

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 170901)

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 01.09.2017

Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài

Thông tin dành cho những người có ý định mở hợp đồng bảo hiểm (trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm)

1. Thông tin về doanh nghiệp bảo hiểm

A) Tên thương mại và dạng thể pháp nhân của doanh nghiệp bảo hiểm

ERGO pojišťovna, a.s., mã số doanh nghiệp: 618 58 714, hoạt động trong lãnh vực bảo hiểm và những lãnh vực liên quan đến bảo hiểm và tái bảo hiểm theo tinh thần bộ luật số 277/2009 Sb., về bảo hiểm, theo nội dung hiện hành.

B) Địa chỉ trụ sở của doanh nghiệp bảo hiểm

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

C) đăng ký tại Danh bạ thương mại, danh bạ thương mại do Tòa án thành phố Praha quản lý, mục B, số hồ sơ 2740

D) Tên và trụ sở cơ quan chịu trách nhiệm thực hiện giám sát hoạt động của doanh nghiệp bảo hiểm

Ngân hàng quốc gia Cộng hòa Séc, có trụ sở tại Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

E) Thông tin liên lạc và cách thức giải quyết các khiếu nại

Bằng điện thoại: +420 221 585 111

Bằng fax: +420 221 585 555

Bằng E-mail: stiznosti@ergo.cz

Web: www.ergo.cz

Bằng thư: gửi về địa chỉ trụ sở của doanh nghiệp bảo hiểm

Trực tiếp: tại địa chỉ trụ sở của doanh nghiệp bảo hiểm, các chi nhánh

Cũng có thể yêu cầu Hiệp hội các hãng bảo hiểm Cộng hòa Séc hoặc Ngân hàng quốc gia Cộng hòa Séc giúp đỡ giải quyết đơn khiếu nại.

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

F) Ngôn ngữ sử dụng để giao tiếp giữa các phía tham gia hợp đồng

tiếng Séc

G) Thông tin về khả năng thanh toán và tình trạng tài chính của doanh nghiệp bảo hiểm

có trên trang web www.ergo.cz ở phần thông tin về Công ty và ngoài ra trong Tuyển tập tài liệu của Danh bạ thương mại do Tòa án thành phố Praha quản lý.

2. Thông tin về những cam kết

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

Đối tượng bảo hiểm là những chi phí có thể chứng minh liên quan đến cư trú của người được bảo hiểm trên lãnh thổ Cộng hòa Séc (tiếp theo chỉ viết tắt "CH Séc") hoặc liên quan đến việc đi lại của người được bảo hiểm đến những quốc gia khác trong khu vực Schengen, khi những chi phí này đã phát sinh trong phạm vi thanh toán chi phí điều trị của người được bảo hiểm do hậu quả đương sự bị bệnh tật hoặc tai nạn và những chi phí liên quan đến việc hồi hương của người được bảo hiểm.

Đối với loại bảo hiểm này mà hãng bảo hiểm ERGO pojišťovna, a.s. cung cấp, thì áp dụng bộ luật số 89/2012 Sb., bộ luật dân sự, theo nội dung hiện hành (tiếp theo chỉ viết tắt „OZ”), và những quy chế tổng quát khác của CH Séc có giá trị. Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm sức khỏe dành cho người nước ngoài - WELCOME 170901 (tiếp theo chỉ viết tắt „VPP”), hợp đồng bảo hiểm và những điều thỏa thuận khác nếu có.

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.

B) Những người không thể bảo hiểm được

Những người sau đây không thể ký kết 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 tủy 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, lọc máu thận, nhiễm HIV, AIDS.

C) Phạm vi bảo hiểm bao phủ

Có thể đàm phán bảo hiểm trong phạm vi "chăm sóc y tế toàn diện", được cung cấp trên quy mô tương tự như bảo hiểm y tế công cộng, thế nhưng có những điểm đàm phán loại trừ bảo hiểm và mức giới hạn thực hiện trả bồi thường bảo hiểm. Như vậy bảo hiểm không đảm bảo việc thanh toán trong phạm vi cũng như mức độ như bảo hiểm y tế công cộng, và cũng không giống bảo hiểm cho trường hợp bệnh tật theo điều §2847 và những điều khoản khác của bộ luật dân sự, theo nội dung hiện hành. Cũng có thể đàm phán bảo hiểm trong phạm vi chăm sóc sức khỏe khi " cần thiết và cấp bách". Phạm vi bảo hiểm được tính theo gói bảo hiểm được lựa chọn.

D) Loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm

Trong khuôn khổ bảo hiểm, không cung cấp trả tiền bồi thường bảo hiểm cho: điều trị bệnh tật, chấn thương và các nhóm chẩn đoán khác đã tồn tại trước thời điểm bảo hiểm; chăm sóc y tế mà cả công dân CH Séc cũng không được trả khi họ tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo tinh thần các cơ chế pháp lý ràng buộc nói chung; chăm sóc y tế đã 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...); chi phí cho những thuốc men mà người được bảo hiểm đã mua mà không có đơn của bác sĩ; chi phí điều trị thẩm mỹ và hậu quả của nó, thủ tục phẫu thuật hoặc điều trị; 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; phá thai, trừ khi bị đe dọa đến tính mạng hoặc sức khỏe của người phụ nữ hoặc thai nhi phát triển bị khiếm khuyết về yếu tố gen, tức là những trường hợp phá thai có lý do chính đáng trên phương diện y khoa; điều trị vô sinh hoặc hiếm muộn và thụ tinh nhân tạo; 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; chi phí điều trị cho người thân của người được bảo hiểm (ví dụ chồng, vợ, cha mẹ); điều trị tại các trung tâm nghỉ mát và dưỡng bệnh và các biện pháp phục hồi chức năng; 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; 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; 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; chờ và vận chuyển bằng máy bay cứu thương trừ khi việc vận chuyển đã được dịch vụ hỗ trợ phê duyệt trước; lệ phí điều tiết và phụ phí; điều trị do có liên quan đến hành vi gây ra hành động phạm pháp hoặc hành vi còn đồ có tính chất phạm vi cảnh, nếu như chúng xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc; điều trị do hậu quả tự tử hoặc 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; và 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.

Không cung cấp trả tiền 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 được thực hiện bởi bác sĩ do doanh nghiệp bảo hiểm hoặc nhà cung cấp các dịch vụ hỗ trợ của doanh nghiệp bảo hiểm chỉ định.

Không cung cấp trả tiền bồi thường bảo hiểm khi bị tai nạn 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, tàu con thoi, nhảy bungee, bay trên kính khí cầu, thủy phi cơ; ngoài ra việc bảo hiểm không bao gồm bồi thường cho những tai nạn 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 thác 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.

Bảo hiểm không áp dụng cho các hoạt động thể thao của các vận động viên chuyên nghiệp.

Trong gói bảo hiểm Welcome Komplex, áp dụng thời gian chờ đợi ba tháng tính từ thời điểm bắt đầu bảo hiểm cho việc chăm sóc y tế liên quan đến việc mang thai và tám tháng tính từ thời điểm bắt đầu bảo hiểm cho sinh đẻ và chăm sóc y tế sau đó, điều đó có nghĩa là việc mang thai của người được bảo hiểm và việc chăm sóc liên quan đến thời kỳ thai nghén không phải là sự kiện bảo hiểm nếu như thai rõ ràng đã xuất hiện trước khi hết ba tháng bảo hiểm và việc sinh đẻ đã xảy ra trước khi hết tám tháng bảo hiểm và cả chăm sóc hậu sản tiếp theo liên quan đến việc sinh đẻ đó.

E) Thời hạn hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, thời kỳ bảo hiểm

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. Hợp đồng bảo hiểm cũng được coi như là Giấy chứng nhận bảo hiểm Việc bảo hiểm được ký kết cho khoảng thời gian nhất định và kết thúc vào ngày và thời gian ghi trong hợp đồng bảo hiểm như là Kết thúc bảo hiểm Thời kỳ bảo hiểm trùng với thời gian bảo hiểm đã đàm phán ký kết bảo hiểm Không thể ký kết bảo hiểm có giá trị thời gian ngược lại.

Thời gian bảo hiểm tối thiểu của gói Welcome Standard và Welcome Plus là 1 tháng, của gói Welcome Komplex là 4 tháng và của gói Welcome Baby và Welcome Dítě+ là 12 tháng.

F) Phương pháp chấm dứt bảo hiểm, rút khỏi hợp đồng bảo hiểm

Bảo hiểm sẽ chấm dứt: do thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm; hết thời hạn bảo hiểm; không còn quyền lợi có thể bảo hiểm; 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; 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 chung; ngày từ chối bồi thường bảo hiểm từ phía doanh nghiệp bảo hiểm dựa theo điều 5 khoản 5 của VPP.

Ngoài ra việc bảo hiểm cũng có thể kết thúc do hủy hợp đồng từ phía doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm có thể kết thúc hợp đồng bảo hiểm với thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng trong vòng hai tháng kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc với thời hạn một tháng để kết thúc hợp đồng trong vòng ba tháng kể từ ngày thông báo sự kiện bảo hiểm. Ngoài ra bên mua bảo hiểm có thể kết thúc hợp đồng bảo hiểm với thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng, nếu như 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; 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; hoặc 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. Từ phía doanh nghiệp bảo hiểm, có thể hủy bảo hiểm với thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng khi tăng rủi ro bảo hiểm trong phạm vi và theo những điều kiện được nêu trong điều 5 khoản 8 mục a) và b) của VPP. Bảo hiểm cũng sẽ chấm dứt thông qua việc rút khỏi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực vào ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm. 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 cố 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. 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. 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 bên mua bảo hiểm những phí bảo hiểm đã đóng, từ 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. Sẽ mất quyền rút khỏi hợp đồng bảo hiểm, nếu như không sử dụng theo đúng thời hạn quy định đối với từng lý do rút khỏi hợp đồng như đã nêu trên. Bản mẫu để rút khỏi hợp đồng bảo hiểm có sẵn trên trang web www.ergo.cz ở phần Klientský servis- Dịch vụ khách hàng, hoặc tại trụ sở hay tại các chi nhánh của doanh nghiệp bảo hiểm.

G) Thông tin về mức phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm là khoản thanh toán cho dịch vụ bảo hiểm do doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp trong phạm vi đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ quy định mức phí bảo hiểm tùy theo phạm vi bảo hiểm mà người có nhu cầu ký kết hợp đồng bảo hiểm đã tự chọn và sẽ luôn luôn được thông báo trước khi ký hợp đồng bảo hiểm. Mức phí bảo hiểm phụ thuộc vào gói bảo hiểm đã chọn, tuổi tác của người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm. Trong mức phí bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài thì phụ thu chi phí được tính như 45% mức phí.

H) Phương thức thanh toán và hạn trả phí bảo hiểm

Chỉ có thể đàm phán, thoả thuận phí bảo hiểm như là phí bảo hiểm trả một lần. Phí bảo hiểm trả một lần phải trả vào ngày bắt đầu bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ trả một lần toàn bộ phí bảo hiểm cho suốt thời gian bảo hiểm khi ký kết hợp đồng bảo hiểm. Nếu như phí bảo hiểm được thanh toán thông qua tổ chức tài chính, ngân hàng hay dịch vụ bưu chính, thì phí bảo hiểm được coi là đã trả vào ngày gửi toàn bộ số tiền vào tài khoản phù hợp của doanh nghiệp bảo hiểm tại tổ chức tài chính hoặc bằng cách trả toàn bộ số tiền bằng tiền mặt cho doanh nghiệp bảo hiểm hoặc cho người có thẩm quyền nhân danh doanh nghiệp bảo hiểm thu nhận phí bảo hiểm.

Phí bảo hiểm lần đầu tiên có thể được thanh toán bằng tiền mặt. Phí bảo hiểm phải được thanh toán bằng tiền nội địa, nếu như không có thỏa thuận khác.

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.

I) Lệ phí

Doanh nghiệp bảo hiểm không tính thêm phụ phí đặc biệt để sử dụng công cụ thông tin liên lạc từ xa. Ngoài khuôn khổ phí bảo hiểm, có thu những lệ phí sau đây:

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 Kč
Cấp bản sao văn bản đề xuất/ hợp đồng từ các kho lưu trữ bên ngoài	100 Kč
Cấp giấy chứng nhận trả phí bảo hiểm (theo yêu cầu)	50 Kč
Kết thúc bảo hiểm trong trường hợp không còn quyền lợi có thể bảo hiểm	40 % phí bảo hiểm chưa sử dụng

J) Luật pháp áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm, giải quyết các tranh chấp

Tất cả các hợp đồng do hãng ERGO pojišťovna, a.s. ký kết được giải quyết theo luật pháp Cộng hòa Séc. Các tòa án có thẩm quyền tại Cộng hòa Séc sẽ giải quyết những tranh chấp. Người có nhu cầu ký kết hợp đồng bảo hiểm có thể nhận được những thông tin khác liên quan đến bảo hiểm y tế cho người nước ngoài khi yêu cầu. Nếu như hợp đồng bảo hiểm được ký kết thông qua giao dịch từ xa thì bên mua bảo hiểm có quyền bất cứ lúc nào trong thời gian tồn tại hợp đồng bảo hiểm được nhận những điều kiện bảo hiểm ở dạng in thành văn bản.

3. Tuyên bố của người mua bảo hiểm

1. Bằng một cách rõ ràng và chính xác, viết thành văn bản và bằng tiếng Séc, tôi đã được thông báo về điều kiện ký kết hợp đồng bảo hiểm, cũng như phạm vi bảo hiểm, bảo vệ thông qua bảo hiểm và bồi thường bảo hiểm. Tôi đã được làm quen với những thông tin nêu trên dành cho người có nhu cầu ký kết hợp đồng bảo hiểm và đồng thời tôi cũng đã được cho xem Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài để làm quen và nghiên cứu - WELCOME 170901. Tôi tuyên bố rằng tôi đã hiểu tất cả các điều kiện để ký kết hợp đồng bảo hiểm, kể cả việc giải thích thích hợp các khái niệm.

2. Tôi hiểu rằng tất cả các vấn đề liên quan đến rủi ro bảo hiểm khi ký kết hợp đồng bảo hiểm là điều cần thiết cho doanh nghiệp bảo hiểm để xác định mức phí bảo hiểm và để quyết định xem có ký kết hợp đồng bảo hiểm này (doanh nghiệp cam kết bảo vệ thông qua bảo hiểm). Tôi tuyên bố rằng trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm tôi đã được thông báo về mức phí bảo hiểm.

3. Tôi hiểu rõ vấn đề là việc trả lời không đúng sự thật bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến rủi ro bảo hiểm khi ký kết hợp đồng bảo hiểm có thể dẫn đến hậu quả ghi trong Điều kiện bảo hiểm chung hoặc trong những điều khoản tương ứng của bộ luật dân sự.

4. Tôi hiểu rõ vấn đề là tôi có nghĩa vụ thông báo bất cứ thay đổi nào liên quan đến rủi ro bảo hiểm trong thời gian tồn tại bảo hiểm, điều đó có nghĩa là bất cứ thay đổi nào của những câu hỏi đã được trả lời liên quan đến rủi ro bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm (không quan tâm đến việc tôi cho rằng những câu hỏi đó có thích hợp hay không), và việc vi phạm nghĩa vụ này có thể dẫn đến hậu quả ghi trong Điều kiện bảo hiểm chung hoặc trong những điều khoản tương ứng của bộ luật dân sự.

5. Tôi đã được thông báo rằng có thể hủy hợp đồng trong vòng hai tháng kể từ ngày ký kết. Thời hạn để kết thúc hợp đồng là tám ngày. Trong trường hợp này doanh nghiệp bảo hiểm có quyền được thanh toán chi phí liên quan đến việc hình thành và quản lý bảo hiểm ở mức 50% từ mức phí bảo hiểm quy định, nhưng tối đa là 1.000 Kč cho mỗi người được bảo hiểm.

Trong trường hợp có sự kiện bảo hiểm, xin quý vị hãy liên hệ với dịch vụ hỗ trợ của chúng tôi **CORIS Praha, a.s.** theo số điện thoại **+420 261 222 444**.

Phần I.	Điều khoản mở đầu.....	7
Điều 1	Đối tượng bảo hiểm	7
Điều 2	Sự kiện bảo hiểm	7
Điều 3	Hiệu lực theo lãnh thổ của bảo hiểm	7
Điều 4	Hình thành và tồn tại bảo hiểm	7
Điều 5	Kết thúc bảo hiểm	7
Điều 6	Nhu cầu bảo hiểm	9
Điều 7	Bảo hiểm nguy cơ bảo hiểm của người khác và bảo hiểm có lợi cho người thứ ba.....	9
Điều 8	Thay đổi rủi ro bảo hiểm	9
Điều 9	Phí bảo hiểm	10
Điều 10	Phạm vi bảo hiểm.....	10
Điều 11	Dịch vụ hỗ trợ	11
Điều 12	Thời gian chờ đợi.....	12
Điều 13	Thanh toán và thời hạn trả bồi thường bảo hiểm	12
Điều 14	Từ chối và giảm bồi thường bảo hiểm	13
Điều 15	Loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm.....	13
Điều 16	Những người không thể bảo hiểm được	14
Điều 17	Nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm	14
Điều 18	Hậu quả của việc vi phạm nghĩa vụ	15
Điều 19	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.....	15
Phần II.	Điều khoản cuối.....	16
Điều 20	Lệ phí	16
Điều 21	Thủ tục pháp lý, tổng đạt.....	16
Điều 22	Điều khoản cuối.....	16
Phần III.	Giải thích các khái niệm	17
	Điều khoản thỏa thuận cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Standard.....	18
	Điều khoản thỏa thuận cho Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Plus	18
	Điều khoản thỏa thuận cho Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Baby	18
	Điều khoản thỏa thuận cho Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Dítế+	19
	Tổng quan thông tin phạm vi bảo hiểm.....	19

Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - WELCOME 170901 – 1.9.2017.

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 170901 (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.

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. Nếu như ký kết gói bảo hiểm Welcome Komplex, Welcome Baby hoặc Welcome Dítě+, thì khi rời CH Séc sang các nước khác của không gian Schengen chỉ cung cấp bảo vệ thông qua bảo hiểm trong phạm vi „chăm sóc y tế khi cần thiết và cấp bách” theo gói Welcome Plus.
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. Doanh nghiệp bảo hiểm có thể kết thúc hợp đồng bảo hiểm:
 - a) trong vòng một tháng kể từ ngày được thông báo thay đổi phạm vi rủi ro bảo hiểm theo điều 8 khoản 5 của VPP, nếu như khi tồn tại rủi ro bảo hiểm như thế vào thời điểm ký kết hợp đồng bảo hiểm doanh nghiệp bảo hiểm sẽ không ký kết hợp đồng. 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 hai tháng kể từ ngày biết được tăng rủi ro bảo hiểm, trong trường hợp bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm không thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm về thay đổi đó. Bảo hiểm chấm dứt kể từ ngày tổng đạt thông báo kết thúc hợp đồng.
9. 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 cố 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.
10. 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.
11. 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, từ 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.
12. Sẽ mất quyền rút khỏi hợp đồng bảo hiểm, nếu như không sử dụng theo đúng thời hạn quy định.
13. 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 từ vong hoặc giải thể của bên mua bảo hiểm dựa theo điều 7 khoản 4 của VPP.
14. 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 Thay đổi rủi ro bảo hiểm

1. Nếu như có thay đổi những hoàn cảnh đã được ghi trong hợp đồng bảo hiểm hoặc những điều mà doanh nghiệp bảo hiểm đã hỏi khi ký kết hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm, thì về bản chất tăng xác suất phát sinh sự kiện bảo hiểm từ nguy cơ bảo hiểm đã thỏa thuận, và tăng rủi ro bảo hiểm.
2. Nếu không có sự đồng ý của doanh nghiệp bảo hiểm, thì bên mua bảo hiểm không được phép làm bất cứ điều gì dẫn đến tăng nguy cơ bảo hiểm, kể cả cho phép người thứ ba; nếu như bên mua bảo hiểm sau đó phát hiện ra rằng đã gây ra việc tăng nguy cơ bảo hiểm mà không có sự đồng ý của doanh nghiệp bảo hiểm, thì bên mua bảo hiểm ngay lập tức, không chậm trễ thông báo điều này cho doanh nghiệp bảo hiểm. Nếu như việc tăng nguy cơ bảo hiểm không phụ thuộc vào bên mua bảo hiểm, thì bên mua bảo hiểm thông báo điều này không chậm trễ cho doanh nghiệp bảo

hiểm khi được biết về điều này. Nếu như đó là bảo hiểm rủi ro của người khác, thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ này.

3. Trong trường hợp doanh nghiệp bảo hiểm chắc chắn sẽ ký hợp đồng bảo hiểm với những điều kiện khác, nếu như rủi ro bảo hiểm đã tồn tại trong phạm vi rộng lớn khi ký kết hợp đồng bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm sẽ có quyền đề nghị mức phí mới. Nếu như doanh nghiệp bảo hiểm không thực hiện điều đó trong vòng một tháng kể từ ngày được thông báo thay đổi, thì quyền lợi của doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chấm dứt.
4. Nếu như bản đề xuất tăng phí bảo hiểm dựa theo khoản 3 của điều này không được chấp nhận trong vòng một tháng kể từ ngày nhận được bản đề xuất tăng phí bảo hiểm hoặc nếu như mức phí bảo hiểm mới không được thanh toán trong vòng một tháng kể từ ngày nhận được bản đề xuất tăng phí bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền kết thúc hợp đồng với thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng. Quyền này của doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chấm dứt, nếu như doanh nghiệp bảo hiểm không kết thúc hợp đồng trong vòng hai tháng kể từ ngày nhận được thông báo không đồng ý với đề xuất tăng phí bảo hiểm hoặc khi đã hết thời gian để chấp nhận bản đề xuất.
5. Trong trường hợp doanh nghiệp bảo hiểm chắc chắn sẽ không ký hợp đồng bảo hiểm vì những điều kiện có giá trị vào thời điểm ký hợp đồng bảo hiểm, nếu như rủi ro bảo hiểm đã tồn tại trong phạm vi rộng lớn khi ký kết hợp đồng bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm sẽ có quyền kết thúc bảo hiểm với thời hạn tám ngày để kết thúc hợp đồng. Nếu như doanh nghiệp bảo hiểm không kết thúc hợp đồng bảo hiểm trong vòng một tháng kể từ ngày được thông báo thay đổi rủi ro bảo hiểm, quyền của doanh nghiệp kết thúc hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt.
6. Nếu như bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thông báo tăng rủi ro bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền kết thúc bảo hiểm mà không cần thời hạn để kết thúc hợp đồng. Nếu như doanh nghiệp bảo hiểm kết thúc hợp đồng bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền hưởng phí bảo hiểm đến khi kết thúc thời gian bảo hiểm, khi trong thời gian ấy bảo hiểm đã chấm dứt; trong trường hợp này phí bảo hiểm trả một lần sẽ thuộc hết về doanh nghiệp bảo hiểm. Nếu như doanh nghiệp bảo hiểm không kết thúc hợp đồng bảo hiểm trong vòng hai tháng kể từ ngày được biết về việc tăng rủi ro bảo hiểm, quyền của doanh nghiệp kết thúc hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt.
7. Nếu như bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thông báo tăng rủi ro bảo hiểm và sau khi có sự thay đổi đó xảy ra sự kiện bảo hiểm, thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền giảm bồi thường bảo hiểm tương ứng với tỉ lệ giữa mức phí bảo hiểm đang nhận và phí bảo hiểm đáng lẽ sẽ nhận nếu như được biết về việc tăng rủi ro bảo hiểm kịp thời do được thông báo.
8. Điều khoản về tăng rủi ro bảo hiểm sẽ không được áp dụng, nếu như việc tăng rủi ro đã xảy ra vì lý do ngăn ngừa hoặc làm giảm thiệt hại cao hơn, hoặc do hậu quả sự kiện bảo hiểm, hoặc do hậu quả hành vi thực hiện vì tính nhân đạo.

Điều 9 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 10 Phạm vi bảo hiểm

1. Bảo hiểm được ký kết trong phạm vi "chăm sóc y tế toàn diện", được cung cấp trên quy mô tương tự như bảo hiểm y tế công cộng, thế nhưng có những điểm đàm phán loại trừ bảo hiểm và mức giới hạn thực hiện trả bảo hiểm. Như vậy bảo hiểm không đảm bảo việc thanh toán trong phạm vi cũng như mức độ như bảo hiểm y tế công cộng, và cũng

không giống bảo hiểm cho trường hợp bệnh tật theo điều §2847 và những điều khoản khác của bộ luật dân sự, theo nội dung hiện hành.

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) chi phí để mua thuốc trên cơ sở toa thuốc của bác sĩ;
 - j) khám kiểm tra, nếu lần điều trị chẩn đoán đầu tiên đã được doanh nghiệp bảo hiểm thanh toán; k) điều trị nha khoa do hậu quả bị tai nạn.
5. Bảo hiểm còn được áp dụng cho:
 - a) chăm sóc có sự giám sát thường xuyên liên quan đến bệnh tật và thương tích mà nguyên nhân của chúng xuất hiện sau khi bắt đầu bảo hiểm ;
 - b) 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.
 - c) tất cả mọi chăm sóc y tế mà người được bảo hiểm sẽ thực hiện liên quan đến vấn đề mang thai và sinh đẻ tại CH Séc tại những cơ sở y tế có hợp đồng với doanh nghiệp bảo hiểm hoặc ở cơ sở y tế khác đã được doanh nghiệp bảo hiểm phê duyệt trước. Việc chăm sóc này được hiểu là tất cả các kỳ kiểm tra y tế mà người được bảo hiểm thực hiện trong quá trình mang thai, sinh đẻ, nằm viện điều trị ngay sau khi đẻ và khám phụ khoa tiếp theo lần đầu tiên sau sáu tuần được cho xuất khỏi nhà hộ sinh;
 - d) 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.
6. Bảo hiểm cũng được áp dụng cho chăm sóc phòng ngừa trong phạm vi dưới đây:
 - a) đối với trẻ em từ 0 đến 5 năm tuổi tất cả các cuộc khám phòng ngừa tại bác sĩ đa khoa, giới hạn tối đa là 3.000 Kč mỗi năm bảo hiểm (điều kiện là ký hợp đồng bảo hiểm cho thời gian ít nhất là 12 tháng);
 - b) đối với trẻ em dưới 18 tuổi kiểm tra phòng ngừa một lần trong quá trình năm bảo hiểm tại bác sĩ đa khoa;
 - c) đối với người lớn kiểm tra phòng ngừa một lần trong quá trình hai năm bảo hiểm tại bác sĩ đa khoa;
 - d) đối với phụ nữ từ 15 tuổi kiểm tra phòng ngừa một lần trong quá trình năm bảo hiểm tại
1. bác sĩ phụ khoa ;
 - e) kiểm tra phòng ngừa một lần trong quá trình năm bảo hiểm tại bác sĩ nha khoa;
 - f) tiêm chủng bắt buộc với mức giới hạn tối đa 1.000 Kč mỗi năm bảo hiểm.
7. 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.
8. 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;
9. 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 Thời gian chờ đợi

1. Thời gian chờ đợi chỉ áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm ký kết trong phạm vi "chăm sóc y tế toàn diện". Thời gian bắt đầu tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm.
2. Đối với chăm sóc y tế liên quan đến việc mang thai theo điều 10 khoản 5, mục c) của VPP áp dụng thời gian chờ đợi 3 tháng, tức là không được coi là sự kiện bảo hiểm, nếu như việc mang thai của người được bảo hiểm và việc chăm sóc liên quan đã hình thành trước khi hết tháng thứ ba của thời gian chờ đợi.
3. Đối với chăm sóc y tế liên quan đến việc sinh đẻ và chăm sóc y tế sau đó theo điều 10 khoản 5, mục c) của VPP áp dụng thời gian chờ đợi 8 tháng, tức là việc sinh đẻ và việc chăm sóc hậu sản tiếp theo có liên quan đến việc sinh đẻ không là sự kiện bảo hiểm, nếu như việc sinh đẻ đã xảy ra trước khi hết tháng thứ tám của thời gian chờ đợi.
4. Thời gian chờ đợi theo khoản 2 và 3 của điều này sẽ không áp dụng trong trường hợp chữa trị cần thiết khi tính mạng của người mẹ và trẻ em bị đe dọa trong trường hợp xuất hiện tình huống phức tạp khi mang thai, khi đó việc bồi thường bảo hiểm sẽ được thanh toán trong phạm vi „chăm sóc y tế cần thiết và cấp bách“.
5. Thời gian chờ đợi không áp dụng nếu như người được bảo hiểm đã có bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài của doanh nghiệp bảo hiểm ít nhất một năm ngay trước khi bắt đầu bảo hiểm lần kế tiếp.

Điều 13 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.
1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

10. 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 14 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 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.
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 15 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) cổ 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, thùy 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 16 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 tủy 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, lọc máu thận, nhiễm HIV, AIDS.
2. Đối với những người không thể bảo hiểm được sẽ không hình thành việc bảo hiểm.

Điều 17 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 tổ 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 18 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 14, 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 19 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.

- 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 ghi danh hoặc bảo hiểm, và ủy quyền họ để cung cấp tất cả những thông tin cần thiết cho doanh nghiệp bảo hiểm.
- 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 20 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 Kč
Cấp bản sao văn bản đề xuất/ hợp đồng từ các kho lưu trữ bên ngoài	100 Kč
Cấp giấy chứng nhận trả phí bảo hiểm (theo yêu cầu)	50 Kč
Kết thúc bảo hiểm trong trường hợp không còn quyền lợi có thể bảo hiểm	40 % phí bảo hiểm chưa sử dụng

Điều 21 Thủ tục pháp lý, tổng đạt

- 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 bằng thông báo.
- 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.
- 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.
- 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 văn bản đó.
- 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.
- 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 22 Điều khoản cuối

- Trong hợp đồng có thể có sự chênh lệch, nếu như mục đích và tính chất của bảo hiểm yêu cầu.
- 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. 9. 2017.
- 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.
- 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.

Điều khoản thỏa thuận cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Standard

Những điều khoản thỏa thuận này là phần không thể tách rời của hợp đồng bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài. Nguyên tắc chung của bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài do hãng bảo hiểm ERGO pojišťovna, a. s. cung cấp được quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - Welcome 170901 (tiếp theo chỉ viết tắt „VPP”).

komplexní zdravotní Khác với điều 10, khoản 1 của VPP, gói bảo hiểm Welcome Standard được áp dụng trong phạm vi „chăm sóc y tế cần thiết và cấp bách” và không phải trong phạm vi „chăm sóc y tế toàn diện”.

1. Khác với điều 10, khoản 9 của VPP, thỏa thuận là tổng số tiền bồi thường bảo hiểm cho một sự kiện bảo hiểm được giới hạn bởi số tiền 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
2. Bảo hiểm không được áp dụng cho những chi phí để chữa trị những bệnh có thể chữa bằng những thuốc và công cụ bán tự do.
3. Bảo hiểm không được áp dụng để thanh toán những chi phí cho những thuốc viết toa để điều trị ngoại trú.
4. Khác với điều 10, khoản 4 mục j) của VPP, bảo hiểm không áp dụng cho kỳ khám bệnh kiểm tra kế tiếp.
5. Bảo hiểm không áp dụng cho chăm sóc y tế dựa theo điều 10 khoản 5 và 6 của VPP, ngoại trừ điều trị cần thiết trong trường hợp đe dọa đến tính mạng do hậu quả phản ứng dị ứng, nếu như đó là lần xuất hiện đầu tiên loại dị ứng này ở người được bảo hiểm.
6. 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 khoản thỏa thuận cho Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Plus

Những điều khoản thỏa thuận này là phần không thể tách rời của hợp đồng bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài. Nguyên tắc chung của bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài do hãng bảo hiểm ERGO pojišťovna, a. s. cung cấp được quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - Welcome 170901 (tiếp theo chỉ viết tắt „VPP”).

komplexní zdravotní Khác với điều 10, khoản 1 của VPP, gói bảo hiểm Welcome Standard được áp dụng trong phạm vi „chăm sóc y tế cần thiết và cấp bách” và không phải trong phạm vi „chăm sóc y tế toàn diện”.

1. Bảo hiểm không áp dụng cho chăm sóc y tế dựa theo điều 10 khoản 5 mục a) VPP (chăm sóc có sự giám sát thường xuyên)
2. Khác với điều 10, khoản 5 mục b) của VPP, bảo hiểm không áp dụng cho kỳ khám dị ứng hoặc miễn dịch kế tiếp.
3. Bảo hiểm không áp dụng cho chăm sóc y tế dựa theo điều 10 khoản 5 mục a) của VPP (mang thai) ngoại trừ chữa trị cần thiết khi tính mạng của người mẹ và trẻ em bị đe dọa trong trường hợp xuất hiện tình huống phức tạp khi mang thai.
4. Bảo hiểm không áp dụng cho chăm sóc y tế dựa theo điều 10 khoản 5 mục d) VPP (điều trị nha khoa, ngoại trừ điều trị nha khoa sau khi bị tai nạn), nếu như bảo hiểm không được ký kết cho thời gian ít nhất một năm.
5. Bảo hiểm không áp dụng cho chăm sóc y tế dựa theo điều 10 khoản 6 của VPP (chăm sóc phòng ngừa)

Điều khoản thỏa thuận cho Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Baby

Những điều khoản thỏa thuận này là phần không thể tách rời của hợp đồng bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài. Nguyên tắc chung của bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài do hãng bảo hiểm ERGO pojišťovna, a. s. cung cấp được quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - Welcome 170901 (tiếp theo chỉ viết tắt „VPP”).

Bảo hiểm được ký kết trong phạm vi "chăm sóc y tế toàn diện", theo điều 10 của VPP.

1. Đối với bảo hiểm đã ký trong gói bảo hiểm này không áp dụng thời gian chờ đợi cho việc mang thai theo điều 12, khoản 2 của VPP.
2. Đối với bảo hiểm đã ký trong gói bảo hiểm này không áp dụng thời gian chờ đợi cho sinh đẻ và chăm sóc hậu sản kế tiếp theo điều 12, khoản 3 của VPP.
3. Phạm vi bảo hiểm trong gói bảo hiểm này được mở rộng sang cả chăm sóc y tế cho tất cả trẻ em mới ra đời của người được bảo hiểm trong vòng một tháng tuổi. Chăm sóc này được cung cấp trong phạm vi "chăm sóc y tế toàn diện" và được hiểu là nằm viện liên tục sau khi sinh, một lần kiểm tra phòng ngừa do bác sĩ đa khoa thực hiện sau khi rời nhà hộ sinh và tiêm chủng bắt buộc với giới hạn tối đa 1000 Kč.

Điều khoản thỏa thuận cho Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài trong gói Welcome Dítě+

Những điều khoản thỏa thuận này là phần không thể tách rời của hợp đồng bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài. Nguyên tắc chung của bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài do hãng bảo hiểm ERGO pojišťovna, a. s. cung cấp được quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - Welcome 170901 (tiếp theo chỉ viết tắt „VPP”).

Bảo hiểm được ký kết trong phạm vi "chăm sóc y tế toàn diện", theo điều 10 của VPP.

1. Khác với điều 10, khoản 6 của VPP, bảo hiểm áp dụng cho tất cả các kỳ kiểm tra phòng ngừa kể tiếp kể cả tiêm chủng do bác sĩ đa khoa thực hiện và bác sĩ nha khoa trong phạm vi giống như bảo hiểm y tế công cộng của công dân CH Séc.

Tổng quan thông tin phạm vi bảo hiểm

Gói Welcome	Chăm sóc y tế toàn diện			Chăm sóc sức khỏe khi cần thiết và cấp bách	
	Komplex	Baby	Dítě +	Standard	Plus
Tổng giới hạn cho sự kiện bảo hiểm	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Vận chuyển về phương diện y tế	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Hồi hương thi hài	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Khám răng - tai nạn	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč
Các dịch vụ nha khoa khác	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	không	6.000 Kč
Thuốc viết toa để điều trị ngoại trú	có	có	có	không	có
Chữa trị những bệnh có thể chữa được bằng thuốc bán tự do	có	có	có	không	có
Mang thai, tình huống phức tạp khi mang thai, sinh đẻ	có ¹	có	không	không	không ²
Chăm sóc trẻ sơ sinh	không	có	không	không	không
Dịch vụ hỗ trợ	có	có	có	có ³	có
Chăm sóc phòng ngừa, tiêm chủng	có ⁴	có ⁴	có ⁵	không	không
Chăm sóc có sự giám sát thường xuyên	có	có	có	không	không

¹ áp dụng thời gian chờ đợi 3 và 8 tháng cho việc mang thai và sinh đẻ,

² không áp dụng trong trường hợp đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng,

³ chỉ trong trường hợp giá cả của việc điều trị không quá 5.000 Kč,

⁴ mức giới hạn theo điều 10, khoản 6 của VPP,

⁵ trong phạm vi giống như bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc ČR