

A photograph of a young man and woman smiling and looking to the left. The woman is wearing a white halter-neck top and sunglasses. The man is wearing a white and brown striped t-shirt and sunglasses. They are outdoors, likely on a beach, with a thatched roof visible in the background.

Welcome

Загальні умови
медичного
страхування іноземців
(Welcome 230901)

Діють з 1.9.2023

SV.
pojišťovna

Медичне страхування іноземців



Інформація про страховий продукт Компанія: SV

pojišťovna, a.s., Чеська Республіка

Продукт: Welcome

Повну переддоговірну та договірну інформацію про продукт можна знайти в Загальних умовах страхування (ЗУС) для медичного страхування для іноземців Welcome 230901.

<https://www.svpojištovna.cz/zdravotni-pojisteni-cizincu/welcome/>

Що це за страхування?

Продукт Welcome призначений для іноземців, які постійно проживають у Чеській Республіці.



Що є предметом страхування?

- ✓ Страхування медичних витрат внаслідок хвороби або нещасного випадку.
- ✓ Витрати, пов'язані з репатріацією.
Предмет страхування та ліміт відшкодування залежать від обраного тарифу.
- ✓ Комплексне медичне обслуговування – тарифи Komplex, Prenatal, Baby, Дитина+ – ліміт відшкодування становить 400 000 EUR.
- ✓ Необхідна та невідкладна допомога – тарифи Standard та Plus – ліміт відшкодування 60 000 – 80 000 EUR.
- ✓ Вагітність, пологи та догляд за новонародженим – тариф Baby – ліміт відшкодування 400 000 EUR, догляд за новонародженим – ліміт складає 300 000 EUR.
- ✓ Вагітність, пологи – тариф Prenatal – ліміт відшкодування становить 400 000 EUR.



Що не покриває страхування?

- ✗ Якщо в договорі страхування не обумовлено інше, медичне страхування іноземців не поширюється на випадки, передбачені в Загальних умовах страхування Welcome 230901 ч. I ст. 15.



Чи є обмеження страхового покриття?

- ! Не можуть бути застраховані особи з важкими нервовими розладами та психічними розладами, а також з такими захворюваннями, як глухота, сліпота, наркотична або алкогольна залежність, а також з такими захворюваннями, як рак, ВІЛ тощо.
- ! Страхування не покриває лікування захворювань, нещасних випадків та інших груп діагнозів, які існували до початку страхування.
- ! Страхування не поширюється на медичне обслуговування, яке не оплачується для громадян Чеської Республіки, які беруть участь у державному медичному страхуванні відповідно до чинних загальнообов'язкових правових норм.
- ! Страхування не покриває витрати на косметичне лікування та його наслідки, хіропрактичні процедури чи терапію.
- ! Страхування не покриває виготовлення та коригування протезів, ортезів, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів та подібних пристроїв.
- ! Страхування не покриває переривання вагітності, за винятком випадків, коли йдеться про загрозу життю чи здоров'ю жінки або генетично неповноцінний розвиток плоду, тобто якщо переривання вагітності не є виправданим з медичної точки зору.
- ! Страхування не покриває лікування безпліддя або стерильності та штучне запліднення.
- ! Страхування не покриває медичну процедуру та її можливі наслідки, якщо застрахований їздив у Чеську Республіку чи за кордон з метою проходження цієї медичної процедури.



У яких випадках на мене поширюється страхове покриття?

- ✓ Страхування покриває страхові випадки, що сталися на території Чеської Республіки, а також під час поїздки з Чеської Республіки до інших країн Шенгенської зони.



Які мої обов'язки?

- Як страхувальник, так і застрахована особа зобов'язані правдиво і повністю відповідати на всі питання, поставлені страховиком при укладанні договору страхування.
- Страхувальник і застрахована особа зобов'язані без зволікання письмово повідомляти страховика про будь-яку зміну, що стосується застрахованої особи, страхування та зміни страхового ризику, тобто, наприклад, повідомляти страховика про зміну місця проживання, адреси доставки, повідомляти страховика про припинення страхового інтересу тощо.
- У разі настання страхового випадку застрахована особа, страхувальник або уповноважена особа зобов'язана негайно повідомити страховика про настання страхового випадку.
- Інші обов'язки страхувальника та застрахованої особи викладені в Загальних умовах страхування Welcome 230901, частина I, стаття 17.



Коли і як здійснювати оплату?

Страховий внесок може бути узгоджений тільки як одноразовий та сплачується в день початку страхування, коли укладається договір страхування. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий внесок за весь період дії договору страхування одразу. Якщо страховий внесок сплачується через фінансову установу, банк або оператора поштової зв'язки, страховий внесок вважається сплаченим у день зарахування повної суми на відповідний рахунок страховика, відкритий у фінансовій установі, або у день сплати повної суми готівкою страховику або особі, уповноваженій страховиком на одержання страхового внеску. Страхові внески, сплачені без або з неправильним варіабельним символом, вважаються несплаченими.



Коли починається та коли закінчується страхове покриття?

Страхування починається і закінчується в день і час, зазначені в договорі страхування як початок і кінець страхування, а для договорів страхування, укладених дистанційним способом, узгоджується, що це застосовується тільки в тому випадку, якщо перший страховий внесок був сплачений до узгодженого початку страхування і договір страхування (оферта) був прийнятий страхувальником у запропонованому обсязі шляхом сплати першого внеску.



Як я можу розірвати договір?

Обидві сторони можуть припинити страхування:

Протягом двох місяців з дати укладення договору страхування. З дня вручення повідомлення починається восьмиденний період повідомлення, після чого страхування припиняється.

Без пояснення причини протягом чотирнадцяти днів з дати укладення договору страхування або з дня повідомлення стороні умов страхування, якщо договір страхування укладено у формі дистанційної операції або поза межами службових приміщень страховика.

Страхування припиняється також у разі припинення страхового інтересу. Припиненням страхового інтересу вважається наступне:

- участь у державному медичному страхуванні в Чеській Республіці відповідно до Закону № 48/1997 Зб. зак. про державне медичне страхування;
- відмова у наданні дозволу на перебування на території Чеської Республіки;
- закінчення терміну дії дозволу на перебування на території Чеської Республіки;
- припинення проживання на території Чеської Республіки.

Страховик має право на страховий внесок до моменту, коли він дізнався про припинення страхового інтересу.

Плата за дострокове розірвання договору становить 40% від невикористаного внеску, а застрахована особа зобов'язана повернути страховику всі документи, що підтверджують дійсність страхування.

У разі припинення страхування у зв'язку зі смертю застрахованої особи страховик має право на отримання одноразового страхового внеску в повному обсязі. Додаткова інформація про припинення страхування викладена у Загальних умовах страхування Welcome 230901, частина I, стаття 5.

Інформація про захист персональних даних клієнта

Цим ми повідомляємо вам про обробку ваших персональних даних і про ваші права відповідно до Загального регламенту захисту даних 2016/679 (далі - GDPR).

Хто відповідає за обробку ваших персональних даних (адміністратор даних)?

SV pojišťovna, a.s.
BB Centrum будова BETA
Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

Тел.: +420 221 585 111
info@svpojistovna.cz

Ви можете зв'язатися з нашим спеціалістом із захисту персональних даних за вказаною вище адресою або електронною поштою dpo@svpojistovna.cz.

З якою метою та на якій правовій підставі обробляються ваші персональні дані?

Ми обробляємо ваші персональні дані відповідно до вимог Регламенту ЄС GDPR, Закону про обробку персональних даних, а також положень Закону про страхування щодо захисту персональних даних та іншого відповідного законодавства.

Ваші персональні дані потрібні нам для оцінки страхового ризику та укладення договору страхування, адміністрування договору страхування та пов'язаної з ним документації, надсилання страхових полісів, розгляду страхового випадку або надання страхового відшкодування. Все спілкування з нами відстежується та архівується, включаючи дзвінки клієнтів. Укладення договору страхування, адміністрування договору страхування та врегулювання страхового випадку неможливі без обробки персональних даних. Ми також можемо обробляти ваші персональні дані, наприклад, для виконання нормативних вимог, для статистики страхування або для розробки нових тарифів.

У випадку переддоговірних переговорів або виконання договору ваші персональні дані обробляються на законних підставах на підставі статті 6(1)

(b) GDPR. У разі необхідності обробки особливих категорій персональних даних, таких як дані про стан здоров'я, ми запитаємо вашу згоду на переддоговірному етапі відповідно до статті 9(2)(a) GDPR та статті 7 GDPR. Після укладення договору страхування правовою підставою для обробки медичних даних стає стаття 9(2)(f) GDPR.

Ми також обробляємо персональні дані для захисту законних інтересів SV pojišťovna або третьої сторони (ст. 6(1)(f) GDPR), це може бути необхідно, наприклад:

- для забезпечення IT-операцій та їх безпеки,
- для прямого маркетингу наших власних страхових продуктів,
- для профілактики та розслідування, зокрема, якщо є підозра щодо зловживання у сфері страхування.

Право на заперечення

Ви маєте право заперечити проти обробки ваших персональних даних у прямому маркетингу, а також проти використання профілювання в прямому маркетингу. Якщо ми обробляємо персональні дані для захисту законних інтересів, ви можете заперечити проти такої обробки ваших персональних даних, включаючи профілювання, з огляду на вашу конкретну ситуацію. Ми також обробляємо персональні дані під час виконання юридичних зобов'язань, таких як зобов'язання перед Чеським національним банком як наглядовим органом або з метою виконання податкових зобов'язань або виконання зобов'язань щодо архівування. Правовою основою для такої обробки є юридичні зобов'язання, що містяться у відповідних законах разом із статтею 6(1)(c) GDPR.

Кому ми надсилаємо ваші персональні дані?

Перестраховальник

Страхові ризики, які ми беремо на себе, далі страхуються спеціалізованими страховими компаніями – так званими перестраховальними компаніями. Для отримання інформації про страховий випадок і ризик, пов'язаний з ним, може

знадобитися передати перестраховику договір страхування або дані про страховий випадок.

Страхові посередники

Якщо ви оформляєте страховку через страхового посередника, він буде обробляти ваші персональні дані з метою укладення договору, а потім передасть їх нам. У свою чергу, посередник отримає від нас ваші персональні дані в обов'язку, необхідному для надання вам консультацій у вигляді рекомендацій або порад, а також для фінансового адміністрування.

Обробка персональних даних у страховій групі SV rojišť'ovna

У рамках групи SV rojišť'ovna деякі специфічні завдання виконуються централізовано, наприклад, резервне копіювання даних або технічна підтримка інформаційної системи управління та ліквідації страхування, але завжди в межах Європейської економічної зони.

Зовнішні постачальники послуг

Щоб виконати наші договірні та юридичні зобов'язання, ми співпрацюємо з обраними зовнішніми постачальниками послуг, які можуть обробляти персональні дані.

Перелік обробників доступний на сайті svpojistovna.cz/o-spolecnosti/ochrana-osobnich-udaju/ або за запитом.

Постачальники медичних послуг

При укладанні договору страхування або при настанні страхового випадку може виникнути необхідність запросити у лікаря медичну документацію або медичний висновок.

Фінансова установа

Якщо ваш договір страхування вінкюльований на користь іншої фінансової установи, ваші персональні дані передаються цій установі в необхідному обсязі.

Інші одержувачі

Ми можемо бути зобов'язані передати ваші особисті дані іншим одержувачам, наприклад, Чеському національному банку, податковій адміністрації або нотаріусу.

Які ще джерела персональних даних ми

використовуємо? Обмін даними між страховими

компаніями

Якщо, наприклад, необхідно оцінити або доповнити персональні дані щодо страхового випадку або іншої відповідної події, пов'язаної з вашим страхуванням, можна обмінюватися інформацією з іншими страховими компаніями в необхідному обсязі.

Обмін даними з вашим роботодавцем

Якщо ваш роботодавець укладає договір страхування з вами як застрахованою особою, також передаються ваші персональні дані.

Як ми передаємо персональні дані в треті країни?

Якщо ми передаємо персональні дані за межі Європейської економічної зони (ЄЕЗ), то тільки на підставі рішення Комісії про адекватність рівня захисту персональних даних у цій третій країні або на підставі наявності інших правових гарантій (наприклад, стандартних договірних положень або договору між державними органами). Третьою країною, до якої ми передаємо персональні дані в певних процедурах, є, зокрема, Сполучені Штати Америки. Детальну інформацію можна отримати за контактами, вказаними вище.

Чи відбувається автоматизоване прийняття рішень/профілювання?

На основі персональних даних ми приймаємо повністю автоматизовані рішення, наприклад, про укладення договору страхування або розмір страхового внеску – зокрема, при оформленні страхування онлайн, що важливо для прискорення процесу. Ми також використовуємо профілювання, наприклад, у прямому маркетингу в інтернет-середовищі, щоб гарантувати, що ми звертаємося до вас тільки з актуальною для вас страховою пропозицією, а також для дотримання певних юридичних зобов'язань, таких як заходи проти легалізації доходів, одержаних злочинним

шляхом, та фінансування тероризму. Автоматизовані рішення базуються на правилах, які ми визначаємо заздалегідь – наприклад, на алгоритмах страхування.

Як довго ми зберігаємо персональні дані?

Ми зберігаємо персональні дані протягом дії договору страхування або розслідування страхового випадку. Ми також зберігаємо персональні дані на підставі положень Цивільного кодексу – період архівування з моменту припинення страхування або врегулювання страхового випадку може становити до 17 років. Ми також зберігаємо персональні дані з метою виконання встановлених законом обов'язків щодо архівування, викладених, зокрема, в податкових нормах, Законі про бухгалтерський облік та Законі про деякі заходи проти легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом, та фінансування тероризму.

Які у вас є права?

Окрім права на заперечення, як зазначено вище, ви маєте право на доступ до своїх персональних даних та їх виправлення, право на видалення та право на обмеження обробки, а також право на перенесення даних. Якщо ви хочете отримати доступ до своїх персональних даних або виправити їх, будь ласка, використовуйте контактну інформацію, вказану вище. Якщо обробка персональних даних здійснюється на підставі вашої згоди, ви маєте право відкликати цю згоду в будь-який час.

Як подати скаргу щодо обробки моїх персональних даних?

Ви можете звернутися до нашого уповноваженого з питань захисту персональних даних за адресою dpo@svpojistovna.cz або в Управління з питань захисту даних за адресою: Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.

Інформацію про захист персональних даних клієнтів можна знайти на сайті svpojistovna.cz/o-spolecnosti/ochrana-osobnich-udaju/.

Інформація для тих, хто зацікавлений в оформленні договору страхування (до укладення договору страхування)

1. Інформація про страховика

А) Назва та організаційно-правова форма страховика

SV pojišťovna, a.s., ідентифікаційний номер: 618 58 714, здійснює страхову діяльність та діяльність, пов'язану зі страхуванням та перестраховуванням, у розумінні Закону № 277/2009 Зб. зак., про страхування, в чинній редакції.

В) Адреса місцезнаходження страховика

Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4, Чеська Республіка

С) Реєстрація в торговому реєстрі

комерційний реєстр Міського суду в Празі, відділ В, файл 2740,

Д) Назва та місцезнаходження органу, відповідального за нагляд за діяльністю страховика

Чеський національний банк, адреса: Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

Е) Контактні дані та спосіб подання скарг

По телефону: +420 221 585 111

електронною поштою: info@svpojistovna.cz

електронною поштою:

stiznosti@svpojistovna.cz Веб-сайт:

www.svpojistovna.cz

Листом: за місцезнаходженням страховика

Особисто: в офісі або філії страховика (список філій див. на сайті www.svpojistovna.cz). Ви також можете

звернутися зі скаргою у Чеську асоціацію страхових компаній або Чеський національний банк.

Для позасудового врегулювання споживчих спорів компетентним органом у сфері страхування життя є Фінансовий арбітр, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, а в інших галузях страхування – Чеська торгова інспекція, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Ф) Мова спілкування між Сторонами

Чеська мова

Г) Інформація про платоспроможність та фінансовий стан страховика

доступна на сайті www.svpojistovna.cz в розділі O společnosti/Zákonné informace.

Н) Контактні дані щодо порядку реалізації права на отримання страхового відшкодування

По телефону: + 420 221 585 111

Веб-сайт: www.svpojistovna.cz

2. Інформація про зобов'язання

А) Визначення медичного страхування для іноземців

Об'єктом страхування є доведені витрати, пов'язані з перебуванням застрахованої особи на території Чеської Республіки (далі – ЧР) або її поїздкою до інших країн Шенгенської зони, понесені в рамках медичних витрат застрахованої особи внаслідок її хвороби або нещасного випадку, а також витрати, пов'язані з її репатріацією. Це страхування, яке організовує SV pojišťovna, a.s., регулюється Законом № 89/2012 Зб. законів, Цивільний кодекс, в чинній редакції (далі – «ЦК») та іншими загальнообов'язковими правовими актами Чеської Республіки, Загальними умовами медичного страхування іноземців – WELCOME 230901 (далі – «ЗУС»), договором страхування та будь-якими іншими договірними домовленостями.

В) Хто може бути страхувальником

Страхувальниками можуть бути тільки фізичні особи, які проживають на території Чеської Республіки, або юридичні особи, які мають місцезнаходження або філію на території Чеської Республіки, на яку поширюється страхування.

С) Особи, які не підлягають страхуванню

Не можуть бути застраховані:

- Особи з важкими нервовими розладами – до них відносяться, зокрема, розлади, які тягнуть за собою важкі фізичні обмеження або обмеження в повсякденному житті та трудовій діяльності. Ці розлади включають, крім іншого, стадії розсіяного склерозу, бічного аміотрофічного склерозу (БАС), хворобу Паркінсона, постінсультні стани з обмеженням рухливості, епілепсію, новоутворення (пухлини) центральної нервової системи, полінейропатію з обмеженням рухливості, важкі травми головного або спинного мозку з обмеженням рухливості, депресію, напади втрати свідомості та запаморочення;

- b) особи з психічними захворюваннями – це, зокрема, маніакально-депресивний психоз, шизофренічні та параноїдальні розлади, хвороба Альцгеймера та інші форми деменції, психоорганічний синдром, синдром Дауна, гідроцефалія, аутизм;
- D) Особи з такими захворюваннями та обмеженнями: глухота (двостороння), сліпота (двостороння), параліч, наркотична, алкогольна залежність та токсикоманія, цироз печінки, онкологічні захворювання, злоякісні новоутворення (карцинома), туберкульоз, нирковий діаліз, ВІЛ-інфекція, СНІД. Обсяг страхового покриття та територіальне охоплення

Страховання можна оформити в рамках «комплексної медичної допомоги», яка надається в обсязі, аналогічному державному медичному страхуванню, але з обумовленими виключеннями зі страхування та з обумовленими лімітами виплат страхового відшкодування. Тобто, страхування не забезпечує покриття в обсязі або в розмірі, який би покривався державним медичним страхуванням, і не є ідентичним страхуванню на випадок хвороби відповідно до § 2847 та наст. ЦК. Страхування також може бути укладене в обсязі «необхідної та невідкладної» медичної допомоги. Територіальне охоплення страхування більш детально визначене в статті 3 ЗУС.

Е) Винятки зі страхування

Страховання не передбачає покриття: лікування захворювань, травм та інших груп діагнозів, що існували до початку страхування; медичного обслуговування, яке не оплачується для громадян Чеської Республіки, які беруть участь у державному медичному страхуванні в розумінні загальнообов'язкових правових норм; медичної допомоги, яка надається застрахованій особі в медичному закладі, який за замовчуванням не надає цю допомогу громадянам Чеської Республіки, які беруть участь у державному медичному страхуванні, у розумінні загальнообов'язкових правових норм, за винятком гострої загрози життю (наприклад, деякі приватні клініки), та вартості ліків, придбаних застрахованим без рецепта лікаря.

Інші винятки перелічені в статті 15 ЗУС.

У тарифі Welcome Komplex для медичної допомоги, пов'язаної з вагітністю, діє тримісячний період очікування від початку страхування, а для пологів і подальшого медичного обслуговування – вісім місяців від початку страхування, тобто страховим випадком є не вагітність застрахованої особи та пов'язаний з нею догляд, яка безперечно виникла до закінчення третього місяця періоду страхування, ані пологи, що відбулися до кінця восьмого місяця періоду страхування, ані наступний післяпологовий догляд, який пов'язаний з пологами, про які йдеться.

Ф) Строк дії договору страхування, період страхування

Страховання починається і закінчується в день і час, зазначені в договорі страхування як початок і кінець страхування, а для договорів страхування, укладених дистанційним способом, узгоджується, що це застосовується тільки в тому випадку, якщо перший страховий внесок був сплачений до узгодженого початку страхування і договір страхування (оферта) був прийнятий страхувальником у запропонованому обсязі шляхом сплати першого внеску. В іншому випадку договір страхування не буде укладений. Страхування укладається на певний строк і закінчується в день і час, зазначені в договорі страхування як дата закінчення страхування. Період страхування означає період страхування, на який укладається договір страхування. Страхування не може бути оформлене заднім числом.

Мінімальний термін страхування за програмами Welcome Standard та Welcome Plus становить 1 місяць, за програмою Welcome Komplex – 4 місяці, за програмами Welcome Baby та Welcome Dítě+ – 12 місяців.

Г) Способи припинення страхування, розірвання договору страхування

Страховання припиняється за згодою між страхувальником і страховиком; після закінчення строку страхування; у разі припинення страхового інтересу; у разі настання страхового випадку; у разі смерті застрахованої особи або припинення юридичної особи без правонаступника та/або у разі смерті чи припинення страхувальника; після закінчення трьох місяців з дня укладення договору страхування, якщо не було отримано згоди застрахованої особи, якщо така згода є обов'язковою згідно з загальнообов'язковими правовими нормами; у разі відмови страховика у виплаті страхового відшкодування відповідно до статті 5 ЗУС.

Крім того, страхування може бути припинене за ініціативою страховика або страхувальника. Страхувальник або страховик може розірвати договір страхування з восьмиденним терміном повідомлення протягом двох місяців з дня укладення договору страхування або з місячним терміном повідомлення протягом трьох місяців з дня повідомлення про настання страхового випадку. Крім того, страхувальник може розірвати договір страхування з восьмиденним терміном повідомлення, якщо страховик порушив принцип рівного ставлення при визначенні розміру страхового внеску або при розрахунку розміру страхового відшкодування; протягом одного місяця з дня отримання повідомлення про передачу страхового портфеля або його частини або про перетворення страховика; або протягом одного місяця з дати публікації повідомлення про відкликання дозволу на здійснення страхової діяльності.

Страховання припиняється також у разі відмови від договору страхування на дату укладення договору страхування. Страхувальник має право відмовитися від договору страхування:

- без пояснення причини протягом чотирнадцяти днів з дати укладення договору страхування або з дня повідомлення йому умов страхування, якщо договір страхування укладено у формі дистанційної операції або поза межами службових приміщень;
- якщо страховик або його уповноважений представник при укладанні або зміні договору страхування навмисно або з необережності дав неправдиві або неповні відповіді на письмові запитання страхувальника, що стосуються страхування. Цим правом страхувальник може скористатися протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про такий факт;
- якщо страховик повинен був знати про невідповідність запропонованого страхування вимогам заявника під час укладання договору страхування і не звернув на це увагу страхувальника. Цим правом страхувальник може скористатися протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про такий факт. Страховик має право відмовитися від договору страхування, якщо страхувальник або застрахована особа при укладанні або зміні договору страхування навмисно або з необережності надасть неправдиві або неповні відповіді на письмові запитання страховика, що стосуються страхування, якщо у разі надання правдивих і повних відповідей на ці запитання страховик не уклав би договір страхування. Цим правом страховик може скористатися протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про такий факт. Відмова страхувальника від договору страхування повинна бути оформлена в письмовій формі та надіслана на адресу страховика. Страховик зобов'язаний без невинуватої затримки, але не пізніше одного місяця з дня отримання заяви про відмову від договору страхування, повернути страхувальнику сплачений страховий внесок за вирахуванням того, що він вже виплатив за договором страхування, а страхувальник, застрахована особа або бенефіціар, залежно від обставин, зобов'язаний у той самий строк повернути страховику суму страхового відшкодування, що перевищує суму сплаченого страхового внеску. Право на відмову від договору страхування втрачає силу, якщо воно не було реалізоване у відповідний строк для окремих підстав для відмови від договору страхування, як описано вище. Бланк заяви про відмову від договору страхування можна знайти на сайті www.svojistovna.cz в розділі Klientův servis (Обслуговування клієнтів) або в офісі чи філії страховика.

Н) Інформація про розмір страхових платежів та ліміти покриття

Страховий внесок - це плата за страхування, що надається страховиком в обсязі, погодженому в договорі страхування. Розмір страхового внеску визначається страховиком відповідно до обсягу страхування, обраного особою, яка бажає укласти договір страхування, і завжди повідомляється їй до укладення договору страхування. Розмір страхового внеску залежить від обраного тарифу, віку застрахованої особи та обсягу страхування. Ліміти страхового покриття залежать від обраного обсягу страхового покриття, див. таблиці на останніх сторінках ЗУС. У страхових внесках на медичне страхування іноземців надбавки за витрати розраховуються у розмірі 45% від страхового внеску.

Ліміти страхового покриття залежать від обраного обсягу страхового покриття, див. Інформаційний огляд обсягу страхування.

І) Способи сплати та строки сплати страхових внесків

Страховий внесок може бути сплачений лише одноразово. Одноразовий внесок сплачується в день початку страхування. Страхувальник повинен сплатити страховий внесок за весь період страхування відразу при укладанні договору страхування. Якщо страховий внесок сплачується через фінансову установу, банк або оператора поштового зв'язку, страховий внесок вважається сплаченим у день зарахування повної суми на відповідний рахунок страховика, відкритий у фінансовій установі, або у день сплати повної суми готівкою страховику або особі, уповноваженій страховиком на одержання страхового внеску. Перший страховий внесок також може бути сплачений готівкою. Страховий внесок повинен бути сплачений у національній валюті, якщо не обумовлено інше. Страхові внески, сплачені без або з неправильним варіабельним символом, вважаються несплаченими.

Ж) Збори

Страховик не стягує ніяких спеціальних зборів за використання засобів дистанційного зв'язку. Додатково до страхового платежу стягуються такі збори:

Обробка відмови від договору страхування протягом 2 місяців з моменту укладення договору страхування	40% від невикористаного страхового внеску
Видача дублікату полісу / поточний статус договору з системи	50 CZK
Видача фотокопії пропозиції/договору із зовнішнього архіву	100 CZK
Видача довідки про сплату страхового внеску (на вимогу)	50 CZK
Припинення страхування в разі припинення страхового інтересу	40% від невикористаного страхового внеску

К) Право, що застосовується до договору страхування, вирішення спорів

Всі договори страхування, укладені з SV rojišť'ovna, a.s., регулюються правовими нормами Чеської Республіки. Спори розглядатимуться судами Чеської Республіки. Зацікавлена особа може за запитом отримати додаткову інформацію про медичне страхування для іноземців. Якщо договір страхування був укладений у дистанційній формі, страхувальник має право отримати умови страхування в друкованому вигляді в будь-який час протягом терміну дії договору страхування.

Л) Метод визначення розміру страхового відшкодування

Метод визначення розміру страхового відшкодування - у розмірі реальної шкоди або у розмірі повної страхової суми, вказаної у договорі, в залежності від конкретного покриття, див. відповідні статті ЗУС.

М) Наслідки порушення страхових зобов'язань

Страховик звертає увагу на формулювання статті 18 ЗУС щодо наслідків, які виникають при порушенні зобов'язань за договором страхування.

Загальні умови медичного страхування іноземців - WELCOME 230901	5
Частина I. Вступні положення	5
Стаття 1 Предмет страхування	5
Стаття 2 Страховий випадок	5
Стаття 3 Територіальна дійсність страхування	5
Стаття 4 Початок та строк дії страхування	5
Стаття 5 Припинення страхування	5
Стаття 6 Страховий інтерес	6
Стаття 7 Страхування ризиків третіх осіб та страхування на користь третіх осіб.....	6
Стаття 8 Зміна страхового ризику.....	7
Стаття 9 Страховий внесок.....	7
Стаття 10 Обсяг страхування.....	7
Стаття 11 Служба страхової підтримки	8
Стаття 12 Період очікування.....	8
Стаття 13 Виплата та строк здійснення виплати страхового відшкодування	8
Стаття 14 Відмова у виплаті страхового відшкодування та зменшення розміру страхового відшкодування	9
Стаття 15 Винятки зі страхування	9
Стаття 16 Особи, які не підлягають страхуванню	10
Стаття 17 Обов'язки страхувальника та застрахованої особи	10
Стаття 18 Наслідки порушення зобов'язань	11
Стаття 19 Повноваження страховика щодо з'ясування та перевірки відомостей про страхувальника та застраховану особу....	11
Частина II. Прикінцеві положення	11
Стаття 20 Збори	11
Стаття 21 Судочинство, вручення документів	12
Стаття 22 Прикінцеві положення	12
Частина III. Тлумачення термінів	12
Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Standard.....	13
Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Plus	13
Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Baby	13
Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Dîtê+	14
Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Prenatal	14
Інформаційний огляд обсягу страхування.....	15

Загальні умови медичного страхування іноземців - WELCOME 230901

Діють з 01.09.2023

Частина I. Вступні положення

Для медичного страхування іноземців, організованого компанією SV rojišt'ovna, a.s. (надалі іменованій «страховик»), діє Закон № 89/2012 Зб., Цивільний кодекс, в чинній редакції (надалі іменованій «ЦК»), відповідні положення Закону № 277/2009 Зб., про страхування, в чинній редакції, ці Загальні умови медичного страхування іноземців – WELCOME 230901 (надалі іменовані «ЗУС»), які є невід'ємною частиною договору страхування, а також будь-які інші договірні положення, які також є невід'ємною частиною договору страхування. Страхування відповідає умовам закону № 326/1999 Зб. зак., про перебування іноземців, у чинній редакції.

Страховальниками можуть бути тільки фізичні особи, які проживають на території Чеської Республіки, або юридичні особи, які мають місцезнаходження або філію на території Чеської Республіки, на яку поширюється страхування.

Стаття 1 Предмет страхування

1. Об'єктом страхування є медичні витрати, понесені застрахованою особою внаслідок хвороби або нещасного випадку під час перебування на території Чеської Республіки, якщо не вказано інше.
2. Предметом страхування також є витрати, пов'язані з репатріацією застрахованої особи.
3. Страхування за цими ЗУС здійснюється як страхування зі страховим відшкодуванням у розмірі реальної шкоди.

Стаття 2 Страховий випадок

1. Страховим випадком в рамках медичного страхування іноземців вважається доведена вартість медичних витрат, понесених застрахованою особою в період дії страхування.

Стаття 3 Територіальна дійсність страхування

1. Страхування покриває страхові випадки, що сталися на території Чеської Республіки, а також під час поїздок з Чеської Республіки до інших країн Шенгенської зони. Якщо страхування було укладено за тарифами Welcome Komplex, Welcome Baby та Welcome Dítě+, при виїзді з Чеської Республіки на територію інших країн Шенгенської зони страховий захист надається тільки в обсязі «необхідної та невідкладної медичної допомоги» за тарифом Welcome Plus.
2. Якщо інше не обумовлено договором страхування, страхування не поширюється на страхові випадки, що виникають:
 - а) в країнах, громадянином яких є застрахована особа;
 - б) в країнах, де застрахована особа є учасником державного медичного страхування або має право на безкоштовне медичне обслуговування.
 - в) при виїзді з Чеської Республіки до інших країн Шенгенської зони у зв'язку з виконанням роботи або іншої діяльності за винагороду.

Стаття 4 Початок та строк дії страхування

1. Страхування починається в день і час, зазначені в договорі страхування як початок страхування, а для договорів страхування, укладених дистанційним способом, узгоджується, що це застосовується тільки в тому випадку, якщо перший страховий внесок був сплачений до узгодженого початку страхування і договір страхування (оферта) був прийнятий страховальником у запропонованому обсязі шляхом сплати першого внеску. В іншому випадку договір страхування не буде укладений. Страховий захист надається при одночасному виконанні таких умов:
 - а) настала зазначена в договорі страхування дата і час початку страхування і
 - б) страховий внесок був сплачений в повному обсязі.
2. Страхування укладається на певний період часу, тривалість страхування обмежена кількістю днів, зазначених у договорі страхування. Страхування припиняється в день і час, зазначені в договорі страхування як дата закінчення страхування. Якщо медичне обслуговування продовжується навіть після закінчення терміну страхування, а застрахована особа не має права на репатріацію, страховик надає страховий захист, доки стан застрахованої особи не буде дозволяти транспортування, але протягом максимального періоду 4 тижнів (тобто 28 днів) після закінчення страхування.

Стаття 5 Припинення страхування

1. Страхування може бути припинено за згодою між страховиком і страховальником.
2. Страхування припиняється після закінчення періоду страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.
3. Страхування припиняється у разі припинення страхового інтересу. Типовими прикладами припинення страхового інтересу є такі ситуації:
 - а) переведення застрахованої особи на державне медичне страхування
 - б) відхилення заяви на отримання візи або закінчення терміну дії візи на перебування на території Чеської Республіки,
 - в) припинення перебування на території Чеської Республіки з інших причин, ніж відмова у видачі візи або закінчення терміну дії візи на перебування на території Чеської Республіки.Страховик має право на страховий внесок до моменту, коли він дізнався про припинення страхового інтересу. У зв'язку з припиненням страхування стягується плата у розмірі 40% від невикористаного страхового внеску.
4. Страхування припиняється після закінчення тримісячного терміну з дня укладення договору страхування, якщо не буде доведена згода застрахованої особи, якщо така згода вимагається відповідно до загальнообов'язкових правових норм.
5. Страхування припиняється в день відмови страховика у виплаті страхового відшкодування, якщо причиною відмови була подія:
 - а) про яку страховику стало відомо вже після настання страхового випадку,
 - б) про яку страховик не міг дізнатися під час укладення договору страхування або внесення змін до нього внаслідок порушення страховальником обов'язку щодо правдивого інформування; та
 - в) через яку, якби вона була відома страховику під час укладення договору страхування, він не уклав би договір страхування або уклав би його на інших умовах.

6. Обидві сторони можуть припинити страхування:
 - а) протягом двох місяців з дати укладення договору страхування. З дня вручення повідомлення починається восьмиденний період повідомлення, після чого страхування припиняється. У зв'язку з припиненням страхування стягується плата у розмірі 40% від невикористаного страхового внеску;
 - б) протягом трьох місяців з дати повідомлення про страховий випадок. З дня вручення повідомлення починається місячний термін повідомлення, після чого термін страхування закінчується.
7. Страхувальник може припинити страхування з восьмиденним терміном повідомлення:
 - а) протягом двох місяців від дня, коли йому стало відомо, що страховик порушив принцип рівного ставлення, викладений у ЦК, при визначенні розміру страхового внеску або при розрахунку розміру страхового відшкодування;
 - б) протягом одного місяця з дня отримання повідомлення про передачу страхового портфеля або його частини або про перетворення страховика;
 - с) протягом одного місяця з дня опублікування повідомлення про відкликання дозволу страховика на здійснення страхової діяльності.
8. Страховик може припинити страхування:
 - а) протягом одного місяця з дня отримання повідомлення про зміну обсягу страхового ризику відповідно до статті 8(5) ЗУС, якщо він не уклав би договір страхування, якби такий страховий ризик існував на момент укладення договору страхування. З дня вручення повідомлення починається восьмиденний період повідомлення, після чого термін страхування закінчується;
 - б) протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про збільшення страхового ризику, якщо він не був повідомлений про таку зміну страхувальником або застрахованою особою. У день вручення повідомлення страхування припиняється.
9. Страхувальник має право відмовитися від договору страхування:
 - а) без пояснення причини протягом чотирнадцяти днів з дати укладення договору страхування або з дня повідомлення стороні умов страхування, якщо договір страхування укладено у формі дистанційної операції або поза межами службових приміщень;
 - б) якщо страховик або його уповноважений представник при укладанні або зміні договору страхування навмисно або з необережності дав неправдиві або неповні відповіді на письмові запитання страхувальника, що стосуються страхування. Цим правом страхувальник може скористатися протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про такий факт;
 - с) якщо страховик повинен був знати про невідповідність запропонованого страхування вимогам заявника під час укладання договору страхування і не звернув на це увагу страхувальника. Цим правом страхувальник може скористатися протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про такий факт.
10. Страховик має право відмовитися від договору страхування, якщо страхувальник або застрахована особа при укладанні або зміні договору страхування навмисно або з необережності надасть неправдиві або неповні відповіді на письмові запитання страховика, що стосуються страхування, якщо у разі надання правдивих і повних відповідей на ці запитання страховик не уклав би договір страхування. Цим правом страховик може скористатися протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про такий факт.
11. Відмова страхувальника від договору страхування повинна бути оформлена в письмовій формі та надіслана на адресу страховика. Страховик зобов'язаний без невинуватої затримки, але не пізніше одного місяця з дня отримання заяви про відмову від договору страхування, повернути страхувальнику сплачений страховий внесок за вирахуванням того, що він вже виплатив за договором страхування, а страхувальник, застрахована особа або бенефіціар, залежно від обставин, зобов'язаний у той самий строк повернути страховику суму страхового відшкодування, що перевищує суму сплаченого страхового внеску.
12. Право на відмову від договору страхування втрачає силу, якщо воно не було реалізоване протягом зазначеного терміну.
13. Страхування також припиняється у разі припинення страхового ризику, смерті застрахованої особи або у день припинення юридичної особи без правонаступника, смерті або припинення страхувальника у розумінні статті 7(4) ЗУС.
14. У разі припинення або відмови від договору страхування страховик має право на страховий внесок до кінця строку страхування.

Стаття 6 Страховий інтерес

1. Страховий інтерес - це законна потреба в захисті від наслідків страхового випадку, яка є основною умовою укладення та дії страхування.
2. Страховим інтересом страхувальника є його власне життя та здоров'я. Вважається, що страхувальник також має страховий інтерес щодо життя та здоров'я третьої особи, якщо він може довести, що інтерес залежить від відносин із цією особою (тобто спорідненість, умовна вигода чи вигода від продовження життя цієї особи тощо).
3. Страхувальник має страховий інтерес у власному майні. Вважається, що страхувальник також має страховий інтерес щодо майна третьої особи, якщо він доведе, що без його існування та збереження йому загрозувала б пряма втрата майна.
4. Страховий інтерес страхувальника вважається доведеним, якщо застрахована особа дала згоду на страхування.
5. Якщо страхувальник не мав страхового інтересу і страховик знав або повинен був знати про це при укладенні договору страхування, договір страхування є недійсним.
6. Якщо страхувальник свідомо застрахував неіснуючий страховий інтерес, але страховик не знав або не міг знати про це, договір страхування є недійсним. У такому випадку страховик має право на винагороду в розмірі страхового внеску до моменту, коли йому стало відомо про недійсність.
7. Якщо страховий інтерес закінчується під час дії страхування, страхування також припиняється. У такому випадку страховик має право на страховий внесок до моменту, коли йому стало відомо про припинення страхового інтересу.

Стаття 7 Страхування ризиків третіх осіб та страхування на користь третіх осіб

1. Якщо страхувальник укладає на свою користь договір страхування, який покриває страховий ризик як можливу причину страхового випадку з третьою особою, він може скористатися правом на страхове відшкодування, якщо доведе, що він повідомив третю особу про зміст договору страхування і що третя особа, знаючи, що вона не набуде права на страхове відшкодування, погоджується, що страхувальник отримає страхову виплату. Якщо застрахованою особою є нащадок страхувальника, який не є повністю дієздатним, спеціальної згоди не потрібно, якщо страхувальник сам є законним представником застрахованої особи і не йдеться про страхування майна.
2. Якщо згода застрахованої особи або її законного представника, залежно від обставин, необхідна і якщо страхувальник не надасть докази такої згоди протягом трьох місяців з дати укладення договору страхування, після закінчення цього строку страхування припиняється. Якщо протягом цього періоду страховий випадок настане без надання згоди застрахованою особою, застрахована особа набуває право на отримання страхового відшкодування.
3. Якщо страхувальник передає договір страхування без згоди застрахованої особи або її законного представника, то передача договору страхування не береться до уваги. Це правило не застосовується, якщо правонаступником є особа, згода якої не потрібна для страхування ризику застрахованої особи.

4. У день смерті страхувальника або в день припинення його діяльності без правонаступника застрахована особа вступає в страхування, але якщо вона протягом тридцяти днів з дня смерті страхувальника або з дня його припинення письмово повідомить страховика про те, що вона не зацікавлена в продовженні страхування, то страхування припиняється в день смерті або в день припинення страхувальника. Наслідки невиконання зобов'язань по відношенню до застрахованої особи не вступають в силу до закінчення п'ятнадцяти днів з дня, коли застрахованій особі стало відомо про те, що вона уклала договір страхування.
5. Якщо договір страхування укладено на користь третьої особи, то ця особа може висловити свою згоду на це додатково при реалізації права на страхове відшкодування. Третя особа має право на отримання страхового відшкодування, якщо застрахована особа або її законний представник, залежно від обставин, після ознайомлення зі змістом договору страхування, надав згоду третій особі на отримання страхового відшкодування.
6. Якщо укладено страхування ризиків третіх осіб на користь третьої особи, положення пунктів 1-4 цієї статті застосовуються *mutatis mutandis*.

Стаття 8 Зміна страхового ризику

1. Якщо обставини, які були зазначені в договорі страхування або які були доведені до відома страховика при укладанні або зміні договору страхування, змінюються настільки істотно, що збільшується ймовірність настання страхового випадку, пов'язаного з чітко обумовленою небезпекою, страховий ризик збільшується.
2. Страхувальник не має права без згоди страховика вчиняти дії, що збільшують страховий ризик, або дозволяти третім особам вчиняти такі дії; якщо він лише згодом виявить, що допустив збільшення страхового ризику без згоди страховика, він зобов'язаний негайно повідомити про це страховика. Якщо страховий ризик збільшується незалежно від волі страхувальника, страхувальник зобов'язаний негайно повідомити про це страховика, як тільки йому стане про це відомо. Якщо застрахований страховий ризик третіх осіб, цей обов'язок має застрахована особа.
3. Якщо страховик уклав би договір страхування на інших умовах, якби страховий ризик на момент укладення договору страхування вже був би більшим, страховик має право запропонувати новий розмір страхового внеску. Якщо він не зробить цього протягом одного місяця з дня, коли йому було повідомлено про зміну, його право втрачає силу.
4. Якщо пропозиція про збільшення страхового внеску відповідно до пункту 3 цієї статті не буде прийнята протягом одного місяця з дня вручення пропозиції про збільшення страхового внеску або якщо новий визначений страховий внесок не буде сплачений протягом одного місяця з дня вручення пропозиції про збільшення страхового внеску, страховик має право припинити страхування, повідомивши про це за вісім днів до дати припинення. Це право страховика втрачається, якщо страховик не припинить страхування протягом двох місяців з дня, коли він отримав незгоду з пропозицією про збільшення страхового внеску або якщо строк для прийняття пропозиції марно минув.
5. Якщо страховик не уклав би договір страхування, враховуючи умови, що діяли на момент укладення договору страхування, якщо страховий ризик вже був збільшений на момент укладення договору страхування, він має право припинити страхування з восьмиденним терміном повідомленням. Якщо страховик не припинить страхування протягом одного місяця з дня, коли йому було повідомлено про зміну страхового ризику, його право припинити страхування таким чином втрачається.
6. Якщо страхувальник або застрахована особа порушує обов'язок повідомити про збільшення страхового ризику, страховик має право припинити страхування без строку повідомлення. Якщо страховик припиняє страхування, він має право на страховий внесок до кінця страхового періоду, в якому припинилося страхування; одноразовий страховий внесок в цьому випадку повністю належить страховику. Якщо страховик не припинить страхування протягом двох місяців з дня, коли йому стало відомо про збільшення страхового ризику, його право припинити страхування втрачається.
7. Якщо страхувальник або застрахована особа порушує обов'язок повідомити про збільшення страхового ризику і якщо страховий випадок настає після зміни, страховик має право зменшити страхове відшкодування пропорційно відношенню отриманого ним страхового внеску до внеску, який він отримав би, якби вчасно дізнався про збільшення страхового ризику з повідомлення.
8. Положення про збільшення страхового ризику не застосовуються, якщо збільшення ризику пов'язане з запобіганням або зменшенням більшого збитку, або в результаті страхового випадку, або в результаті гуманних дій.

Стаття 9 Страховий внесок

1. Страховик має право на страховий внесок протягом усього строку страхування, якщо не обумовлено інше.
2. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий внесок у встановленому розмірі.
3. Страховий внесок сплачується готівкою або на рахунок, вказаний страховиком, із зазначенням варіабельного символу, яким є номер договору страхування. Страхові внески, сплачені без або з неправильним варіабельним символом, вважаються несплаченими.
4. Страховий внесок узгоджується як одноразовий страховий внесок.
5. Страховий внесок сплачується в день початку страхування.
6. Страховий внесок вважається сплаченим:
 - а) при оплаті банківським переказом - коли відповідна сума страхового внеску зарахована на рахунок страховика під правильним варіабельним символом, однак при оплаті першого страхового внеску внесок вважається сплаченим, коли відповідна сума внеску списана з рахунку, з якого сплачується внесок;
 - б) у разі оплати поштою - в день платежу у поштовому відділенні;
 - в) у разі сплати готівкою - в день сплати представнику страховика з виданою квитанцією про оплату
7. Розмір страхового внеску залежить від віку застрахованої особи, обраного тарифу та тривалості страхування.
8. Якщо стався страховий випадок, внаслідок якого страхування припинилося, страховик має право на страховий внесок до кінця періоду страхування, в якому стався страховий випадок; в такому випадку страховик має право на одноразовий внесок за весь період, на який було укладено договір страхування, якщо не було домовлено про інше.

Стаття 10 Обсяг страхового покриття

1. Страхування оформлюється в рамках «комплексної медичної допомоги», яка надається в обсязі, аналогічному державному медичному страхуванню, але з обумовленими виключеннями зі страхування та з обумовленими лімітами страхових виплат. Тобто, страхування не забезпечує покриття в обсязі або в розмірі, який би покривався державним медичним страхуванням, і не є ідентичним страхуванню на випадок хвороби відповідно до § 2847 та наст. ЦК, в чинній редакції.
2. Страхування покриває лікування захворювань, нещасних випадків та інших груп діагнозів, які виникли після початку страхування.
3. Страхування покриває тільки медичне лікування, надане уповноваженим медичним персоналом.
4. Страхування покриває:

- a) амбулаторне лікування;
 - b) ліки, що відпускаються за рецептом лікаря; до ліків не відносяться допоміжні препарати, навіть якщо вони призначені лікарем і містять лікувальні елементи, профілактичні ліки, косметичні препарати та засоби;
 - c) медичні вироби, пов'язані з лікуванням застрахованої особи (гіпсова пов'язка, бандаж, милиці тощо);
 - d) фізичну терапію, якщо вона призначена лікарем, наприклад, променева терапія, теплове лікування тощо;
 - e) діагностичні дослідження (рентген, ЕЕГ, ЕКГ тощо);
 - f) у разі стаціонарного лікування - стандартне розміщення в лікарні згідно з правилами місцевого законодавства, яка перебуває під постійним медичним наглядом, має достатню лікувально-діагностичну базу, працює згідно із загальноприйнятими науковими методами та веде облік;
 - g) витрати на транспортування до найближчої відповідної лікарні або лікаря за медичними показаннями;
 - h) невідкладні операції;
 - i) вартість ліків, що відпускаються за рецептом;
 - j) повторні обстеження, якщо перше лікування відповідного діагнозу було покрито страховиком;
 - k) лікування зубів в результаті нещасного випадку.
5. Страхування також покриває:
- a) диспансерний догляд при захворюваннях і травмах, причина яких виникла після початку страхування;
 - b) лікування у зв'язку з алергією, якщо у застрахованої особи вперше виникла алергія відповідного типу, включаючи будь-які подальші необхідні алергологічні або імунологічні обстеження, але не покриває медикаменти та будь-які допоміжні препарати, пов'язані з відповідним діагнозом;
 - c) все медичне обслуговування, яке застрахована особа отримує у зв'язку з вагітністю та пологами на території Чеської Республіки в договірному закладі страховика або в іншому закладі, заздалегідь узгодженому зі страховиком. Під цим обслуговуванням маються на увазі всі медичні обстеження, які застрахована особа проходить під час вагітності, пологи, подальша безперервна післяпологова госпіталізація та перший гінекологічний контрольний огляд на шостому тижні після виписки з пологового будинку;
 - d) стоматологічне лікування з метою знеболення, просте пломбування зубів і необхідний ремонт зубних протезів, загальною вартістю до 6 000 чеських крон на страховий рік для окремої застрахованої особи за всіма її договорами страхування.
6. Страхування також покриває профілактичне обслуговування в такому обсязі:
- a) для дітей віком від 0 до 5 років - всі профілактичні огляди у терапевта з максимальним лімітом 3 000 крон на рік страхування (за умови укладення договору страхування мінімум на 12 місяців);
 - b) для дітей віком до 18 років - один профілактичний огляд у терапевта протягом страхового року;
 - c) для дорослого - профілактичний огляд у терапевта один раз на два страхові роки;
 - d) для жінок віком від 15 років - профілактичний огляд у гінеколога один раз протягом страхового року;
 - e) профілактичний огляд у стоматолога один раз протягом страхового року;
 - f) обов'язкові щеплення до максимального ліміту 1 000 чеських крон на рік страхування.
7. Страховик надає страхові відшкодування за надану медичну допомогу в максимальному обсязі, на який мають право громадяни Чеської Республіки, які беруть участь у державному медичному страхуванні в розумінні чинного законодавства.
8. Якщо застрахована особа помирає внаслідок нещасного випадку або хвороби, відшкодовуються розумні та обґрунтовані понесені витрати на:
- a) кремацію у місці смерті;
 - b) репатріацію, тобто вартість тимчасової труни, бальзамування та транспортування останків згідно з чинним законодавством.
9. Загальне страхове відшкодування на один страховий випадок обмежене сумою 400 000 євро. Ця сума є граничною і не може бути перевищена в сумі індивідуальних витрат на медичне лікування, включаючи будь-яку репатріацію.

Стаття 11 Служба страхової підтримки

1. Служба страхової підтримки - послуга, що надається застрахованій особі у зв'язку з договором страхування і забезпечується договірним партнером страховика.
2. Служба страхової підтримки або інший уповноважений іноземний представник страховика має право діяти від імені страховика у разі всіх випадків виникнення шкоди або страхових випадків і рекомендувати або шукати відповідний медичний заклад.
3. Допомога служби страхової підтримки надається у разі необхідності:
 - a) транспортування, переведення, перевезення у разі захворювання або травми застрахованої особи;
 - b) транспортування останків застрахованої особи;
 - c) гарантування страхового захисту та відшкодування страховиком витрат на лікування.

Стаття 12 Період очікування

1. Період очікування стосується лише страхування, укладеного в рамках покриття «комплексна медична допомога». Він починається з дня початку страхування.
2. Тримісячний період очікування поширюється на медичне обслуговування, пов'язане з вагітністю, згідно зі ст. 10(5)(c) ЗУС, тобто вагітність застрахованої особи та пов'язане з нею медичне обслуговування, яка беззаперечно настала до закінчення третього місяця страхового періоду, не є страховим випадком.
3. На пологи та подальше медичне обслуговування відповідно до статті 10(5)(c) ЗУС поширюється період очікування 8 місяців, тобто пологи, що відбулися до закінчення восьмого місяця страхового періоду, а також подальше післяпологове обслуговування, пов'язане з цими пологами, не є страховим випадком.
4. Період очікування, зазначений у пунктах 2 і 3 цієї статті, не застосовується у випадку необхідного лікування у разі загрози життю матері та дитини у випадку ускладнень вагітності, коли страхове відшкодування буде покрито відповідно до обсягу «необхідної та невідкладної медичної допомоги».
5. Період очікування не застосовується, якщо застрахована особа мала у страховика медичне страхування іноземців протягом щонайменше одного року безпосередньо перед початком страхування.

Стаття 13 Виплата та строк здійснення страхових виплат

1. Якщо страховий випадок настане після початку дії страхового захисту, страховик виплачує страхове відшкодування на умовах,

- визначених у договорі страхування. Страхове відшкодування виплачується в Чеській Республіці в національній валюті та надається застрахованій особі або особі, яка має право на отримання страхового відшкодування. Для перерахунку іноземної валюти використовується обмінний курс, офіційно оголошений Чеським національним банком на дату настання страхового випадку.
- Верхня межа страхового відшкодування встановлюється страховою сумою і може бути обмежена лімітом страхового відшкодування.
 - Страховик повинен завершити розслідування та повідомити його результати уповноваженій особі протягом 3 місяців з дати повідомлення страховика про страховий випадок. Якщо страховик не може завершити розслідування протягом цього строку, він повинен повідомити особу, яка має або мала право на страхове відшкодування, про причини, через які розслідування не може бути завершено, і, на її вимогу, надати їй розумний аванс, якщо для відмови в цьому немає обґрунтованих підстав. Цей строк не відраховується, якщо розслідування стало неможливим або ускладнюється з вини уповноваженої особи, страхувальника або застрахованої особи. Страхове відшкодування підлягає виплаті протягом 15 робочих днів після завершення закінчення розслідування, необхідного для визначення обсягу зобов'язань страховика. Розслідування закінчується, як тільки страховик повідомляє про його результати уповноваженій особі.
 - Страховик має право відстрочити виплату страхового відшкодування або авансового платежу страхового відшкодування, якщо:
 - є сумніви щодо обґрунтованості виплати страхового відшкодування, доки не будуть надані необхідні докази;
 - проти страхувальника або застрахованої особи розпочато кримінальне, адміністративне або інше судочинство у зв'язку з заявленим страховим випадком до завершення такого судочинства.
 - Якщо страхове відшкодування або авансовий платіж страхового відшкодування було виплачено безпідставно, особа, якій було виплачено страхове відшкодування, зобов'язана негайно повернути його, навіть після закінчення страхування.
 - Якщо витрати на розслідування, понесені страховиком, були викликані або збільшені порушенням обов'язків страхувальником, застрахованою особою або будь-якою іншою особою, яка претендує на отримання страхового відшкодування, страховик має право вимагати від особи, яка порушила свої обов'язки, розумну компенсацію.
 - Якщо у зв'язку зі страховим випадком по відношенню до третьої особи страхувальник має право на грошове відшкодування, яке є предметом цього страхування, його право переходить до страховика, в межах суми страхового відшкодування, виплаченого на підставі договору страхування. Якщо застрахована особа відмовляється від цього права чи вимоги без дозволу страховика, страховик не зобов'язаний виплачувати суму претензії по відношенню до третьої особи. Якщо страхове відшкодування вже виплачено, застрахована особа зобов'язана повернути страхове відшкодування страховику в розмірі суми вимоги по відношенню до третьої особи.
 - Якщо застрахована особа отримає виплату від третьої особи, яка зобов'язана надати таку виплату, страховик має право відповідно зменшити розмір страхового відшкодування. Застрахована особа зобов'язана невідкладно повідомити страховика про цей факт.
 - Якщо застрахована особа має право на відшкодування витрат на медичне обслуговування з державного медичного страхування або аналогічного передбаченого законом страхування, страховик зобов'язаний виплатити лише суму страхового відшкодування, яка перевищує відшкодування з державного медичного страхування або іншого передбаченого законом страхування. Застрахована особа не має права відмовитися від таких своїх прав. Якщо вона це зробить, страховик має право зменшити страхове відшкодування на суму, що відповідає розміру такої вимоги.
 - Права щодо страхових виплат можуть бути передані лише за попередньою письмовою згодою страховика.

Стаття 14 Відмова у виплаті страхового відшкодування та зменшення розміру страхового відшкодування

- Страховик може відмовити у виплаті страхового відшкодування за договором страхування, якщо причиною страхового випадку стала обставина, яка стала йому відома після настання страхового випадку і яку він не міг виявити під час укладання договору страхування або його зміни внаслідок навмисно або з необережності неправдивих або неповних відповідей на письмові запитання, і якщо, якби він знав про цю обставину під час укладання договору страхування, він не уклав би договір або уклав би його на інших умовах.
- У день вручення повідомлення про відмову у виплаті страхового відшкодування згідно з пунктом 1 цієї статті страхування припиняється.
- Якщо при укладанні договору страхування або при внесенні змін до договору страхування страхувальник або застрахована особа порушили будь-яке з зобов'язань, визначених у договорі страхування, і якщо внаслідок цього було встановлено менший страховий внесок, страховик має право зменшити страхове відшкодування на таку частку, яку становить співвідношення страхового внеску, який він отримав, до страхового внеску, який він мав отримати.
- Якщо порушення зобов'язань страхувальника, застрахованої особи або будь-якої іншої особи, яка має право на страхове відшкодування, суттєво вплинуло на настання страхового випадку, його перебіг або збільшення розміру його наслідків, або на визначення чи встановлення розміру страхового відшкодування, страховик може зменшити страхове відшкодування пропорційно до впливу порушення на обсяг зобов'язань. Це також застосовується, якщо порушення обов'язків унеможливило надання доказів настання страхового випадку в розумній цих ЗУС.
- Страховик має право зменшити розмір страхового відшкодування у випадку надання понадстандартної медичної допомоги в необхідному та розумному розмірі згідно з висновком лікаря-спеціаліста, призначеного страховиком.

Стаття 15 Винятки зі страхування

- Страхування не покриває:
 - лікування захворювань, нещасних випадків та інших груп діагнозів, які існували до початку страхування;
 - медичного обслуговування, яке не оплачується для громадян Чеської Республіки, які беруть участь у державному медичному страхуванні відповідно до чинних загальнообов'язкових правових норм;
 - медичного обслуговування, яке надається застрахованій особі в медичному закладі, який зазвичай не надає таке обслуговування громадянам Чеської Республіки, які беруть участь у державному медичному страхуванні відповідно до чинних загальнообов'язкових правових норм (наприклад, деякі приватні клініки або інші медичні заклади, послуги яких не покриваються державним медичним страхуванням), за винятком гострих невідкладних станів, що загрожують життю;
 - вартість ліків, придбаних застрахованою особою без рецепта лікаря;
 - витрати на косметичне лікування та його наслідки, хіропрактичні процедури чи терапію;
 - виготовлення та коригування протезів, ортезів, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів та подібних пристроїв;
 - переривання вагітності, якщо не йдеться про загрозу життю чи здоров'ю жінки або генетично неповноцінний розвиток плоду, тобто про випадки, коли переривання вагітності є медично обґрунтованим;
 - лікування безпліддя або стерильності та штучне запліднення;
 - медичну процедуру та її можливі наслідки, якщо застрахована особа їздила у Чеську Республіку чи за кордон з метою

- проходження цієї медичної процедури;
 - j) вартість лікування, проведеного родичем застрахованої особи (наприклад, чоловіком, дружиною, батьками);
 - k) санаторно-курортне лікування та реабілітаційні заходи;
 - l) витрати на лікування, понесені в результаті застосування лікування, яке професійною медичною спільнотою не вважається процедурою *lege artis*;
 - m) лікування захворювань, поранень та їх наслідків, отриманих під час воєнних дій або участі у масових акціях протесту, громадянської непокори чи інших масових заворушеннях;
 - n) лікування травм, отриманих під час керування транспортним засобом без відповідного дозволу (посвідчення водія), якщо вони сталися за межами території Чеської Республіки;
 - o) транспортування, переведення або перевезення за допомогою санітарної авіації, за винятком випадків, коли таке перевезення було попередньо узгоджене зі службою страхової підтримки;
 - p) регулятивні збори та доплати;
 - q) лікування у зв'язку з вчиненням кримінального правопорушення або проступку, якщо вони настануть за межами Чеської Республіки;
 - г) лікування у зв'язку з самогубством або спробою самогубства, якщо вони настануть за межами Чеської Республіки;
 - s) навмисно спричинені хвороби та травми, якщо вони сталися за межами Чеської Республіки;
 - t) нещасні випадки, спричинені під впливом алкоголю, наркотиків або інших психотропних речовин, якщо вони настануть за межами Чеської Республіки.
2. Страховик не надає страхового відшкодування, якщо застрахована особа відмовляється від репатріації, лікування або необхідних медичних обстежень, які призначені лікарем, призначеним страховиком, або постачальником послуг страхової підтримки страховика.
 3. Страхування не поширюється на травми, отримані під час парашутизму та парапланеризму, стрибків з парашутом з висоти, використання безмоторних літальних апаратів, моторних дельтапланів, надлегких літальних апаратів, ракетопланів, банджи-джампінг, польотів на повітряній кулі, суден на повітряній подушці; крім того, страхування не поширюється на травми, отримані під час виконання обов'язків пілотами, іншими членами екіпажу, а також особами, що виконують свої обов'язки на повітряних суднах; страхування також не покриває дайвінг, включаючи декомпресію, альпінізм, скелелазіння, спуск з льодоспадах та водоспадах, рафтинг, сплав на байдарках і каное, каньйонінг, лижний альпінізм, катання на лижах поза маркованими маршрутами, мотокрос і автоперегони, карате, тхеквондо, айкіддо, кунг-фу, дзюдо, бокс, кікбоксинг тощо.
 4. Страхування не поширюється на спортивну діяльність професійних спортсменів. Відповідно до цих ЗУС, професійним спортсменом вважається той, хто займається спортом за професійним контрактом; той, хто бере участь у змаганнях, перегонах, турнірах або тренінгах чи тренуваннях на рівні Кубку світу, Олімпійських ігор, чемпіонатів світу, континентальних чи національних чемпіонатів.
 5. Окремі види діяльності, перелічені у частинах 3 і 4 цієї статті, можуть бути включені до страхування за письмовою угодою зі страховиком або додатково застраховані з вищим страховим внеском та на умовах згідно з тарифом страховика.

Стаття 16 Особи, які не підлягають страхуванню

1. Особи, які не підлягають страхуванню, тобто, незастраховані:
 - a) Особи з важкими нервовими розладами – до них відносяться, зокрема, розлади, які тягнуть за собою важкі фізичні обмеження або обмеження в повсякденному житті та трудовій діяльності. Ці розлади включають, крім іншого, стадії розсіяного склерозу, бічного аміотрофічного склерозу (БАС), хворобу Паркінсона, постінсультні стани з обмеженням рухливості, епілепсію, новоутворення (пухлини) центральної нервової системи, полінейропатію з обмеженням рухливості, важкі травми головного або спинного мозку з обмеженням рухливості, депресію, напади втрати свідомості та запаморочення;
 - b) особи з психічними захворюваннями – це, зокрема, маніакально, депресивний психоз, шизофренічні та параноїдальні розлади, хвороба Альцгеймера та інші форми деменції, психоорганічний синдром, синдром Дауна, гідроцефалія, аутизм;
 - c) Особи з такими захворюваннями та обмеженнями: глухота (двостороння), сліпота (двостороння), параліч, наркотична, алкогольна залежність та токсикоманія, цирроз печінки, онкологічні захворювання, злоякісні новоутворення (карцинома), туберкульоз, нирковий діаліз, ВІЛ-інфекція, СНІД.
2. Особа, яка не підлягає страхуванню, не може бути застрахована.

Стаття 17 Обов'язки страхувальника та застрахованої особи

1. Страхувальник і застрахована особа зобов'язані правдиво і повно відповідати на всі питання, поставлені страховиком під час переговорів про укладення договору страхування або під час переговорів про внесення змін до договору страхування, а також повідомляти про факти, що мають значення для прийняття страховиком рішення про оцінку страхового ризику, про те, чи слід його страхувати і на яких умовах, включаючи питання, що стосуються стану здоров'я застрахованої особи. Страхувальник і застрахована особа також зобов'язані без невинуватої затримки повідомляти страховика про будь-які зміни, що відбулися протягом періоду страхування, у фактах, про які їх запитували під час переговорів про укладення договору страхування або під час переговорів про зміну договору страхування.
2. Як страхувальник, так і застрахована особа зобов'язані невідкладно в письмовій формі повідомити страховика про будь-яку зміну, що стосується застрахованої особи, страхування та зміни застрахованого ризику, зокрема:
 - a) про зміну місця проживання або адреси доставки документів;
 - b) повідомити страховика про укладення додаткового страхування від тієї ж небезпеки в іншого страховика; при цьому необхідно повідомити назву страховика і розмір страхової суми;
 - c) повідомити і довести страховику припинення страхового інтересу.
3. Як страхувальник, так і застрахована особа зобов'язані вживати розумних заходів для запобігання виникненню загрози збитків і дбати про те, щоб страховий випадок не настав, зокрема, не порушувати обов'язки, спрямовані на запобігання або зменшення ризику, передбачені загальнообов'язковими правовими нормами або договором страхування.
4. У разі настання страхового випадку застрахована особа, страхувальник або уповноважена особа зобов'язана:
 - a) без невинуватої затримки повідомити страховика про настання страхового випадку, надати правдиве пояснення щодо настання та масштабу наслідків страхового випадку, надати всі необхідні оригінали документів та, у разі необхідності, дозволити страховику зробити копії цих документів і діяти в порядку, погодженому в договорі страхування та відповідно до вказівок страховика;
 - b) надати страховику на його вимогу в письмовій формі всю інформацію, необхідну для визначення обсягу зобов'язань страховика щодо здійснення страхової виплати. Запитувана інформація також може бути надана у формі письмового повідомлення представнику страховика. Будь-які витрати, пов'язані з наданням запитуваних документів, несе застрахована

особа або інша уповноважена нею особа. Передані страховику документи стають власністю страховика, і страховик має право ними розпоряджатися;

- c) на вимогу страховика уповноважити представника страховика вимагати всі дані від третіх осіб (зокрема, від лікарів, лікарень, усіх видів медичних установ та страхових компаній) та виконувати дії, пов'язані зі страховим випадком;
 - d) докласти зусиль для того, щоб усі звіти та оцінки, які вимагає страховик, були складені та надіслані страховику без невиправданої затримки;
 - e) довести страховику дату початку поїздки за кордон;
 - f) негайно повідомляти правоохоронні органи про настання страхового випадку, що стався за обставин, що вказують на вчинення злочину або спробу його вчинення;
 - g) забезпечити по відношенню до іншої особи право на відшкодування шкоди або збитку та інші подібні права, а також застосувати право щодо відшкодування шкоди або збитку особі, відповідальній за шкоду або збиток;
 - h) у разі документів іноземною мовою надати страховику офіційний переклад на чеську мову, виготовлений за власний рахунок;
 - i) надавати оригінали рахунків та бухгалтерських документів, які повинні містити ім'я та прізвище пацієнта, діагноз, інформацію про окремі медичні процедури, включаючи вартість лікування, та всі медичні висновки, пов'язані з даним лікуванням;
 - j) надавати рецепти, в яких повинно бути чітко вказано назву призначених ліків, ціну, ім'я та прізвище застрахованої особи та печатку лікаря, який їх виписав;
 - k) у випадку стоматологічного лікування надати страховику медичний висновок із зазначенням ідентифікації окремих зубів та описом проведеного лікування.
5. З метою з'ясування зобов'язання щодо виплати страхового відшкодування страховик може вимагати інші необхідні документи та самостійно проводити необхідні розслідування.

Стаття 18 Наслідки порушення зобов'язань

1. Якщо при укладанні договору страхування або при внесенні змін до договору страхування страхувальник або застрахована особа порушили будь-яке з зобов'язань, визначених у договорі страхування, і якщо внаслідок цього було встановлено менший страховий внесок, страховик має право зменшити страхове відшкодування на таку частку, яку становить співвідношення страхового внеску, який він отримав, до страхового внеску, який він мав отримати.
2. Якщо порушення зобов'язань страхувальника, застрахованої особи або будь-якої іншої особи, яка має право на страхове відшкодування, суттєво вплинуло на настання страхового випадку, його перебіг або збільшення розміру його наслідків, або на визначення чи встановлення розміру страхового відшкодування, страховик може зменшити страхове відшкодування пропорційно до впливу порушення на обсяг зобов'язань. Це також застосовується, якщо порушення зобов'язань унеможливило надання доказів настання страхового випадку в розумінні цих СУЗ.
3. Страховик може відмовитися від договору страхування відповідно до статті 5(10) ЗУС або відмовити у виплаті страхового відшкодування за договором страхування відповідно до статті 14 (1) ЗУС. У такий спосіб можна відмовитися від договору страхування навіть після настання страхового випадку.
4. Якщо в повідомленні про настання страхового випадку міститься завідомо неправдива або грубо перекручена істотна інформація щодо масштабу страхового випадку або якщо в ньому завідомо прихована інформація, що стосується страхового випадку, страховик має право на відшкодування витрат, які він обґрунтовано поніс при розслідуванні фактів, про які повідомлено або інформацію про які від нього було приховано. Вважається, що страховик обґрунтовано поніс витрати в тому обсязі, в якому вони доведені.

Стаття 19 Повноваження страховика щодо з'ясування та перевірки відомостей про страхувальника та застраховану особу

1. Страховик має право з'ясувати та перевіряти всю необхідну інформацію про страхувальника та застраховану особу, пов'язану зі страхуванням. Страхувальник і застрахована особа зобов'язані правдиво і повно відповідати на всі письмові запитання страховика, що стосуються страхування, змін у договорі страхування або у разі настання страхового випадку.
2. Страховик має право запитувати інформацію про стан здоров'я, а також встановлювати стан здоров'я або причину смерті застрахованої особи. Встановлення стану здоров'я або причини смерті здійснюється на підставі звітів та медичної документації, запитаних уповноваженим страховиком медичним закладом у лікуючих лікарів, в тому числі, за необхідності, шляхом огляду чи обстеження, проведеного медичним закладом.
3. Підписанням договору страхування страхувальник і застрахована особа дають згоду на з'ясування страховиком даних про стан здоров'я застрахованої особи та визначення стану здоров'я або причини смерті застрахованої особи, якщо це необхідно для узгодженого виду страхування, а також звільняють лікарів і працівників медичних установ, органів влади та страхових компаній, в яких вони лікувалися, лікуються або будуть лікуватися, перебувати на обліку або бути застрахованими, від зобов'язань щодо дотримання конфіденційності та уповноважують їх надавати всю необхідну інформацію страховику.
4. Страховик також має право з'ясувати та перевіряти трудову та позаробочу діяльність застрахованої особи (мається на увазі заняття спортом чи інші види діяльності, пов'язані з дозволенням). Страховик також має право перевіряти всі відповіді, надані страхувальником та застрахованою особою на письмові запитання страховика.

Частина II. Прикінцеві положення

Стаття 20 Збори

Обробка відмови від договору страхування протягом 2 місяців з моменту укладення договору страхування	40% від невикористаного страхового внеску
Припинення страхування в разі припинення страхового інтересу	40% від невикористаного страхового внеску
Видача дублікату полісу / поточний статус договору з системи	50 CZK
Видача фотокопії пропозиції/договору із зовнішнього архіву	100 CZK
Видача довідки про сплату страхового внеску (на вимогу)	50 CZK

Стаття 21 Судочинство, вручення документів

1. Всі повідомлення від страхувальника або застрахованої особи повинні надсилатися на адресу страховика в письмовій формі. Представники страховика мають право отримати повідомлення, але повідомлення не вважається отриманим доти, доки його не отримає страховик.
2. Повідомлення від страховика страхувальнику або застрахованій особі, як правило, доставляються власником поштової ліцензії. Вони також можуть бути доставлені представником страховика на останню адресу, відому страховику.
3. Посилка, відправлена за допомогою постачальника поштових послуг, вважається отриманою на третій робочий день після відправлення, та на п'ятнадцятий робочий день після відправлення, якщо вона відправлена на адресу в іншій державі.
4. Якщо страхувальник або застрахована особа необґрунтовано відмовляється прийняти документ, документ вважається врученим у день відмови страхувальника або застрахованої особи від його прийняття.
5. Якщо страхувальник або застрахована особа не були присутні, а документ страховика було передано перевізником на зберігання власнику поштової ліцензії або місцевому органу самоврядування, документ страховика вважається врученим в останній день строку його зберігання, навіть якщо страхувальник або застрахована особа не знали про його передачу на зберігання.
6. Якщо страхувальник або застрахована особа не виконає зобов'язання, викладене у статті 17(2)(а) ЗУС, і не повідомить страховику свою нову адресу, документ вважається врученим у день повернення страховику неврученого документа.

Стаття 22 Прикінцеві положення

1. У договорі страхування можна відступити від цих ЗУС, якщо цього вимагає мета та характер страхування.
2. Автентичними вважаються чеський текст ЗУС та договірні положення.
3. Ці ЗУС набувають чинності з 1 вересня 2023 року.
4. Якщо договір страхування має юридичні недоліки, спричинені зміною загального законодавства або іншими причинами, такі юридичні недоліки не можуть бути причиною недійсності або неефективності всього договору страхування. Всі положення договору страхування є відокремлюваними, і якщо будь-яке положення договору страхування стає недійсним, незаконним або таким, що суперечить суспільним інтересам, це не впливає на дійсність інших положень, і договір страхування буде вважатися таким, ніби він ніколи не містив таких недійсних положень. Замість недійсних або неефективних положень сторони зобов'язуються замінити такі положення положеннями, зміст яких дозволяє досягти мети цього договору страхування.
5. Для позасудового врегулювання споживчих спорів компетентним органом у сфері страхування життя є Фінансовий арбітр, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, а в інших галузях страхування – Чеська торгова інспекція, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Частина III. Тлумачення термінів

Служба страхової підтримки – послуга, що надається застрахованій особі у зв'язку з договором страхування і забезпечується договірним партнером страховика.

Звичайний страховий внесок – страховий внесок за узгоджений період страхування.

Період очікування – період, протягом якого страховик не зобов'язаний виплачувати страхове відшкодування у разі настання подій, які в іншому випадку були б страховими випадками.

Поїздки на роботу – регулярні поїздки застрахованої особи для виконання робочої діяльності за межі Чеської Республіки.

Одноразовий страховий внесок – внесок, встановлений за весь період, на який було укладено договір страхування.

Непередбачувана подія – факт, який є можливим і щодо якого немає впевненості, що він взагалі відбудеться в період страхування або час його настання невідомий.

Бенефіціар – особа, визначена страхувальником, до якої внаслідок страхового випадку переходить право на отримання страхового відшкодування у разі смерті застрахованої особи.

Уповноважена особа – особа, яка в результаті страхового випадку набуває право на виплату страхового відшкодування.

Платник страхового внеску – особа, яка за домовленістю зі страхувальником виконує обов'язок сплати страхового внеску або його пропорційної частини, що не впливає на відповідальність страхувальника щодо сплати страхового внеску.

Страховик – компанія SV rojišť'ovna, a.s., ідентифікаційний номер 618 58 714, яка має право здійснювати страхову діяльність відповідно до спеціального закону.

Страховий поліс – письмовий документ, виданий страховиком, який є підтвердженням укладення договору страхування в зазначеному обсязі.

Страхова сума – обумовлена в договорі страхування сума, що являє собою максимальний розмір страхового відшкодування, яке виплачується страховиком у разі настання умов та обставин, визначених у договорі страхування.

Період страхування – період, на який укладено договір страхування.

Страховий захист – загальний обсяг покриття, узгоджений у договорі страхування.

Страховий випадок – непередбачувана подія, з настанням якої, відповідно до умов договору страхування, виникає обов'язок страховика виплатити страхове відшкодування.

Страховий внесок – плата за укладення договору страхування.

Страховий ризик – можлива причина настання страхового випадку.

Період страхування – узгоджений у договорі страхування період часу, за який сплачується звичайний страховий внесок.

Страховий ризик – ступінь ймовірності настання страхового випадку, спричиненого страховим ризиком.

Страхувальник – особа, яка уклала зі страховиком договір страхування і зобов'язана сплатити страховий внесок.

Страховий рік – період від дати початку страхування до наступної дати початку страхування.

Страховий інтерес – законна потреба в захисті від наслідків страхового випадку.

Застрахована особа/застрахований – це особа, чиє життя, здоров'я, майно чи відповідальність чи інша вартість страхового інтересу покривається страхуванням.

Страхування – підтвержене договором страхування зобов'язання страховика і страхувальника, згідно з яким страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхове відшкодування страхувальнику або третій особі, а страхувальник

зобов'язується сплатити страховику визначений договором страховий внесок за наданий страховий захист.

Страховання у розмірі повної страхової суми – страхування, метою якого є здійснення одноразової або багаторазової страхової виплати у разі настання страхового випадку в обумовленому обсязі, де основою для визначення розміру страхового відшкодування та розрахунку страхового відшкодування є визначена договором страхування сума, яка підлягає виплаті страховиком у разі настання страхового випадку, або розмір та періодичність пенсійних виплат.

Страховання від нещасного випадку – страхування, метою якого є відшкодування в обумовленому обсязі втрати майна, що виникла внаслідок страхового випадку.

Репатріація – медичне транспортування застрахованого або його останків до країни походження або до іншої держави, у якій застрахований має дозвіл на проживання.

Країни Шенгенської зони – Бельгія, Чехія, Данія, Естонія, Фінляндія, Франція, Хорватія, Ісландія, Італія, Ліхтенштейн, Литва, Латвія, Люксембург, Угорщина, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Австрія, Греція, Словаччина, Словенія, Іспанія, Швеція, Швейцарія.

Страховий випадок – це факт, внаслідок якого виникла шкода і який може призвести до виникнення права на страхову виплату.

Нещасний випадок – несподівана і раптова дія зовнішніх сил або власної фізичної сили застрахованої особи, що не залежить від волі застрахованої особи, або несподівана і безперервна дія високих або низьких температур, газів, парів, електричного струму і отрут (за винятком мікробних отрут і імунотоксичних речовин), що сталася в період страхування і спричинила тілесні ушкодження або смерть застрахованої особи.

Дата початку дії договору страхування – дата (день і місяць), яка збігається з датою, зазначеною в договорі страхування як початок страхування (також називається дата початку страхування). Якщо в місяці немає такого дня, то такою датою вважається останній день місяця.

Представник страховика – особа, уповноважена діяти від імені страховика.

Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Standard

Ці договірні умови є невід'ємною частиною договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, організованого SV rojišt'ovna, a. s., викладені в Загальних умовах медичного страхування іноземців – Welcome 230901 (далі «ЗУС»).

Як відступ від статті 10(1) ЗУС, узгоджується, що страхування в тарифі Welcome Standard укладається в рамках «необхідної та невідкладної медичної допомоги», а не в рамках «комплексної медичної допомоги».

1. Як відступ від статті 10(9) ЗУС, узгоджується, що загальна страхове відшкодування за один страховий випадок обмежується сумою 60 000 EUR. Ця сума є граничною і не може бути перевищена в сумі індивідуальних витрат на медичне лікування, включаючи будь-яку репатріацію.
2. Страхування не покриває витрати на лікування захворювань, які можна лікувати безрецептурними ліками та засобами.
3. Страхування не покриває вартість амбулаторних рецептурних ліків.
4. Як відступ від статті 10(4)(j) ЗУС, узгоджується, що страхування не покриває повторні обстеження.
5. Страхування не покриває медичне обслуговування згідно зі статтею 10(5) та (6) ЗУС, за винятком необхідного лікування у випадку небезпечної для життя алергічної реакції, якщо це перший випадок даного типу алергії для застрахованої особи.
6. Послуги служби страхової підтримки згідно зі статтею 11 ЗУС надаються застрахованій особі тільки в тому випадку, якщо витрати на лікування застрахованої особи перевищують 5 000 CZK або еквівалент в іноземній валюті. Якщо витрати на лікування застрахованої особи не перевищують 5 000 CZK, а застрахована особа все ж вирішить скористатися службою страхової підтримки, вона зобов'язана оплатити витрати, понесені страховиком у зв'язку з наданням послуг страхової підтримки; ця сума не може бути менше 1 500 CZK. Страховик або служба страхової підтримки може вирахувати ці витрати зі страхового відшкодування.

Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Plus

Ці договірні умови є невід'ємною частиною договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, організованого SV rojišt'ovna, a. s., викладені в Загальних умовах медичного страхування іноземців – Welcome 230901 (далі «ЗУС»).

Як відступ від статті 10(1) ЗУС, узгоджується, що страхування в тарифі Welcome Standard укладається в рамках «необхідної та невідкладної медичної допомоги», а не в рамках «комплексної медичної допомоги».

1. Страхування не покриває медичне обслуговування згідно зі ст. 10(5)(a) ЗУС (диспансерне обслуговування).
2. Страхування не покриває подальші алергологічні та імунологічні обстеження, як відступ від статті 10(5)(b) ЗУС.
3. Страхування не покриває медичну допомогу згідно зі статтею 10(5)(c) ЗУС (вагітність), за винятком необхідного лікування у випадку ускладнень під час вагітності, що загрожують життю.
4. Страхування не покриває медичну допомогу згідно зі статтею 10(5)(d) ЗУС (стоматологічне лікування, за винятком лікування зубів після нещасного випадку), якщо страхування не укладено на термін не менше одного року.
5. Страхування не покриває медичну допомогу згідно зі ст. 10(6) ЗУС (профілактичне лікування).

Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Baby

Ці договірні умови є невід'ємною частиною договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, організованого SV rojišt'ovna, a. s., викладені в Загальних умовах медичного страхування іноземців – Welcome 230901 (далі «ЗУС»).

Страхування покриває все медичне обслуговування, яке застрахована особа отримає у зв'язку з вагітністю та пологами на території Чеської Республіки в договірному закладі страховика або в іншому закладі, заздалегідь узгодженому зі страховиком. Під цим обслуговуванням маються на увазі всі медичні обстеження, які застрахована особа проходить під час вагітності, пологи, подальша безперервна післяпологова госпіталізація та перший гінекологічний контрольний огляд на шостому тижні після виписки з пологового будинку.

Страхування укладається в рамках «комплексної медичної допомоги» згідно зі статтею 10 ЗУС.

1. На страхування, оформлене за цим тарифом, не поширюється період очікування вагітності згідно зі ст. 12(2) ЗУС.
2. На страхування за цим тарифом не поширюється період очікування пологів та подальшого післяпологового догляду згідно зі статтю 12(3) ЗУС.
3. Обсяг страхування за цим тарифом покриває медичне обслуговування всіх новонароджених дітей застрахованої особи віком до одного місяця з лімітом страхового відшкодування 300 000 CZK. Це обслуговування надається в рамках «комплексної медичної допомоги» і означає безперервну післяпологову госпіталізацію, один профілактичний огляд у лікаря загальної практики після виписки з пологового будинку та обов'язкові щеплення на суму до 1 000 CZK.

Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Welcome Dítě+

Ці договірні умови є невід'ємною частиною договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, організованого SV rojišť'ovna, a. s., викладені в Загальних умовах медичного страхування іноземців – Welcome 230901 (далі «ЗУС»).

Страхування укладається в рамках «комплексної медичної допомоги» згідно зі статтю 10 ЗУС.

1. Як відступ від статті 10(б) ЗУС, страхування покриває всі профілактичні огляди, включаючи щеплення, у терапевта і стоматолога в тому ж обсязі, що і державне медичне страхування громадян Чеської Республіки.

Договірні умови медичного страхування іноземців за тарифом Prenatal

Ці договірні умови є невід'ємною частиною договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, організованого SV rojišť'ovna, a. s., викладені в Загальних умовах медичного страхування іноземців – Welcome 230901 (далі «ЗУС»).

Страхування покриває все медичне обслуговування, яке застрахована особа отримає у зв'язку з вагітністю та пологами на території Чеської Республіки в договірному закладі страховика або в іншому закладі, заздалегідь узгодженому зі страховиком. Під цим обслуговуванням маються на увазі всі медичні обстеження, які застрахована особа проходить під час вагітності, пологи, подальша безперервна післяпологова госпіталізація застрахованої особи та перший гінекологічний контрольний огляд на шостому тижні після виписки з пологового будинку.

Страхування укладається в рамках «комплексної медичної допомоги» згідно зі статтю 10 ЗУС з лімітами згідно з тарифом Welcome Complex.

1. На страхування, оформлене за цим тарифом, не поширюється період очікування вагітності згідно зі ст. 12(2) ЗУС.
2. На страхування за цим тарифом не поширюється період очікування пологів та подальшого післяпологового догляду згідно зі статтю 12(3) ЗУС.
3. Обсяг страхування за цим тарифом не поширюється на медичне обслуговування новонароджених дітей застрахованої особи.
4. Мінімальний строк страхування - 12 місяців.
5. Страхування покриває страхові випадки, що сталися на території Чеської Республіки, а також під час поїздок з Чеської Республіки до інших країн Шенгенської зони. При виїзді з Чеської Республіки на територію інших країн Шенгенської зони страховий захист надається тільки в обсязі «необхідної та невідкладної медичної допомоги» за тарифом Welcome Plus.

Інформаційний огляд обсягу страхування

Тариф Welcome	Комплексне медичне страхування				Необхідна та невідкладна допомога	
	Komplex	Prenatal	Baby	Dítě +	Стандартна	Plus
Загальний ліміт на страховий випадок	400 000 EUR	400 000 EUR	400 000 EUR	400 000 EUR	60 000 EUR	80 000 EUR
Шенгенська зона 7)	80 000 EUR	80 000 EUR	80 000 EUR	80 000 EUR	60 000 EUR	80 000 EUR
Медичне транспортування	400 000 EUR	400 000 EUR	400 000 EUR	400 000 EUR	60 000 EUR	80 000 EUR
Репатріація останків	80 000 EUR	80 000 EUR	80 000 EUR	80 000 EUR	60 000 EUR	80 000 EUR
Лікування зубів - травма	6 000 CZK	6 000 CZK	6 000 CZK	6 000 CZK	6 000 CZK	6 000 CZK
Інша стоматологія	6 000 CZK	6 000 CZK	6 000 CZK	6 000 CZK	ні	6 000 CZK
Амбулаторно призначені ліки	так	так	так	так	ні	так
Лікування захворювань, які лікуються безрецептурними препаратами	так	так	так	так	ні	так
Вагітність, ускладнення вагітності, пологи	так ¹⁾	так	так	ні	ні	ні ²⁾
Догляд за новонародженим	ні	ні	300 000 CZK	ні	ні	ні
Служба страхової підтримки	так	так	так	так	так ³⁾	так
Профілактика, щеплення	так ⁴⁾	так ⁶⁾	так ⁴⁾	так ⁵⁾	ні	ні
Диспансерний догляд	так	так	так	так	ні	ні

-
- 1) на вагітність та пологи поширюються періоди очікування 3 та 8 місяців
 - 2) не застосовується у разі гострої загрози життю
 - 3) лише у випадку лікування, вартість якого перевищує 5000 CZK
 - 4) до ліміту згідно зі ст.10(6) ЗУС
 - 5) в тій же мірі, що й державне медичне страхування в Чеській Республіці
 - 6) страхування не поширюється на статтю 10(6)(a) і (b)
 - 7) в межах, передбачених статтею 3(1) ЗУС