарифу не розповсюджується період очікування на пологи та подальше післяпологове лікування згідно зі ст. 12, абзац 3 ЗСУ.
3. Обсяг страхування цього тарифу розповсюджується і на медичне лікування новонароджених дітей застрахованої особи, а саме до одномісячного віку. Це лікування надається у рамках «комплексного медичного лікування», йдеться про безперервну післяпологову госпіталізацію, один профілактичний огляд у терапевта після виписки з пологового будинку та обов'язкові щеплення до максимального ліміту 1,000 чеських крон.

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Дитина+

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців - Welcome 170901 (далі «ЗСУ»).

Страхування укладається в обсязі «комплексного медичного страхування» згідно зі ст. 10 ЗСУ.

1. У невідповідності до ст. 10, абзац 6 ЗСУ страхівка покриває усі профілактичні медогляди, враховуючи щеплення у терапевта та стоматолога у встановленому обсязі згідно із державним медичним страхуванням громадян ЧР.

Інформативний огляд обсягу страхування

Тариф Welcome	Комплексне медичне страхування			Необхідна та невідкладна медична допомога	
	Комплекс	Baby	Дитина +	Стандарт	Плюс
Загальне обмеження на страховий випадок	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	60,000 євро	80,000 євро
Медичне транспортування	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	60,000 євро	80,000 євро
Репатріація останків	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	60,000 євро	80,000 євро
Лікування зубів - травми	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон
Інші стоматологічні послуги	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	ні	6,000 чеських крон
Амбулаторно призначені ліки	так	так	так	ні	так
Лікування захворювань, що лікуються вільно доступними ліками	так	так	так	ні	так
Вагітність, ускладнення при вагітності, пологи	так ¹⁾	так	ні	ні	ні ²⁾
Догляд за новонародженими	ні	так	ні	ні	ні
Послуги з надання допомоги	так	так	так	так ³⁾	так
Профілактичне лікування, щеплення	так ⁴⁾	так ⁴⁾	так ⁵⁾	ні	ні
Догляд у диспансері	так	так	так	ні	ні

¹⁾ на вагітність та пологи розповсюджується період очікування 3-8 місяців,

²⁾ не розповсюджується на випадки гострої небезпеки для життя,

³⁾ лише у випадках лікування, ціна якого не перевищує 5,000 чеських крон

⁴⁾ до ліміту за статтею 10, абзац 6 ЗСУ,

⁵⁾ у розмірі згідно з державним медичним страхуванням в ČR