

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

Welcome

ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM
CHUNG VỀ BẢO HIỂM Y TẾ
CHO NGƯỜI NƯỚC NGOÀI
- WELCOME 230901

SV.
pojišťovna

Có hiệu lực từ ngày 01/09/2023

Bạn có thể tìm thấy thông tin đầy đủ về sản phẩm trước hợp đồng và hợp đồng trong Điều kiện bảo hiểm chung (VPP) dành cho bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài Welcome 230901.

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

Đây là loại bảo hiểm gì?

Sản phẩm Welcome dành cho người nước ngoài cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc.



Đối tượng bảo hiểm là gì ?

- ✓ Các chi phí y tế do bệnh tật hoặc thương tích.
- ✓ Các chi phí liên quan đến việc hồi hương .

Đối tượng bảo hiểm và giới hạn số tiền bảo hiểm khác nhau tùy theo biểu phí chọn.

- ✓ Chăm sóc sức khỏe toàn diện

- Bảo hiểm toàn diện áp dụng cho các Biểu phí Komplex, Prenatal, Baby, Dítě+

- Giới hạn số tiền bảo hiểm là 400.000 EUR.

- ✓ Chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp - Biểu phí Standard và Plus - giới hạn số tiền bảo hiểm 60.000 EUR - 80.000 EUR.

- ✓ Mang thai, sinh nở và chăm sóc trẻ sơ sinh

- Biểu phí Baby

- Giới hạn số tiền bảo hiểm là 400.000 EUR, số tiền bảo hiểm chăm sóc trẻ sơ sinh là 300.000 Kč.

- ✓ Mang thai, sinh con

- Biểu phí Prenatal

- Giới hạn số tiền bảo hiểm là 400.000 EUR.



Các trường hợp không được bảo hiểm ?

Nếu không có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm, Bảo hiểm y tế cho người nước ngoài không áp dụng cho các trường hợp theo VPP Welcome 230901 Phần I, Điều 15.



Các hạn chế về đối tượng bảo hiểm không?

- Người bị rối loạn thần kinh, tâm thần nặng không thể tham gia bảo hiểm, người khiếm thính, điếc, mù, nghiện ma túy, rượu và mắc các bệnh như ung thư, HIV, v.v.
- Không thuộc phạm vi bảo hiểm: sản xuất và sửa chữa các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, kính, kính áp tròng, máy trợ thính và các thiết bị hỗ trợ tương tự.
- Bảo hiểm không bao gồm phá thai, nếu không bị đe dọa đến tính mạng hoặc sức khỏe của người phụ nữ hoặc sự phát triển khiếm khuyết về mặt di truyền của thai nhi, có nghĩa là việc phá thai không được khuyến khích về mặt y tế.
- Bảo hiểm không chi trả cho việc điều trị vô sinh hoặc vô sinh và thụ tinh nhân tạo.
- Bảo hiểm không chi trả cho các chi phí y tế và những hậu quả có thể xảy ra nếu người được bảo hiểm đến Cộng hòa Séc hoặc ra nước ngoài với mục đích nộp hồ sơ của thủ tục y tế này.



Bảo hiểm áp dụng cho tôi ở đâu?

Bảo hiểm áp dụng cho các Sự kiện bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và cho thời gian đi từ Cộng hòa Séc đến các quốc gia khác trong khu vực Schengen.



Các nghĩa vụ của tôi là gì?

- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời trung thực, đầy đủ các câu hỏi của doanh nghiệp bảo hiểm trong quá trình đàm phán ký kết hợp đồng bảo hiểm.
- Chủ hợp đồng và Người được bảo hiểm đều có nghĩa vụ thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản về bất kỳ sự thay đổi nào liên quan đến Người được bảo hiểm, bảo hiểm và rủi ro bảo hiểm, ví dụ: thông báo cho Công ty bảo hiểm về việc thay đổi nơi cư trú, địa chỉ nhận thư, thông báo cho Công ty bảo hiểm về việc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm, v.v.
- Trong trường hợp xảy ra thiệt hại, Người được bảo hiểm, Người mua bảo hiểm hoặc Người có thẩm quyền có nghĩa vụ thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm về Sự kiện bảo hiểm.
- Các nghĩa vụ bổ sung của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm được ghi trong VPP Welcome 230901 Phần I, Điều 17



Khi nào thanh toán phí bảo hiểm và thanh toán thế nào?

Phí bảo hiểm chỉ có thể trả một lần và phải trả vào ngày bắt đầu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm được ký kết.

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán toàn bộ phí bảo hiểm cho toàn bộ thời gian bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm được thanh toán chuyển khoản qua ngân hàng hoặc qua bưu điện thì phí bảo hiểm được coi là đã thanh toán vào ngày gửi phí đến tài khoản của Công ty bảo hiểm hoặc thanh toán toàn bộ phí bảo hiểm bằng tiền mặt cho Công ty bảo hiểm hoặc cho Người được Công ty bảo hiểm ủy quyền nhận phí bảo hiểm. Phí bảo hiểm được thanh toán mà không ghi hoặc có ghi nhưng ghi sai biểu tượng biến (Variabilní symbol) sẽ bị coi là chưa được thanh toán.



Khi nào bảo hiểm bắt đầu và kết thúc?

Bảo hiểm bắt đầu và kết thúc vào ngày, giờ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm là ngày bắt đầu và kết thúc bảo hiểm. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm ký online, Hợp đồng chỉ có giá trị với điều kiện phí bảo hiểm đầu tiên được trả trước. Trước khi bắt đầu bảo hiểm thỏa thuận và Hợp đồng bảo hiểm được Chủ hợp đồng chấp nhận theo đề xuất bằng cách trả trước phí bảo hiểm đầu tiên.



Làm thế nào chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm ?

Cả hai bên ký hợp đồng đều có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm:

- Trong vòng hai tháng kể từ ngày ký Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn thông báo 08 ngày bắt đầu từ ngày thông báo được gửi, sau ngày bảo hiểm hết hạn.
- Không cần đưa ra lý do, trong vòng 14 ngày kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ ngày các điều kiện bảo hiểm được thông báo, nếu hợp đồng bảo hiểm được ký online hoặc bên ngoài cơ sở kinh doanh của Công ty bảo hiểm.

Bảo hiểm cũng kết thúc nếu không còn quyền lợi bảo hiểm. Các trường hợp chấm dứt quyền lợi bảo hiểm là khi:

- Tham gia bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc theo Đạo luật số 48/1997 Sb. về Bảo hiểm y tế công cộng;
- Không được cấp giấy phép cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc;
- Hết hạn giấy phép cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc;
- Kết thúc cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc.

Công ty bảo hiểm có quyền thu phí bảo hiểm cho đến thời điểm biết được quyền lợi bảo hiểm chấm dứt.

Phí chấm dứt hợp đồng trước hạn lên tới 40% số phí bảo hiểm chưa sử dụng và người được bảo hiểm có nghĩa vụ hoàn trả cho Công ty bảo hiểm tất cả các giấy tờ xác nhận hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp chấm dứt bảo hiểm do Người được bảo hiểm bị tử vong, Công ty bảo hiểm được hưởng toàn bộ phí bảo hiểm đã trả một lần.

Để biết thêm thông tin về việc chấm dứt bảo hiểm, xem VPP Welcome 230901 Phần I, Điều 5.

Thông tin về việc bảo vệ dữ liệu cá nhân của khách hàng

Chúng tôi xin thông báo cho khách hàng về việc xử lý dữ liệu cá nhân và các quyền của khách hàng theo Quy định chung về bảo vệ dữ liệu cá nhân 2016/679 (sau đây gọi tắt là "GDPR").

Ai là người chịu trách nhiệm xử lý dữ liệu cá nhân của khách hàng (người quản lý dữ liệu)?

SV pojišťovna, a.s.

Tòa nhà BB Centrum BETA

Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

Điện thoại: +420 221 585 111

info@svpojistovna.cz

khách hàng có thể liên hệ với nhân viên bảo vệ dữ liệu của chúng tôi theo địa chỉ trên hoặc email dpo@svpojistovna.cz.

Dữ liệu cá nhân của khách hàng được xử lý vì mục đích gì và trên cơ sở pháp lý nào?

Chúng tôi xử lý dữ liệu cá nhân của khách hàng theo các yêu cầu của quy định GDPR của EU, Đạo luật xử lý dữ liệu cá nhân, ngoài ra còn theo quy định của Đạo luật Bảo hiểm liên quan đến việc bảo vệ dữ liệu cá nhân và các luật liên quan khác.

Chúng tôi cần dữ liệu cá nhân của khách hàng để đánh giá rủi ro bảo hiểm và để ký kết hợp đồng bảo hiểm, quản lý hợp đồng bảo hiểm và các hồ sơ liên quan, gửi hợp đồng bảo hiểm hoặc xem xét sự kiện bảo hiểm hoặc cung cấp quyền lợi bảo hiểm. Tất cả thông tin liên lạc với chúng tôi đều được quản lý và lưu trữ, kể cả các cuộc gọi của khách hàng. Việc ký hợp đồng bảo hiểm, quản lý hợp đồng bảo hiểm hoặc xử lý yêu cầu bảo hiểm không thể thực hiện được nếu không xử lý dữ liệu cá nhân. Chúng tôi cũng có thể xử lý dữ liệu cá nhân của khách hàng, chẳng hạn như để đáp ứng các yêu cầu pháp lý, để thống kê bảo hiểm hoặc để phát triển các biểu giá mới.

Trong trường hợp đàm phán trước khi ký hợp đồng hoặc thực hiện hợp đồng, dữ liệu cá nhân của khách hàng được xử lý hợp pháp trên cơ sở Điều 6 đoạn 1 mục b) GDPR. Nếu cần xử lý các loại dữ liệu cá nhân đặc biệt, chẳng hạn như dữ liệu về sức khỏe, trong giai đoạn trước khi ký hợp đồng, chúng tôi sẽ yêu cầu để được khách hàng đồng ý theo Điều 9 đoạn 2 mục a) GDPR và Điều 7 GDPR. Sau khi ký hợp đồng bảo hiểm, cơ sở pháp lý để xử lý dữ liệu về sức khỏe sẽ theo quy định tại Điều 9 đoạn 2 f) GDPR.

Chúng tôi cũng xử lý dữ liệu cá nhân nhằm mục đích bảo vệ lợi ích cần thiết hợp pháp của công ty bảo hiểm SV pojišťovna hoặc bên thứ ba (theo Điều 6 đoạn 1 mục f) của GDPR), ví dụ như:

- để đảm bảo hoạt động CNTT và tính bảo mật,
- để tiếp thị trực tiếp các sản phẩm bảo hiểm của chúng tôi,
- để xử lý phòng ngừa và điều tra, đặc biệt là khi có nghi ngờ có hành vi lợi dụng bảo hiểm.

Quyền phản đối

khách hàng có quyền phản đối việc xử lý dữ liệu cá nhân của mình trong tiếp thị trực tiếp, cũng như việc sử dụng hồ sơ trong tiếp thị trực tiếp. Nếu chúng tôi xử lý dữ liệu cá nhân nhằm mục đích bảo vệ lợi ích hợp pháp, khách hàng có thể phản đối việc xử lý dữ liệu cá nhân đó, bao gồm cả việc lập hồ sơ, tùy theo tình huống cụ thể. Chúng tôi tiếp tục xử lý dữ liệu cá nhân khi thực hiện các nghĩa vụ pháp lý, chẳng hạn như nghĩa vụ đối với Ngân hàng Quốc gia Séc với tư cách là cơ quan giám sát hoặc nhằm mục đích thực hiện các nghĩa vụ Thuế hoặc thực hiện nghĩa vụ lưu trữ. Cơ sở pháp lý cho việc xử lý dữ liệu như vậy là các nghĩa vụ pháp lý được ghi trong các Đạo luật liên quan cùng với Điều 6 khoản 1 mục c) của GDPR.

Chúng tôi gửi các thông tin cá nhân của khách hàng cho những ai ?

Chúng tôi gửi :

Cho Bên bảo đảm bảo hiểm

Những rủi ro bảo hiểm mà chúng tôi ký kết đảm nhận bảo hiểm sẽ được tiếp tục bảo hiểm ở các Công ty **bảo hiểm cho bảo hiểm** - còn gọi là các Công ty tái bảo hiểm. Có thể cũng sẽ cần phải giao các hợp đồng bảo hiểm hoặc thông tin chi tiết về sự kiện bảo hiểm cho các công ty tái bảo hiểm để họ có các thông tin về sự kiện bảo hiểm và những rủi ro liên quan đến rủi ro bảo hiểm.

Cho bên Môi giới bảo hiểm

nếu như khách hàng mua bảo hiểm với sự trợ giúp của một trung gian môi giới bảo hiểm, họ sẽ xử lý dữ liệu cá nhân của khách hàng chuẩn bị cho ký kết hợp đồng bảo hiểm và sau đó chuyển dữ liệu đó cho chúng tôi. Mặt khác, bên Môi giới bảo hiểm cũng có thể sẽ nhận dữ liệu cá nhân của khách hàng từ chúng tôi trong phạm vi cần thiết, để khuyến nghị, tư vấn hoặc có lời khuyên như quản lý tài chính cho khách hàng .

Xử lý dữ liệu cá nhân trong nhóm hãng bảo hiểm SV pojišťovna

Trong nhóm hãng bảo hiểm SV pojišťovna, một số nhiệm vụ cụ thể được thực hiện ở trung tâm, chẳng hạn như sao lưu bảo mật dữ liệu hoặc hỗ trợ kỹ thuật cho hệ thống thông tin quản lý và thanh lý bảo hiểm, nhưng sẽ chỉ luôn nằm trong Khu vực Kinh tế Châu Âu.

Các Nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài

Để thực hiện các nghĩa vụ hợp đồng và pháp lý, chúng tôi hợp tác làm việc với các nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài được chọn, những họ có thể tham gia quá trình xử lý dữ liệu cá nhân. Danh sách những ai xử lý dữ liệu có thể tìm thấy tại: svpojistovna.cz/o-spolenosti/ochrana-osobnich-udaju/ hoặc khi có yêu cầu.

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Khi ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc trong khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, có thể sẽ phải yêu cầu tài liệu y tế cần thiết từ bác sĩ của khách hàng hoặc phải có đánh giá về sức khỏe.

Các tổ chức tài chính

Nếu hợp đồng bảo hiểm của khách hàng liên quan đến lợi ích của các tổ chức tài chính khác, dữ liệu cá nhân của khách hàng cũng sẽ được chuyển đến tổ chức đó trong phạm vi cần thiết.

và những Người nhận khác

Chúng tôi có thể có nghĩa vụ chuyển dữ liệu cá nhân của khách hàng cho những người nhận khác, ví dụ như Ngân hàng Quốc gia Séc, cơ quan quản lý tài chính hoặc công chứng viên.

Chúng tôi sử dụng những nguồn dữ liệu cá nhân nào ?

Trao đổi dữ liệu giữa các công ty bảo hiểm

Ví dụ: nếu cần đánh giá hoặc bổ sung dữ liệu cá nhân về phí bảo hiểm hoặc các sự kiện liên quan khác liên quan đến bảo hiểm của khách hàng, thông tin có thể sẽ được trao đổi với các công ty bảo hiểm khác trong phạm vi cần thiết.

Trao đổi dữ liệu với Người sử dụng lao động của khách hàng

Nếu Người sử dụng lao động của khách hàng mua bảo hiểm cho khách hàng và khách hàng là người được bảo hiểm, dữ liệu cá nhân của khách hàng cũng sẽ được chuyển giao.

Phương thức chuyển giao dữ liệu cá nhân sang nước thứ ba?

Nếu chúng tôi truyền dữ liệu cá nhân ra ngoài Khu vực Kinh tế Châu Âu (EEA), điều này chỉ xảy ra trên cơ sở quyết định của Ủy khách hàng về mức độ bảo vệ dữ liệu cá nhân phù hợp ở quốc gia thứ ba đó hoặc trên cơ sở sự tồn tại của các đảm bảo pháp lý khác (ví dụ. tiêu chuẩn điều khoản hợp đồng hoặc hợp đồng giữa các cơ quan công quyền). Quốc gia thứ ba mà chúng tôi chuyển dữ liệu cá nhân đến trong một số thủ tục, cụ thể là Hoa Kỳ. Thông tin chi tiết có sẵn tại các liên hệ trên.

Liệu có dẫn đến tự động hóa các quyết định hay lập hồ sơ hay không?

Trên cơ sở dữ liệu cá nhân, chúng tôi đưa ra các quyết định được hoàn toàn tự động hóa, chẳng hạn như về việc ký kết hợp đồng bảo hiểm hoặc số tiền phí bảo hiểm - đặc biệt là khi mua bảo hiểm trực tuyến, điều này rất quan trọng trong việc đẩy nhanh quá trình đàm phán. Ví dụ: chúng tôi sử dụng hồ sơ trong tiếp thị trực tiếp trên môi trường Internet chỉ để liên hệ với khách hàng khi cung cấp bảo hiểm phù hợp cho khách hàng và cũng để thực hiện một số nghĩa vụ pháp lý nhất định, chẳng hạn như trong việc thực hiện các biện pháp chống lại việc rửa tiền từ các hoạt động tội phạm hoặc tài trợ cho khủng bố. Các quyết định tự động dựa trên các quy tắc được xác định trước – ví dụ các thuật toán bảo hiểm.

Chúng tôi lưu giữ dữ liệu cá nhân trong bao lâu?

Dữ liệu cá nhân chúng tôi giữ trong suốt thời hạn của hợp đồng bảo hiểm hoặc việc điều tra sự kiện bảo hiểm. Chúng tôi lưu giữ dữ liệu cá nhân dựa trên quy định của Bộ luật Dân sự - thời gian lưu trữ kể từ khi kết thúc bảo hiểm, hoặc kể từ khi giải quyết sự kiện bảo hiểm có thể lên tới 17 năm. Chúng tôi cũng lưu trữ dữ liệu cá nhân nhằm mục đích thực hiện các nghĩa vụ lưu trữ pháp lý, đặc biệt được quy định trong các Quy định về thuế, Đạo luật Kế toán và Đạo luật về một số biện pháp chống lại rửa tiền và tài trợ cho khủng bố.

Quyền của khách hàng là gì?

Ngoài quyền phản đối, như đã nêu ở trên, khách hàng có quyền truy cập và sửa dữ liệu cá nhân của mình, quyền xóa và quyền hạn chế xử lý cũng như quyền di chuyển dữ liệu. Nếu khách hàng muốn truy cập hoặc chỉnh sửa dữ liệu cá nhân của mình, vui lòng sử dụng thông tin liên hệ ở trên. Nếu việc xử lý dữ liệu cá nhân dựa trên sự đồng ý của khách hàng, khách hàng có quyền rút lại sự đồng ý này bất cứ lúc nào.

Làm thế nào để nộp đơn khiếu nại về việc xử lý dữ liệu cá nhân?

khách hàng có thể liên hệ với nhân viên bảo vệ dữ liệu cá nhân của chúng tôi theo địa chỉ email dpo@svpojistovna.cz hoặc Văn phòng Bảo vệ Dữ liệu Cá nhân theo địa chỉ Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7. Thông tin về việc bảo vệ dữ liệu cá nhân của khách hàng có thể được tìm thấy tại svpojistovna.cz/o-spolenosti/ochrana-osobnich-udaju/.

**Thông tin dành cho những người muốn ký Hợp đồng bảo hiểm
(trước khi ký Hợp đồng bảo hiểm)**

1. Thông tin của Công ty bảo hiểm

A) Công ty kinh doanh và hình thức pháp lý của Công ty bảo hiểm

Công ty bảo hiểm SV pojišťovna, công ty cổ phần., số ID: 618 58 714, điều hành các hoạt động bảo hiểm và các hoạt động liên quan đến hoạt động bảo hiểm và tái bảo hiểm theo nghĩa của Đạo luật số 277/2009 Sb., về bảo hiểm, các quy định có hiệu lực hiện hành.

B) Địa chỉ trụ sở đăng ký của Công ty bảo hiểm

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

C) Đăng ký thương mại

Trong sổ đăng ký thương mại do Tòa án thành phố ở Praha quản lý, phần B, hồ sơ 2740

D) Tên, trụ sở của cơ quan chịu trách nhiệm giám sát hoạt động của Công ty bảo hiểm

Ngân hàng Quốc gia Séc, có trụ sở đăng ký tại Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

E) Thông tin liên hệ và phương thức xử lý khiếu nại

qua điện thoại: +420 221 585 111

qua email: info@svpojistovna.cz

qua email: stiznost@svpojistovna.cz

Web: www.svpojistovna.cz

Qua thư: gửi đến địa chỉ trụ sở đăng ký của Công ty bảo hiểm

Cá nhân trực tiếp: tại địa chỉ trụ sở của Công ty bảo hiểm, tại các chi nhánh (có thể xem danh sách các chi nhánh tại www.svpojistovna.cz)

Khiếu nại cũng có thể được gửi tới Hiệp hội các Công ty bảo hiểm Cộng hòa Séc hoặc Ngân hàng Quốc gia Cộng hòa Séc.

Đối với mọi hoạt động giải quyết tranh chấp của người tiêu dùng ngoài tòa án liên quan bảo hiểm nhân thọ là cơ quan có thẩm quyền là Trọng tài tài chính, địa chỉ Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz và trong các lĩnh vực bảo hiểm còn lại thuộc Thanh tra Thương mại Cộng hòa Séc địa chỉ Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

F) Ngôn ngữ giao tiếp giữa các bên ký hợp đồng bảo hiểm

Giao tiếp bằng tiếng Séc

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

Thông tin có tại www.svpojistovna.cz trong phần Giới thiệu về công ty/Thông tin pháp lý.

H) Thông tin liên hệ về các thủ tục thực hiện quyền bồi thường bảo hiểm

Qua điện thoại: + 420 221 585 111

Web: www.svpojistovna.cz

2. Thông tin về các nghĩa vụ cam kết

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

Đối tượng của bảo hiểm là các chi phí có thể chứng minh được liên quan đến thời gian Người được bảo hiểm lưu trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc (sau đây gọi tắt là "ČR") hoặc việc đi đến các nước khác trong khu vực Schengen, phát sinh như một phần chi phí y tế của Người được bảo hiểm do bệnh tật hoặc thương tích của Người được bảo hiểm và các chi phí liên quan đến việc hồi hương. Đối với loại bảo hiểm này, Công ty bảo hiểm là SV pojišťovna, a.s., theo Đạo luật số 89/2012 Sb., Bộ luật Dân sự, đã được sửa đổi (sau đây gọi là "OZ") và các quy định pháp lý có tính ràng buộc chung khác của Cộng hòa Séc, Điều kiện bảo hiểm của bảo hiểm y tế cho người nước ngoài - WELCOME 230901 (sau đây gọi tắt là "VPP"), Hợp đồng bảo hiểm và bất kỳ thỏa thuận hợp đồng nào khác.

B) Ai có thể là Chủ hợp đồng hay còn gọi là Bên mua bảo hiểm (Pojistník)

Chủ hợp đồng/Bên mua bảo hiểm chỉ có thể là những người có cư trú tại Cộng hòa Séc hoặc các tổ chức, pháp nhân hoặc chi nhánh có văn phòng trụ sở đăng ký tại Cộng hòa Séc, mới có thể ký Hợp đồng bảo hiểm.

C) Những người không thể được bảo hiểm

Những người nêu dưới đây không thể ký kết Hợp đồng bảo hiểm:

a) **những người bị rối loạn thần kinh nghiêm trọng** – đặc biệt khi tình trạng sức khỏe suy yếu dẫn đến những hạn chế nghiêm trọng về thể chất, hoặc hạn chế sinh hoạt và công việc hàng ngày. Những rối loạn này bao gồm các giai đoạn của bệnh đa xơ cứng, bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS), bệnh Parkinson, các tình trạng sau đột quỵ bị hạn chế khả năng vận động, động kinh, hình thành mô mới (khối u) của hệ thần kinh trung ương, bệnh đa dây thần kinh bị hạn chế khả năng vận động, chấn thương não hoặc tủy sống nghiêm trọng kèm chế khả năng vận động, trầm cảm, bất tỉnh và chóng mặt;

b) **những người mắc bệnh tâm thần** - chủ yếu bao gồm các rối loạn tâm thần hưng trầm cảm, rối loạn tâm thần phân liệt và hoang tưởng, bệnh Alzheimer và các dạng sa sút trí tuệ khác, hội chứng tâm thần thực thể, hội chứng Down, não úng thủy (não úng thủy), chứng tự kỷ;

c) **những người mắc các bệnh và có các hạn chế:** điếc (hai bên), mù (hai bên), liệt, nghiện ma túy, nghiện rượu và ma túy, xơ gan, ung thư, u ác tính (ung thư biểu mô), lao, lọc máu thận, nhiễm HIV, AIDS.

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

Khách hàng có thể mua bảo hiểm với phạm vi "Chăm sóc sức khỏe toàn diện", để được bảo hiểm ở mức độ tương tự như Bảo hiểm y tế công cộng, với các trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm và các mức bảo hiểm đã được thỏa thuận, Công ty bảo hiểm sẽ không bồi thường trong phạm vi hoặc số tiền mà bảo hiểm y tế công cộng sẽ chi trả và cũng không trả bảo hiểm trong các trường hợp ốm đau theo quy định tại § 2847 và các điều khác của Luật dân sự (OZ). Khách hàng có thể chọn chỉ mua bảo hiểm trong phạm vi chăm sóc sức khỏe "Cần thiết và khẩn cấp". Phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm được quy định chi tiết hơn tại Điều 3 của VPP.

E) Không thuộc phạm vi bảo hiểm

Các trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm: điều trị bệnh tật, thương tích và các nhóm chẩn đoán khác đã có trước khi bắt đầu bảo hiểm; các chăm sóc sức khỏe y tế không được bảo hiểm chi trả kể cả cho công dân Cộng hòa Séc, những người tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo các quy định pháp lý bắt buộc chung; những chăm sóc sức khỏe cho Người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc mà theo tiêu chuẩn chăm sóc cũng không được chi trả cho công dân Cộng hòa Séc, những người tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo các quy định pháp lý chung bắt buộc, ngoại trừ các trường hợp cấp tính có thể đe dọa đến tính mạng (ví dụ: khám ở các phòng khám tư nhân) và chi phí thuốc mà Người được bảo hiểm có thể mua mà không cần đơn thuốc.

Các trường hợp khác không thuộc phạm vi được bảo hiểm được liệt kê tại Điều § 15 của VPP (Điều kiện bảo hiểm chung).

Trong biểu phí Welcome Complex, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến mang thai, thời gian chờ hiệu lực là 03 tháng kể từ khi bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và đối với trường hợp sinh con và các chăm sóc sức khỏe tiếp theo, thời gian chờ hiệu lực là 08 tháng. Điều này có nghĩa là việc mang thai của Người được bảo hiểm và các chăm sóc sức khỏe liên quan sẽ không được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm có thai trước khi kết thúc tháng thứ ba của thời hạn bảo hiểm, và áp dụng tương tự không được bảo hiểm đối với việc sinh nở và chăm sóc sau sinh xảy ra trước khi kết thúc tháng thứ tám của thời hạn bảo hiểm.

F) Hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực bắt đầu và kết thúc vào ngày, giờ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, đó là bắt đầu và kết thúc Hợp đồng bảo hiểm. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được ký kết online thì hợp đồng **chỉ có hiệu lực với điều kiện phí bảo hiểm đầu tiên được thanh toán trước**, trước khi bắt đầu bảo hiểm và dự thảo Hợp đồng bảo hiểm đã được Chủ hợp đồng chấp nhận trả trước phí bảo hiểm đầu tiên. Nếu không, Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được coi là đã ký. Bảo hiểm áp dụng cho một khoảng thời gian cố định và sẽ kết thúc vào ngày giờ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, đó là ngày kết thúc bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm trùng với thời gian bảo hiểm mà Hợp đồng bảo hiểm đã được ký kết. Không thể ký hợp đồng Bảo hiểm với hiệu lực ngược về thời gian, bắt đầu từ quá khứ.

Thời hạn bảo hiểm tối thiểu áp dụng cho **biểu phí Welcome Standard và Welcome Plus** là 1 tháng, cho biểu phí **Welcome Complex** là 4 tháng và cho biểu phí **Welcome Baby và Welcome Dítě+** là **12 tháng**.

G) Các phương thức chấm dứt bảo hiểm, rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm

Bảo hiểm có thể kết thúc theo thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty bảo hiểm; hoặc do hết thời hạn bảo hiểm; do hết quyền lợi có thể được bảo hiểm; do đã kết thúc rủi ro bảo hiểm; hoặc do ngày Người được bảo hiểm qua đời hoặc ngày giải thể pháp nhân mà không có người kế thừa hợp pháp và/hoặc chủ thể hợp đồng đã qua đời hoặc mất tích; hoặc do hết thời hạn ba tháng kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm, nhưng không có sự đồng ý của Người được bảo hiểm, nếu sự đồng ý này là điều kiện bắt buộc theo các quy định pháp lý chung có tính bắt buộc; hoặc vào ngày Công ty bảo hiểm từ chối nhận phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 VPP.

Bảo hiểm cũng có thể bị chấm dứt do Công ty bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng quyết định chấm dứt. Chủ hợp đồng hoặc Công ty bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện thông báo trước tám ngày trong vòng hai tháng kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc thông báo trước một tháng trong vòng ba tháng kể từ ngày thông báo về sự kiện bảo hiểm. Chủ hợp đồng cũng có thể chấm dứt bảo hiểm với thời hạn báo trước 8 ngày nếu Công ty bảo hiểm vi phạm nguyên tắc đối xử bình đẳng trong việc xác định số tiền phí bảo hiểm hoặc tính số tiền thanh toán bảo hiểm; trong vòng một tháng kể từ ngày được thông báo về việc chuyển đổi loại bảo hiểm hoặc một phần của loại bảo hiểm đó hoặc về việc thay đổi Công ty bảo hiểm; hoặc trong thời hạn một tháng, kể từ ngày Công ty bảo hiểm công bố bị thu hồi Giấy phép hoạt động kinh doanh bảo hiểm.

Bảo hiểm cũng hết hạn khi rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm (odstoupením) và có hiệu lực kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm. Chủ hợp đồng có thể rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp:

- không cần nêu lý do trong vòng mười bốn ngày kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ ngày các điều kiện bảo hiểm được thông báo cho người đó, nếu Hợp đồng bảo hiểm được ký kết dưới hình thức online hoặc bên ngoài văn phòng kinh doanh của Công ty bảo hiểm ;
- nếu Công ty bảo hiểm hoặc người đại diện được ủy quyền cố ý hoặc trả lời sai các câu hỏi bằng văn bản của Chủ hợp đồng (hay Bên mua bảo hiểm) về bảo hiểm hoặc trả lời sai lệch hoặc không đầy đủ khi đàm phán, thay đổi Hợp đồng bảo hiểm. Chủ hợp đồng có thể thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc đó;
- nếu Công ty bảo hiểm phát hiện có sự khác biệt giữa nội dung bảo hiểm được cung cấp và yêu cầu của Bên mua bảo hiểm khi ký kết Hợp đồng bảo hiểm mà không thông báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm về những điều đó. Bên mua bảo hiểm có thể thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc đó.

Công ty bảo hiểm có quyền rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm khi đàm phán hoặc thay đổi Hợp đồng bảo hiểm cố ý hoặc sơ suất trả lời sai lệch hoặc không đầy đủ các câu hỏi bằng văn bản của Công ty bảo hiểm về bảo hiểm, mà điều này có thể dẫn đến việc Công ty bảo hiểm sẽ không ký kết Hợp đồng bảo hiểm nếu các câu hỏi được trả lời một cách trung thực và đầy đủ. Công ty bảo hiểm có thể thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc đó. Việc rút khỏi hợp đồng của Bên mua bảo hiểm phải được làm bằng văn bản và gửi đến địa chỉ văn phòng đăng ký của Công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ nhanh chóng giải quyết trong vòng không quá một tháng kể từ ngày nhận được thông báo rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm và trả lại phí bảo hiểm đã trả cho Chủ hợp đồng, số tiền này sẽ được khấu trừ đi Số tiền bảo hiểm đã trả, và Chủ hợp đồng, Người được bảo hiểm hoặc người hưởng quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ hoàn trả trong cùng thời gian cho Công ty bảo hiểm số tiền quyền lợi bảo hiểm đã trả vượt quá số tiền phí bảo hiểm đã trả. Quyền rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm sẽ hết nếu không sử dụng trong thời gian liên quan vì những lý do cá nhân để rút khỏi hợp đồng như mô tả ở trên. Mẫu đơn xin rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm có sẵn tại www.svpojistovna.cz trong phần Dịch vụ khách hàng hoặc có tại trụ sở hoặc các chi nhánh của Công ty bảo hiểm.

H) Thông tin về số tiền phí bảo hiểm và giới hạn bảo hiểm

Phí bảo hiểm là khoản phải thanh toán cho bảo hiểm mà Công ty bảo hiểm cung cấp trong phạm vi đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Số tiền phí bảo hiểm được Công ty bảo hiểm xác định theo phạm vi bảo hiểm do người quan tâm muốn ký Hợp đồng bảo hiểm đã chọn và luôn được thông báo cho người đó trước khi ký Hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm phụ thuộc vào biểu phí đã chọn, độ tuổi của Người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm. Giới hạn bảo hiểm phụ thuộc vào phạm vi bảo hiểm đã chọn, xem bảng ở trang cuối của VPP.

Trong phí bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài, phụ phí tính thêm bằng 45% phí bảo hiểm.

Giới hạn bảo hiểm phụ thuộc vào phạm vi bảo hiểm đã chọn, hãy xem phần **Thông tin tổng quan về phạm vi bảo hiểm**.

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

Phí bảo hiểm chỉ có thể trả một lần. Phí bảo hiểm trả một lần sẽ được thanh toán vào ngày bắt đầu bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm một lần cho toàn bộ thời gian bảo hiểm khi ký Hợp đồng bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm được thanh toán thông qua tổ chức tài chính, ngân hàng hoặc qua dịch vụ bưu điện thì phí bảo hiểm sẽ được công nhận là đã thanh toán là ngày toàn bộ số tiền phí trả được ghi có vào tài khoản liên quan của Công ty bảo hiểm mở tại các tổ chức tài chính hoặc bằng cách thanh toán toàn bộ số tiền phí bảo hiểm bằng tiền mặt cho Công ty bảo hiểm hoặc cho người được Công ty bảo hiểm ủy quyền nhận phí bảo hiểm. Phí bảo hiểm đầu tiên cũng có thể được thanh toán bằng tiền mặt. Phí bảo hiểm phải được thanh toán

bằng đồng nội tệ, nếu không có thỏa thuận khác. **Phí bảo hiểm trả mà không có hoặc có nhưng sai Biểu tượng biến (Variabilní symbol) thì bị coi là chưa được thanh toán.**

J) Lệ phí

Công ty bảo hiểm không tính phí hợp đồng ký từ xa (online). Ngoài phí bảo hiểm, các khoản phí sau đây còn phải trả trong các trường hợp:

Phí xử lý việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong vòng 2 tháng kể từ ngày ký Hợp đồng bảo hiểm	40% phí bảo hiểm chưa sử dụng
Cấp lại Hợp đồng bảo hiểm (duplikát) / Trích lục trạng thái hợp đồng hiện tại từ hệ thống	50 Kč
Cấp bản sao yêu cầu bảo hiểm / Hợp đồng bảo hiểm từ lưu trữ	100 Kč
Cấp giấy chứng nhận đã đóng phí bảo hiểm (theo yêu cầu)	50 Kč
Chấm dứt bảo hiểm trong trường hợp mất quyền lợi bảo hiểm	40% phí bảo hiểm chưa sử dụng

K) Quyền quyết định về Hợp đồng bảo hiểm, giải quyết tranh chấp

Các Hợp đồng bảo hiểm được thỏa thuận ký với Công ty bảo hiểm **SV pojišťovna, a.s.** tuân theo quy định pháp lý của Cộng hòa Séc. Tòa án ở Cộng hòa Séc có thẩm quyền phán xử các tranh chấp. Những người quan tâm muốn ký Hợp đồng bảo hiểm tùy theo nhu cầu có thể yêu cầu thêm thông tin về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài. Nếu là Hợp đồng bảo hiểm được ký qua hình thức online, Chủ hợp đồng có quyền nhận các điều kiện bảo hiểm dưới dạng in trên giấy bất kỳ lúc nào trong suốt thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm.

L) Phương pháp xác định mức bồi thường bảo hiểm

Phương pháp xác định số tiền bồi thường bảo hiểm là bồi thường theo thiệt hại hoặc trả một lần tùy theo phạm vi bảo hiểm cụ thể, xem thêm các điều khoản liên quan của VPP.

M) Hậu quả của việc vi phạm nghĩa vụ bảo hiểm

Công ty bảo hiểm lưu ý quy định tại Điều 18 VPP về hậu quả phát sinh do vi phạm nghĩa vụ trong Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CHUNG VỀ BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI NƯỚC NGOÀI - WELCOME 230901	4
Phần I. Điều khoản giới thiệu	5
Điều 1: Đối tượng bảo hiểm	5
Điều 2: Sự kiện bảo hiểm	5
Điều 3: Hiệu lực lãnh thổ của bảo hiểm	5
Điều 4: Ký Hợp đồng và thời hạn bảo hiểm	5
Điều 5: Chấm dứt bảo hiểm	5
Điều 6: Quyền lợi bảo hiểm	6
Điều 7: Bảo hiểm rủi ro bên thứ ba và bảo hiểm vì lợi ích của bên thứ ba	6
Điều 8: Thay đổi rủi ro bảo hiểm	7
Điều 9: Phí bảo hiểm	7
Điều 10: Phạm vi bảo hiểm	7
Điều 11: Dịch vụ hỗ trợ	8
Điều 12: Thời gian chờ hiệu lực	8
Điều 13: Thanh toán và đáo hạn quyền lợi bảo hiểm	8
Điều 14: Từ chối và giảm quyền lợi bảo hiểm	9
Điều 15: Không thuộc phạm vi bảo hiểm	9
Điều 16: Những người không được bảo hiểm	10
Điều 17: Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm	10
Điều 18: Hậu quả của việc vi phạm nghĩa vụ	10
Điều 19: Quyền của Công ty bảo hiểm trong việc tìm hiểu, xem xét thông tin về Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm	11
Phần II. Các quy định cuối	11
Điều 20: Biểu Phí	11
Điều 21: Thỏa thuận pháp lý và địa chỉ gửi	11
Điều 22: Các quy định cuối cùng	11
Phần III. Giải thích các thuật ngữ	12
Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Standard	13
Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Plus	13
Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Baby	13
Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Dítě+	13
Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Prenatal	13
THÔNG TIN TỔNG QUAN VỀ PHẠM VI BẢO HIỂM	14

Có hiệu lực từ ngày 01/09/2023

Phần I. Điều khoản giới thiệu

Đối với bảo hiểm y tế cho người nước ngoài ký với Công ty bảo hiểm SV pojištovna, a.s. (sau đây gọi tắt là "Công ty bảo hiểm"), áp dụng Đạo luật số 89/2012 Sb., Bộ luật Dân sự, đã được sửa đổi (sau đây gọi tắt là "OZ"), và các quy định có liên quan của Đạo luật số 277/2009 Sb., về bảo hiểm, với các sửa đổi và Điều kiện bảo hiểm chung về bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài - WELCOME 230901 (sau đây gọi tắt là "VPP"), là phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm và bắt kỳ điều khoản hợp đồng nào khác và cũng là một điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm đáp ứng các điều kiện quy định của Đạo luật số 326/1999 Sb., về cư trú của người nước ngoài, đã được sửa đổi. Chỉ những cá nhân có cư trú tại Cộng hòa Séc hoặc các pháp nhân hoặc các chi nhánh có trụ sở văn phòng đăng ký tại Cộng hòa Séc mới có thể mua bảo hiểm gọi là Chủ hợp đồng hoặc Bên mua bảo hiểm.

Điều 1: Đối tượng bảo hiểm

- Đối tượng bảo hiểm là **chi phí y tế của Người được bảo hiểm** phát sinh do bệnh tật hoặc thương tật trong thời gian cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, nếu không có quy định khác.
- Đối tượng bảo hiểm còn là chi phí liên quan đến việc hồi hương của Người được bảo hiểm.
- Bảo hiểm theo VPP này là bảo hiểm thiết hại.

Điều 2: Sự kiện bảo hiểm

- Trong khuôn khổ bảo hiểm y tế cho người nước ngoài, **chi phí y tế có thể phát sinh được coi là sự kiện bảo hiểm** của Người được bảo hiểm trong thời gian bảo hiểm.

Điều 3: Hiệu lực lãnh thổ của bảo hiểm

- Bảo hiểm áp dụng cho các sự kiện được bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và cả cho thời gian rời khỏi Cộng hòa Séc đến các quốc gia khác trong khu vực Schengen. Nếu bảo hiểm ký theo biểu phí Welcome Complex, Welcome Baby và Welcome Dítě+, bảo hiểm chỉ được cung cấp trong phạm vi "**Chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp**" theo biểu phí **Welcome Plus** khi đi từ Cộng hòa Séc đến lãnh thổ của nước khác thuộc khu vực Schengen.
- Nếu không có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm, **bảo hiểm sẽ không áp dụng** cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh:
 - tại các quốc gia mà Người được bảo hiểm là công dân;
 - ở những nơi mà Người được bảo hiểm là Người tham gia bảo hiểm y tế công cộng hoặc nơi người đó được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí.
 - khi rời khỏi Cộng hòa Séc đến các nước khác trong khu vực Schengen để làm việc hoặc kiếm tiền

Điều 4: Ký Hợp đồng và thời hạn bảo hiểm

- Bảo hiểm được ký vào ngày, giờ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm là ngày bắt đầu bảo hiểm và đối với các Hợp đồng bảo hiểm ký online thì hợp đồng chỉ có hiệu lực với điều kiện phí bảo hiểm đầu tiên đã được thanh toán trước ngày bắt đầu bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm (chào giá) do đó đã được Chủ hợp đồng chấp nhận trong phạm vi đề xuất bằng thanh toán phí bảo hiểm đầu tiên. Nếu không, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị coi là chưa được ký. Bảo hiểm được cung cấp nếu đáp ứng đồng thời các điều kiện sau:
 - Ngày, giờ bắt đầu bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và
 - Phí bảo hiểm đã được đóng đầy đủ.
- Hợp đồng Bảo hiểm được ký cho một thời gian cố định, thời hạn bảo hiểm được giới hạn trong số ngày được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm kết thúc vào ngày và thời gian quy định trong Hợp đồng bảo hiểm là ngày kết thúc bảo hiểm. Nếu việc chăm sóc y tế vẫn tiếp tục ngay cả sau khi đã kết thúc bảo hiểm và Người được bảo hiểm không đủ điều kiện hồi hương, Công ty bảo hiểm sẽ vẫn cung cấp bảo hiểm cho đến khi Người được bảo hiểm đủ điều kiện vận chuyển, nhưng chỉ trong thời gian tối đa là 4 tuần (tức là 28 ngày) kể từ khi kết thúc Hợp đồng bảo hiểm

Điều 5: Chấm dứt bảo hiểm

- Bảo hiểm có thể chấm dứt theo thỏa thuận** giữa Công ty bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm.
- Bảo hiểm **hết hạn khi kết thúc thời hạn bảo hiểm**, trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Bảo hiểm kết thúc với việc **mất quyền lợi có thể được bảo hiểm**. Các ví dụ điển hình về việc chấm dứt quyền lợi có thể được bảo hiểm là các tình huống sau:
 - Người được bảo hiểm được **chuyển đổi sang hệ thống bảo hiểm y tế công cộng**,
 - hoặc **bị từ chối đơn xin thị thực**, hoặc chấm dứt hiệu lực của thị thực cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc,
 - bị chấm dứt cư trú** trên lãnh thổ Cộng hòa Séc vì những lý do khác ngoài việc từ chối cấp thị thực hoặc chấm dứt hiệu lực của thị thực cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc.

Công ty bảo hiểm có quyền thu phí bảo hiểm cho đến thời điểm biết được quyền lợi bảo hiểm chấm dứt. Liên quan đến việc chấm dứt bảo hiểm, một khoản phí **40% số phí bảo hiểm chưa sử dụng sẽ được tính vào quyết toán**.

- Bảo hiểm sẽ hết hạn sau thời hạn ba tháng** kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm, **nếu không có sự đồng ý của Người được bảo hiểm**, nếu sự đồng ý này là cần thiết theo các quy định pháp lý bắt buộc chung
- Hợp đồng Bảo hiểm hết hiệu lực kể từ ngày **Công ty bảo hiểm từ chối thanh toán bảo hiểm**, nếu lý do từ chối là các thông tin mà:
 - Công ty bảo hiểm chỉ biết được sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm,
 - Công ty bảo hiểm không thể phát hiện ra khi đàm phán ký bảo hiểm hoặc thay đổi bảo hiểm do vi phạm nghiêm trọng nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm trong việc cung cấp thông tin trung thực mà
 - c) nếu biết tại thời điểm ký Hợp đồng bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm đã không ký Hợp đồng bảo hiểm này hoặc sẽ ký với những điều kiện khác.
- Hai bên có thể chấm dứt bảo hiểm:**
 - trong vòng hai tháng** kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm. **Thời hạn thông báo là tám ngày** bắt đầu vào ngày thông báo được gửi, sau ngày bảo hiểm hết hạn. Liên quan đến việc chấm dứt bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm sẽ phải trả một khoản phí bằng **40% số phí bảo hiểm chưa sử dụng**;
 - trong vòng ba tháng** kể từ ngày thông báo sự kiện bảo hiểm. **Thời hạn thông báo là một tháng** bắt đầu từ ngày thông báo được gửi, sau ngày bảo hiểm hết hạn.
- Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt bảo hiểm sau 8 ngày thông báo:**
 - trong vòng hai tháng** kể từ ngày biết rằng Công ty bảo hiểm đã vi phạm nguyên tắc đối xử bình đẳng được quy định tại OZ (luật dân sự) khi xác định số tiền phí bảo hiểm hoặc tính số tiền thanh toán bảo hiểm;
 - trong vòng một tháng** kể từ ngày được thông báo về việc chuyển đổi loại bảo hiểm hoặc một phần loại bảo hiểm đó hoặc có thay đổi của Công ty bảo hiểm;
 - Trong thời hạn **01 tháng** kể từ ngày công báo bị thu hồi Giấy phép hoạt động kinh doanh bảo hiểm của Công ty bảo hiểm.

8. Công ty bảo hiểm có thể chấm dứt bảo hiểm:

- trong vòng một tháng** kể từ ngày được thông báo về sự thay đổi phạm vi rủi ro bảo hiểm theo Điều 8, khoản 5 của VPP, mà nếu rủi ro bảo hiểm đó tồn tại tại thời điểm ký kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ không ký Hợp đồng bảo hiểm. **Thời hạn thông báo tám ngày** bắt đầu vào ngày thông báo được gửi, sau ngày bảo hiểm hết hạn;
- trong vòng hai tháng** kể từ ngày nhận thấy rủi ro bảo hiểm tăng lên, nếu sự thay đổi này **không được Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm thông báo**. Bảo hiểm hết hạn vào ngày thông báo được gửi.

9. Bên mua bảo hiểm có thể rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm mà:

- a) **không cần đưa ra lý do** trong vòng **mười bốn ngày kể từ ngày ký** kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ ngày các điều kiện bảo hiểm được thông báo, nếu Hợp đồng bảo hiểm được ký kết online hoặc ký bên ngoài cơ sở kinh doanh của Công ty bảo hiểm;
- b) nếu Công ty bảo hiểm hoặc người đại diện được ủy quyền **có ý hoặc cấu thả khi trả lời các câu hỏi bằng văn bản** của Bên mua bảo hiểm về bảo hiểm một cách sai lệch hoặc không đầy đủ khi đàm phán, thay đổi Hợp đồng bảo hiểm. **Người mua bảo hiểm có thể thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc đó;**
- c) nếu Công ty bảo hiểm nhận thức được sự khác biệt giữa nội dung bảo hiểm và yêu cầu của Người được bảo hiểm khi ký kết Hợp đồng bảo hiểm và không thông báo cho Chủ Hợp đồng bảo hiểm về những điều đó. Người mua bảo hiểm có thể thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện sự khác biệt đó.

10. Công ty bảo hiểm có quyền rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm có ý hoặc sơ suất trả lời sai hoặc thiếu đầy đủ các câu hỏi bằng văn bản của Công ty bảo hiểm về bảo hiểm khi đàm phán hoặc khi thay đổi Hợp đồng bảo hiểm mà nếu Bên mua bảo hiểm trả lời gian cho Công ty bảo hiểm số tiền quyền lợi bảo hiểm đã trả vượt quá số tiền phí bảo hiểm đã trả. Công ty bảo hiểm có thể thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện ra sự việc đó.

11. Việc rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm phải làm thành văn bản và gửi đến địa chỉ trụ sở đăng ký của Công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ nhanh chóng xử lý trong vòng một tháng kể từ ngày ký Hợp đồng bảo hiểm, trả lại phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm, số tiền quyền lợi bảo hiểm đã trả sẽ được khấu trừ vào khoản này, và Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người dự định có nghĩa vụ hoàn trả trong cùng thời gian cho Công ty bảo hiểm số tiền quyền lợi bảo hiểm đã trả vượt quá số tiền phí bảo hiểm đã trả.

12. Quyền rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm sẽ hết hiệu lực nếu không được thực hiện trong thời hạn quy định.

13. Bảo hiểm cũng chấm dứt khi rủi ro được bảo hiểm chấm dứt, Người được bảo hiểm tử vong hoặc pháp nhân kết thúc mà không có kế thừa hợp pháp, hoặc Chủ hợp đồng chết hoặc các trường hợp chấm dứt hợp đồng theo quy định của Điều 7, đoạn 4 của VPP.

14. Trong trường hợp chấm dứt hoặc chấm dứt bảo hiểm, phí bảo hiểm thuộc về Công ty bảo hiểm cho đến hết thời hạn bảo hiểm.

Điều 6: Quyền lợi bảo hiểm

1. Nhu cầu bảo hiểm là sự bảo vệ cần thiết cho Bên mua bảo hiểm trước những rủi ro của sự kiện bảo hiểm và là điều kiện cơ bản để ký và gia hạn Hợp đồng bảo hiểm.

2. Bên mua bảo hiểm có nhu cầu bảo hiểm tính mạng và chăm sóc sức khỏe cho mình và cũng có nhu cầu bảo hiểm đối với tính mạng và sức khỏe của những người thứ ba, những người có mối quan hệ với người này (như quan hệ họ hàng, lợi ích có điều kiện hoặc có lợi ích gắn với người này, v.v.).

3. Bên mua bảo hiểm có nhu cầu bảo hiểm tài sản của chính mình. Bên mua bảo hiểm cũng có nhu cầu bảo hiểm đối với tài sản của người thứ ba nếu thấy rằng nếu không có sự tồn tại và chăm lo cho tài sản đó thì sẽ có nguy cơ bị mất tài sản đó.

4. Nhu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm được coi là đã được đáp ứng nếu Người được bảo hiểm đồng ý tham gia bảo hiểm.

5. Nếu Bên mua bảo hiểm không có nhu cầu bảo hiểm và Công ty bảo hiểm biết hoặc buộc phải biết về việc này khi ký Hợp đồng bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm đó sẽ vô hiệu.

6. Nếu Bên mua bảo hiểm có ý bảo hiểm một quyền lợi có thể bảo hiểm không tồn tại, mà Công ty bảo hiểm không hoặc không thể biết về điều đó thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ vô hiệu. Trong trường hợp đó, Công ty bảo hiểm có quyền được bồi thường tương ứng với số phí bảo hiểm tính đến thời điểm biết Hợp đồng vô hiệu.

7. Nếu nhu cầu bảo hiểm kết thúc trong thời hạn bảo hiểm thì bảo hiểm cũng hết hạn. Trong trường hợp đó, Công ty bảo hiểm có quyền thu phí bảo hiểm cho đến thời điểm không có nhu cầu bảo hiểm.

Điều 7: Bảo hiểm rủi ro bên thứ ba và bảo hiểm vì lợi ích của bên thứ ba

1. Nếu Bên mua bảo hiểm ký kết Hợp đồng bảo hiểm cho lợi ích của mình liên quan đến rủi ro được bảo hiểm mà có thể đó là nguyên nhân gây ra sự kiện bảo hiểm với bên thứ ba thì có quyền yêu cầu bồi thường bảo hiểm nếu chứng minh được rằng đã thông báo cho bên thứ ba về nội dung của Hợp đồng bảo hiểm và nhận thức rằng bên thứ ba sẽ không có quyền hưởng quyền lợi bảo hiểm và đồng ý để Bên mua bảo hiểm nhận quyền lợi bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm là hậu duệ của Chủ hợp đồng mà chưa có quyền tự chủ hoàn toàn thì không cần có sự đồng ý đặc biệt nếu bản thân Chủ hợp đồng là người có tư cách pháp nhân, là Đại diện của Người được bảo hiểm và đó không phải là loại bảo hiểm tài sản.

2. Nếu cần có sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của họ và nếu Bên mua bảo hiểm không đưa ra sự đồng ý trong vòng ba tháng kể từ ngày ký kết Hợp đồng bảo hiểm thì bảo hiểm sẽ hết hạn khi hết thời hạn bảo hiểm. Nếu một sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian này mà không có sự đồng ý của Người được bảo hiểm thì **Người được bảo hiểm có quyền nhận bồi thường bảo hiểm.**

3. Nếu Bên mua bảo hiểm chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm mà không có sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của họ thì việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm không được tính đến. Điều này không áp dụng nếu người chuyển nhượng là người không cần phải có sự đồng ý để bảo hiểm rủi ro bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

4. Vào ngày Bên mua bảo hiểm chết hoặc vào ngày chết mà Bên mua bảo hiểm không có người đại diện pháp lý hợp pháp, Người được bảo hiểm sẽ là người tham gia bảo hiểm; tuy nhiên, nếu Người được bảo hiểm thông báo cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản trong vòng ba mươi ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm chết hoặc kể từ ngày chấm dứt hợp đồng, là không có nhu cầu bảo hiểm nữa thì bảo hiểm sẽ hết hạn vào ngày người đó chết hoặc ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Hậu quả do chậm trễ thông báo của Người được bảo hiểm sẽ không xảy ra trước thời hạn mười lăm ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm biết được việc mình trở thành bên tham gia bảo hiểm.

5. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm được ký vì lợi ích của người thứ ba thì người này cũng cần đồng ý bổ sung khi thực hiện quyền hưởng quyền lợi bảo hiểm. Bên thứ ba có quyền thanh toán tiền bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của họ đồng ý cho bên thứ ba nhận tiền bảo hiểm sau khi đã hiểu rõ nội dung của Hợp đồng bảo hiểm.

6. Nếu các rủi ro bảo hiểm khác được bảo hiểm vì lợi ích của bên thứ ba thì các quy định từ khoản 1 đến khoản 4 của Điều này sẽ được áp dụng với những sửa đổi phù hợp.

Điều 8: Thay đổi rủi ro bảo hiểm

1. Nếu các tình huống được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc các tình huống mà Công ty bảo hiểm đưa ra khi đàm phán hoặc thay đổi Hợp đồng bảo hiểm bị thay đổi đáng kể đến mức làm tăng xác suất xảy ra sự kiện bảo hiểm phát sinh từ một rủi ro bảo hiểm đã được thỏa thuận rõ ràng thì rủi ro bảo hiểm sẽ tăng lên.
2. Bên mua bảo hiểm không được làm bất cứ điều gì để làm tăng rủi ro bảo hiểm nếu không có sự đồng ý của Công ty bảo hiểm, hoặc cho phép bên thứ ba thực hiện; nếu sau khi phát hiện đã làm tăng rủi ro được bảo hiểm mà không có sự đồng ý của Công ty bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ phải thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm. Nếu rủi ro được bảo hiểm tăng lên một cách đột lập với ý muốn của Bên mua bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm ngay sau khi biết được điều đó. Nếu thấy có rủi ro khác được bảo hiểm thì Người được bảo hiểm cũng có nghĩa vụ thông báo này.
3. Trong trường hợp Công ty bảo hiểm ký Hợp đồng bảo hiểm theo các điều kiện khác nhau, nếu rủi ro bảo hiểm ở mức độ cao hơn đã tồn tại khi Hợp đồng bảo hiểm được ký thì Công ty bảo hiểm có quyền đưa ra mức phí bảo hiểm mới. Nếu Công ty bảo hiểm không làm như vậy trong vòng một tháng kể từ ngày được thông báo về sự thay đổi thì quyền này sẽ hết hiệu lực.
4. Nếu đề xuất tăng phí bảo hiểm theo khoản 3 của Điều này không được chấp thuận trong vòng một tháng kể từ ngày gửi đề xuất tăng phí bảo hiểm hoặc nếu phí bảo hiểm mới được chấp thuận không được thanh toán trong vòng một tháng kể từ ngày đưa ra đề xuất tăng phí bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm với thời hạn thông báo trước 8 ngày. Quyền này của Công ty bảo hiểm sẽ hết hạn nếu không chấm dứt bảo hiểm trong vòng hai tháng kể từ ngày không được chấp thuận đề xuất tăng phí bảo hiểm hoặc khi thời hạn chấp nhận đã hết.
5. Trong trường hợp, do các điều kiện có hiệu lực tại thời điểm ký Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty bảo hiểm không ký Hợp đồng bảo hiểm, nếu rủi ro bảo hiểm tăng vào thời điểm ký Hợp đồng bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt bảo hiểm với thời hạn báo trước 8 ngày. Nếu Công ty bảo hiểm không chấm dứt bảo hiểm trong vòng một tháng kể từ ngày thông báo về sự thay đổi rủi ro bảo hiểm thì quyền chấm dứt bảo hiểm sẽ hết hạn.
6. Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm **vi phạm nghĩa vụ thông báo** về mức tăng rủi ro bảo hiểm thì **Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt bảo hiểm mà không cần báo trước**. Nếu Công ty bảo hiểm chấm dứt bảo hiểm thì phí bảo hiểm sẽ thuộc về Công ty bảo hiểm cho đến khi kết thúc thời hạn bảo hiểm; toàn bộ phí bảo hiểm trả một lần thuộc về Công ty bảo hiểm trong trường hợp này. Nếu Công ty bảo hiểm không chấm dứt bảo hiểm trong vòng hai tháng kể từ ngày nhận thấy rủi ro bảo hiểm tăng lên thì quyền chấm dứt bảo hiểm theo cách này sẽ hết hiệu lực.
7. Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm **vi phạm nghĩa vụ thông báo mức độ rủi ro bảo hiểm tăng lên** và nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra sau sự thay đổi này thì **Công ty bảo hiểm có quyền giảm trừ số tiền bảo hiểm tương ứng với tỷ lệ phí bảo hiểm nhận được** từ Người được bảo hiểm so với phí bảo hiểm cao hơn đáng lẽ phải nhận được nếu được biết về sự gia tăng rủi ro bảo hiểm qua việc thông báo kịp thời.
8. Các quy định về tăng rủi ro bảo hiểm không được áp dụng nếu rủi ro gia tăng xảy ra do ngã ngựa hoặc giảm thiểu thiệt hại cao hơn hoặc do sự kiện được bảo hiểm hoặc do hành động theo mệnh lệnh của lương tri.

Điều 9: Phí bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm có quyền thu phí bảo hiểm cho suốt thời gian bảo hiểm, nếu không có thỏa thuận khác.
2. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm theo số tiền đã quy định.
3. Phí bảo hiểm được trả bằng tiền mặt hoặc chuyển vào tài khoản do Công ty bảo hiểm chỉ định, **với ký hiệu thay đổi (Variabilni symbol)** là số Hợp đồng bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm được trả mà **không ghi hoặc ghi sai ký hiệu thay đổi** thì phí bảo hiểm đó bị coi là chưa được thanh toán.
4. Phí bảo hiểm được thỏa thuận là phí bảo hiểm trả một lần.
5. Phí bảo hiểm được thanh toán vào ngày bắt đầu bảo hiểm.
6. **Phí bảo hiểm được coi là đã nộp khi:**
 - a) Số tiền phí chuyển khoản vào thời điểm ghi có vào tài khoản của Công ty bảo hiểm theo đúng với ký hiệu thay đổi (Variabilni symbol); tuy nhiên, đối với việc thanh toán phí bảo hiểm đầu tiên, phí bảo hiểm được coi là đã được thanh toán tại thời điểm số tiền **phí bảo hiểm liên quan được ghi nợ từ tài thanh toán trả phí bảo hiểm;**
 - b) Ngày nộp tiền phí bảo hiểm cho bưu điện nếu thanh toán phí bảo hiểm qua bưu điện
 - c) Khi thanh toán bằng tiền mặt vào ngày thanh toán cho đại diện của Công ty bảo hiểm theo xác nhận đã nhận được thanh toán.
7. Số tiền bảo hiểm được điều chỉnh theo độ tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm, biểu phí đã chọn và thời hạn bảo hiểm.
8. Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra dẫn đến việc Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt thì phí bảo hiểm sẽ thuộc về Công ty bảo hiểm tính đến hết thời hạn bảo hiểm mà trong đó đã xảy ra sự kiện bảo hiểm; trong trường hợp đó, phí bảo hiểm một lần thuộc về Công ty bảo hiểm trong suốt thời gian đã thỏa thuận bảo hiểm, nếu không có thỏa thuận khác.

Điều 10: Phạm vi bảo hiểm

1. Bảo hiểm được thỏa thuận trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe toàn diện", được cung cấp trong phạm vi tương tự như bảo hiểm y tế công cộng, nhưng có các trường hợp loại trừ không được bảo hiểm đã được thỏa thuận và các giới hạn số tiền bảo hiểm đã được thỏa thuận. Do đó Công ty bảo hiểm không trả bảo hiểm trong phạm vi hoặc số tiền mà đã được trả từ bảo hiểm y tế công cộng và cũng không trả bảo hiểm trong trường hợp ốm đau theo quy định tại § 2847 Luật dân sự OZ, và các sửa đổi hiện hành.
2. Bảo hiểm trả cho các chi phí điều trị các bệnh tật, thương tích và các nhóm chẩn đoán khác phát sinh sau khi bắt đầu bảo hiểm.
3. Bảo hiểm trả cho dịch vụ chăm sóc y tế do nhân viên y tế có thẩm quyền thực hiện.

4. Phạm vi bảo hiểm bao gồm:

- a) điều trị ngoại trú;
- b) thuốc theo đơn thuốc; chế phẩm hỗ trợ không được coi là thuốc, ngay cả khi được bác sĩ kê đơn và có chứa thành phần dược liệu, thuốc phòng bệnh, chế phẩm mỹ phẩm và thuốc;
- c) các thiết bị y tế liên quan đến việc điều trị cho Người được bảo hiểm (băng dán, băng, nạng, v.v.);
- d) vật lý trị liệu, nếu được bác sĩ chỉ định, ví dụ điều trị bằng bức xạ, nhiệt, v.v.;
- e) kiểm tra chẩn đoán (X-quang, EEG, ECG, v.v...);
- f) trong trường hợp điều trị nội trú, việc bố trí tiêu chuẩn nằm viện theo các quy tắc chăm sóc theo luật quy định của địa phương, dưới sự giám sát y tế thường xuyên, phải hợp lý các lựa chọn điều trị và chẩn đoán, hoạt động theo các phương pháp khoa học được chấp nhận rộng rãi và có hồ sơ sức khỏe theo dõi;
- g) chi phí vận chuyển được tính phí đến bệnh viện hoặc đưa đến bác sĩ phù hợp gần nhất;
- h) các chi phí phẫu thuật phải xử lý ngay;
- i) chi phí thuốc mua theo đơn thuốc;
- j) khám kiểm tra, nếu việc điều trị đầu tiên cho chẩn đoán bệnh được Công ty bảo hiểm chi trả;
- k) điều trị nha khoa do tai nạn.

5. Bảo hiểm còn bao gồm:

- a) chăm sóc y tế liên quan đến bệnh tật và thương tích, nguyên nhân phát sinh sau khi bắt đầu bảo hiểm;
- b) điều trị liên quan đến dị ứng, nếu đây là lần đầu tiên Người được bảo hiểm mắc một loại dị ứng nhất định, bao gồm cả các xét nghiệm về dị ứng hoặc miễn dịch cần thiết sau đó; tuy nhiên, không áp dụng cho thuốc và tất cả các chế phẩm hỗ trợ liên quan đến chẩn đoán đó;
- c) mọi dịch vụ chăm sóc y tế mà Người được bảo hiểm nhận được liên quan đến việc mang thai và sinh con tại Cộng hòa Séc tại cơ sở theo hợp đồng của Công ty bảo hiểm hoặc cơ sở khác đã được Công ty bảo hiểm phê duyệt trước. Sự chăm sóc này được hiểu là tất cả các lần khám sức khỏe mà Người được bảo hiểm phải trải qua trong quá trình mang thai, sinh con, nhập viện liên tục sau sinh và lần khám phụ khoa tiếp theo đầu tiên trong thời kỳ hậu sản sau khi xuất viện;

d) điều trị nha khoa nhằm mục đích giảm đau, trám răng với thiết kế đơn giản và sửa chữa răng giả cần thiết, với tổng số tiền tối đa 6.000 Kč mỗi năm bảo hiểm cho mỗi cá nhân được bảo hiểm trong khuôn khổ tất cả các Hợp đồng bảo hiểm của họ.

6. Bảo hiểm cũng áp dụng cho dịch vụ chăm sóc phòng ngừa ở mức độ sau:

- a) đối với trẻ em từ 0 đến 5 tuổi, **tất cả các cuộc khám phòng ngừa do bác sĩ đa khoa thực hiện** với mức giới hạn tối đa là **3000 Kč cho mỗi năm bảo hiểm** (điều kiện là phải ký Hợp đồng bảo hiểm cho thời gian ít nhất 12 tháng);
 - b) đối với trẻ em dưới 18 tuổi, khám sức khỏe phòng ngừa với bác sĩ đa khoa **một lần trong năm bảo hiểm**;
 - c) đối với người lớn, cứ hai năm bảo hiểm một lần, khám phòng ngừa bởi bác sĩ đa khoa;
 - d) Đối với phụ nữ từ 15 tuổi trở lên, được bác sĩ phụ khoa khám phòng ngừa một lần trong 1 năm bảo hiểm;
 - e) được khám phòng ngừa ở nha sĩ một lần trong 1 năm bảo hiểm,;
 - f) tiêm chủng bắt buộc lên tới giới hạn tối đa là 1000 Kč cho mỗi năm bảo hiểm.
7. Công ty bảo hiểm sẽ cung cấp các quyền lợi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp ở mức tối đa như quyền lợi của công dân Cộng hòa Séc tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo các quy định pháp luật hiện hành.
8. Nếu Người được bảo hiểm chết do tai nạn hoặc bệnh tật thì **chi phí hợp lý và phù hợp cho việc:**
- a) hỏa táng tại nơi mất sẽ được trả bảo hiểm;
 - b) Hồi hương, bao gồm chi phí quan tài tạm thời, ướp xác và vận chuyển hài cốt theo quy định của pháp luật có liên quan.
9. **Tổng quyền lợi bảo hiểm cho một sự kiện bảo hiểm** được giới hạn ở mức **400 000 EUR. Số tiền này là giới hạn và không thể vượt** quá tổng chi phí chăm sóc y tế cá nhân, **bao gồm cả chi phí hồi hương.**

Điều 11: Dịch vụ hỗ trợ

1. Dịch vụ hỗ trợ là dịch vụ được cung cấp cho Người được bảo hiểm liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm và do các đối tác của Công ty bảo hiểm cung cấp.
2. Cơ quan hỗ trợ hoặc đại diện nước ngoài được ủy quyền khác của Công ty bảo hiểm có quyền thay mặt Công ty bảo hiểm trong trường hợp xảy ra mọi thiệt hại hoặc sự kiện bảo hiểm và kiến nghị tìm cơ sở y tế phù hợp.
3. Trợ giúp từ dịch vụ hỗ trợ sẽ được cung cấp nếu cần thiết:
 - a) vận chuyển, di chuyển trong trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm đau hoặc bị thương;
 - b) vận chuyển hài cốt của Người được bảo hiểm;
 - c) Bảo đảm về bảo vệ bảo hiểm và thanh toán chi phí điều trị.

Điều 12: Thời gian chờ hiệu lực

1. Thời gian chờ hiệu lực chỉ áp dụng đối với bảo hiểm được mua trong phạm vi “**chăm sóc sức khỏe toàn diện**”. Thời gian tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm.
2. Về việc chăm sóc sức khỏe liên quan đến thai sản theo Điều 10 khoản 5 mục c) VPP **phải chờ hiệu lực 3 tháng**, nghĩa là **Người được bảo hiểm mang thai và các chăm sóc liên quan không phải là sự kiện được bảo hiểm** nếu việc mang thai đã chắc chắn xảy ra trước khi kết thúc tháng thứ ba của thời gian bảo hiểm.
3. Về việc sinh con và chăm sóc sức khỏe sau này theo Điều 10 khoản 5 thư c) VPP **phải chờ hiệu lực 8 tháng**, nghĩa là **việc sinh đẻ xảy ra trước cuối tháng thứ tám của thời hạn bảo hiểm** cũng như **dịch vụ chăm sóc hậu sinh** liên quan sau đó, **không phải sự kiện được bảo hiểm**
4. **Thời gian chờ hiệu lực** theo khoản 2 và khoản 3 Điều này **không áp dụng trong trường hợp phải điều trị cần thiết trong trường hợp đe dọa đến tính mạng của người mẹ và con trong trường hợp xảy ra biến chứng khi mang thai**, khi đó quyền lợi bảo hiểm sẽ được áp dụng và được thanh toán theo phạm vi “**chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp**”.
5. Thời gian chờ hiệu lực được miễn nếu Người được bảo hiểm đã mua bảo hiểm y tế cho người nước ngoài với Công ty bảo hiểm trong ít nhất một năm ngay trước khi bắt đầu bảo hiểm

Điều 13: Thanh toán và đảo hạn quyền lợi bảo hiểm

1. Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra sau thời điểm bắt đầu bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm sẽ thực hiện quyền lợi bảo hiểm theo các điều kiện quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. **Quyền lợi bảo hiểm được thanh toán tại Cộng hòa Séc bằng nội tệ và được cung cấp cho Người được bảo hiểm hoặc người có quyền hưởng quyền lợi bảo hiểm.** Tỷ giá hối đoái được Ngân hàng Quốc gia Séc chính thức công bố vào ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm được sử dụng để chuyển đổi ngoại tệ.
2. **Giới hạn trên của quyền lợi bảo hiểm được xác định bởi số tiền bảo hiểm và có thể bị giới hạn bởi những giới hạn quyền lợi bảo hiểm.**
3. Công ty bảo hiểm phải hoàn thành việc điều tra và thông báo kết quả điều tra cho người có thẩm quyền trong thời hạn 03 tháng, kể từ ngày nhận thông báo sự kiện bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm. Nếu Công ty bảo hiểm không thể hoàn thành việc điều tra trong thời hạn này thì phải thông báo cho người sắp hoặc đã được hưởng quyền lợi bảo hiểm về lý do khiến việc điều tra không thể chấm dứt và **phải tạm ứng cho người đó một khoản tiền tạm ứng phù hợp theo yêu cầu**, trừ khi có lý do hợp lý để từ chối. Thời hạn này sẽ không được gia hạn nếu việc điều tra không thể thực hiện được hoặc gặp khó khăn do lỗi của **người được hưởng quyền lợi bảo hiểm**, của Chủ Hợp đồng bảo hiểm hoặc của Người được bảo hiểm. **Việc thanh toán bảo hiểm sẽ đến hạn trong vòng 15 ngày làm việc sau khi kết thúc cuộc điều tra cần thiết để xác định phạm vi nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm phải thực hiện.** Cuộc điều tra kết thúc ngay sau khi Công ty bảo hiểm thông báo kết quả cho người có thẩm quyền.
4. **Công ty bảo hiểm có quyền hoãn trả tiền bảo hiểm hoặc tạm ứng tiền bảo hiểm nếu:**
 - a) **có nghi ngờ về tính hợp pháp của việc trả tiền bảo hiểm** cho đến khi cung cấp được bằng chứng cần thiết;
 - b) Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm liên quan đến sự kiện bảo hiểm liên quan đến tố tụng hình sự, xử lý hành chính hoặc pháp lý khác cho đến khi kết thúc các thủ tục này.
5. **Nếu có khoản thanh toán bảo hiểm, hoặc số tiền tạm ứng cho quyền lợi bảo hiểm đã được trả không đúng** thì người nhận quyền lợi bảo hiểm này có **nghĩa vụ trả lại** ngay số tiền đã nhận, kể cả khi đã kết thúc bảo hiểm.
6. **Nếu chi phí điều tra mà Công ty bảo hiểm phải gánh chịu là do lỗi Bên mua bảo hiểm**, của Người được bảo hiểm hoặc của người khác có quyền lợi bảo hiểm có vi phạm nghĩa vụ, thì Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu người vi phạm đó **bồi thường hợp lý các chi phí**
7. Nếu **phát sinh quyền được bồi thường tài chính** đối với bên thứ ba liên quan đến một sự kiện bảo hiểm, **quyền của Người được bảo hiểm sẽ được chuyển cho Công ty bảo hiểm** với số tiền quyền lợi bảo hiểm được trả tối đa cho sự kiện bảo hiểm trên cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm. **Nếu không có sự cho phép của Công ty bảo hiểm mà Người được bảo hiểm từ bỏ quyền hoặc yêu cầu bồi thường** thì Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ phải trả số tiền yêu cầu bồi thường đối với

người thứ ba. Trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lại quyền lợi bảo hiểm này cho Công ty bảo hiểm theo số tiền yêu cầu bồi thường đối với bên thứ ba.

8. Nếu Người được bảo hiểm nhận được khoản thanh toán từ bên thứ ba có nghĩa vụ thực hiện khoản thanh toán này thì Công ty bảo hiểm có quyền giảm số tiền bảo hiểm tương ứng. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm về sự việc này.

9. Nếu Người được bảo hiểm có quyền thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe từ bảo hiểm y tế công cộng hoặc bảo đảm pháp lý tương tự thì Công ty bảo hiểm chỉ có nghĩa vụ cung cấp các quyền lợi bảo hiểm vượt quá phạm vi thanh toán từ bảo hiểm y tế công cộng hoặc bảo đảm pháp lý khác. Người được bảo hiểm không có quyền từ bỏ các yêu cầu bồi thường này. Nếu Người được bảo hiểm từ bỏ các yêu cầu bồi thường, Công ty bảo hiểm có quyền giảm số tiền bảo hiểm một cách thích hợp tương ứng với số tiền yêu cầu bồi thường bị từ bỏ này.

10. Yêu cầu bồi thường quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được chuyển nhượng khi có sự đồng ý trước bằng văn bản của Công ty bảo hiểm.

Điều 14: Từ chối và giảm quyền lợi bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm có quyền từ chối thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nếu nguyên nhân của sự kiện bảo hiểm là sự việc mà chỉ biết được sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra và không thể phát hiện khi ký hoặc thay đổi Hợp đồng bảo hiểm. Đó là kết quả của việc cố ý hoặc sơ suất trả lời sai hoặc trả lời không đầy đủ các câu hỏi bằng văn bản mà nếu biết sự thật này vào thời điểm ký kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ không ký hợp đồng này hoặc sẽ ký theo các điều kiện thỏa thuận khác.

2. Vào ngày Công ty bảo hiểm gửi thông báo từ chối thanh toán tiền bảo hiểm theo khoản 1 của Điều này, bảo hiểm sẽ chấm dứt.

3. Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm khi mua bảo hiểm hoặc khi thay đổi Hợp đồng bảo hiểm dẫn đến việc xác định mức phí bảo hiểm bị thấp hơn thì Công ty bảo hiểm có quyền giảm mức trả tiền bảo hiểm và chỉ thanh toán theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ giữa phí bảo hiểm đã nhận được và phí bảo hiểm lẽ ra được nhận.

4. Nếu việc vi phạm nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người khác có quyền yêu cầu thanh toán bảo hiểm có ảnh hưởng đáng kể đến việc xảy ra sự kiện được bảo hiểm, đến diễn biến của sự kiện đó hoặc dẫn đến việc làm tăng hậu quả của sự kiện đó hoặc ảnh hưởng đến việc xác định số tiền thanh toán bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm có thể giảm số tiền bảo hiểm tương ứng với mức độ ảnh hưởng của vi phạm này đến phạm vi nghĩa vụ phải thực hiện của mình. Điều này cũng áp dụng trong trường hợp việc vi phạm nghĩa vụ khiến không thể đưa ra bằng chứng cho thấy một sự kiện được bảo hiểm đã xảy ra theo đúng nghĩa của các VPP này.

5. Theo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa do Công ty bảo hiểm chỉ định, Công ty bảo hiểm có quyền giảm số tiền bảo hiểm trong trường hợp cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế trên tiêu chuẩn ở mức cần thiết và hợp lý.

Điều 15: Không thuộc phạm vi bảo hiểm

1. Bảo hiểm không bao gồm:

a) điều trị bệnh tật, thương tích và các nhóm chẩn đoán khác đã có trước khi bắt đầu bảo hiểm;

b) Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà cũng không được thanh toán cho công dân Cộng hòa Séc tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo quy định pháp lý có tính ràng buộc chung hiện hành;

c) Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho Người được bảo hiểm tại cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc mà thông thường cũng không cung cấp cho công dân Cộng hòa Séc tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo các quy định pháp lý chung có tính ràng buộc hiện hành (ví dụ: một số phòng khám tư nhân hoặc các cơ sở y tế khác có dịch vụ không được bảo hiểm y tế công chi trả) ngoại trừ trường hợp đe dọa tính mạng cấp tính;

d) chi phí thuốc của Người được bảo hiểm mua không cần đơn thuốc;

e) chi phí điều trị thẩm mỹ và hậu quả của nó, các thủ thuật hoặc trị liệu chỉnh hình;

f) chế tạo và điều chỉnh các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, kính, kính áp tròng, máy trợ thính và các thiết bị trợ giúp tương tự;

g) Phá thai nếu mang thai không đe dọa đến tính mạng hoặc sức khỏe của người phụ nữ hoặc sự phát triển khiếm khuyết về mặt di truyền của thai nhi, tức là trong các trường hợp việc phá thai là đúng và hợp lý theo đánh giá y tế;

h) điều trị vô sinh hoặc và thụ tinh nhân tạo;

i) Các can thiệp y tế và những hậu quả có thể xảy ra nếu Người được bảo hiểm đến Cộng hòa Séc hoặc ra nước ngoài với mục đích thực hiện các can thiệp y tế này;

j) chi phí điều trị do người thân của Người được bảo hiểm thực hiện (ví dụ: chồng, vợ, cha mẹ);

k) các biện pháp điều trị và phục hồi chức năng tại spa và điều dưỡng;

l) chi phí điều trị phát sinh do việc áp dụng phương pháp điều trị không được cộng đồng y tế chuyên nghiệp coi là cần thiết hợp pháp;

m) điều trị bệnh tật, thương tích và hậu quả do chiến tranh hoặc tham gia vào các cuộc biểu tình quần chúng, các sự kiện bất tuân dân sự hoặc các vụ rối loạn khác;

n) điều trị thương tích do lái xe cơ giới mà không có giấy phép thích hợp (bằng lái xe), nếu xảy ra bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc;

o) vận chuyển, di chuyển cấp cứu bằng máy bay, nếu việc vận chuyển này không được dịch vụ hỗ trợ chấp thuận trước;

p) các khoản phụ phí và trả thêm;

q) điều trị liên quan đến tội phạm và vi phạm trật tự quấy rối trị an, xảy ra bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc;

r) điều trị do tự tử hoặc cố gắng tự tử, nếu xảy ra bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc;

s) cố ý gây ra bệnh tật và thương tích nếu xảy ra bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc;

t) thương tích xảy ra dưới ảnh hưởng của rượu, ma túy hoặc các chất hướng thần khác, nếu xảy ra bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc.

2. Công ty bảo hiểm sẽ không cung cấp thanh toán bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm từ chối hồi hương, điều trị hoặc khám sức khỏe cần thiết bởi bác sĩ do Công ty bảo hiểm hoặc nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ của Công ty bảo hiểm chỉ định.

3. Bảo hiểm không bao gồm các thương tích xảy ra khi nhảy dù, dù lượn, nhảy dù từ trên cao, khi sử dụng máy bay không có động cơ, máy bay có động cơ, máy bay siêu nhẹ, tàu con thoi, nhảy bungee, bay bằng khinh khí cầu, thủy phi cơ; hơn nữa, bảo hiểm không bao gồm các thương tích xảy ra trong quá trình thực hiện nhiệm vụ của phi công, các thành viên phi hành đoàn khác và những người thực hiện các hoạt động chính thức của họ bằng máy bay; bảo hiểm cũng không bao gồm lặn bao gồm giảm áp lực, leo núi, leo núi, leo thác nước và băng, đi bè, chèo thuyền trên dòng sông hoang dã, vượt thác, leo núi trượt tuyết, trượt tuyết ngoài đường trượt, đua xe mô tô và mô tô, karate, taekwondo, aikido, kung-fu, judo, đấm bốc, kick-boxing, v.v.

4. Bảo hiểm không bảo hiểm cho các hoạt động thể thao của vận động viên chuyên nghiệp. Theo các VPP này, vận động viên chuyên nghiệp được coi là người biểu diễn thể thao theo hợp đồng chuyên nghiệp; người tham gia các cuộc thi, cuộc đua, giải đấu hoặc các buổi tập luyện hoặc huấn luyện ở cúp thế giới, olympic, giải vô địch thế giới, cấp châu lục hoặc cấp quốc gia cá nhân.

5. Việc thực hiện các hoạt động riêng lẻ nêu tại khoản 3 và 4 Điều này có thể được bao gồm trong bảo hiểm sau khi có thỏa thuận bằng văn bản với Công ty bảo hiểm hoặc được bảo hiểm bổ sung với mức phí bảo hiểm và các điều kiện cao hơn theo Biểu phí của Công ty bảo hiểm.

Điều 16: Những người không được bảo hiểm

1. Không thể được bảo hiểm và do đó không được bảo hiểm là:

- những người bị rối loạn thần kinh nghiêm trọng – đặc biệt bao gồm những tình trạng suy yếu dẫn đến những hạn chế nghiêm trọng về thể chất hoặc hạn chế sinh hoạt và công việc hàng ngày. Những rối loạn này bao gồm các giai đoạn của bệnh đa xơ cứng, bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS), bệnh Parkinson, các tình trạng sau đột quỵ bị hạn chế khả năng vận động, động kinh, hình thành mô mới (khối u) của hệ thần kinh trung ương, bệnh đa dây thần kinh bị hạn chế khả năng vận động, chấn thương não hoặc tủy sống nghiêm trọng kèm theo hạn chế khả năng vận động, trầm cảm, bất tỉnh và chóng mặt;
- những người mắc bệnh tâm thần, bao gồm rối loạn tâm thần hưng trầm cảm, rối loạn tâm thần phân liệt và hoang tưởng, bệnh Alzheimer và các dạng sa sút trí tuệ khác, hội chứng mất thần thực thể, hội chứng Down, não úng thủy (não úng thủy), chứng tự kỷ;
- người mắc các bệnh và hạn chế sau: điếc (hai bên), mù (hai bên), liệt, nghiện ma túy, rượu và ma túy, xơ gan, ung thư, khối u ác tính (ung thư biểu mô), bệnh lao, chạy thận nhân tạo, nhiễm HIV, bệnh AIDS.

2. Đối với người không thể được bảo hiểm thì không thể có bảo hiểm.

Điều 17: Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có **nghĩa vụ trả lời trung thực, đầy đủ mọi thắc mắc** của Công ty bảo hiểm khi đàm phán ký Hợp đồng bảo hiểm hoặc khi đàm phán thay đổi Hợp đồng bảo hiểm cũng như những tình tiết quan trọng để Công ty bảo hiểm ra quyết định, cách đánh giá các vấn đề liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, rủi ro bảo hiểm, có nên bảo hiểm cho họ hay không và trong những điều kiện nào, bao gồm các câu hỏi liên quan đến tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cũng có **nghĩa vụ thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm về bất kỳ thay đổi nào** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm về những thông tin đã được hỏi trong quá trình đàm phán ký kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc trong quá trình đàm phán sửa đổi Hợp đồng bảo hiểm.
- Bên mua bảo hiểm và bên được bảo hiểm có nghĩa vụ **thông báo ngay cho bên bảo hiểm bằng văn bản** khi có **bất kỳ thay đổi nào** về Người được bảo hiểm, về bảo hiểm và **những thay đổi về rủi ro bảo hiểm**, cụ thể:
 - thay đổi nơi cư trú, hoặc địa chỉ liên hệ;
 - thông báo cho Công ty bảo hiểm nếu đã mua **bảo hiểm bổ sung** cho cùng một rủi ro bảo hiểm **với một Công ty bảo hiểm khác**; đồng thời có nghĩa vụ **khai báo tên Công ty bảo hiểm và số tiền bảo hiểm**;
 - Thông báo cho Công ty bảo hiểm về việc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm và chứng minh điều này.
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có **nghĩa vụ thực hiện các biện pháp hợp lý để ngăn chặn thiệt hại** sắp xảy ra và đảm bảo rằng sự kiện được bảo hiểm không xảy ra, đặc biệt là **không vi phạm các nghĩa vụ nhằm ngăn chặn hoặc giảm thiểu nguy cơ** được thiết lập bởi các quy định pháp lý có tính ràng buộc chung hoặc quy định của Hợp đồng bảo hiểm.
- Trong trường hợp xảy ra thiệt hại, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc người được ủy quyền có **nghĩa vụ**:
 - thông báo ngay cho Công ty bảo hiểm sự kiện bảo hiểm đã xảy ra, giải thích trung thực về nguồn gốc và mức độ hậu quả của sự kiện này, nộp tất cả các tài liệu gốc cần thiết hoặc thậm chí cho phép Công ty bảo hiểm lấy bản sao của các tài liệu này và tiến hành theo cách thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và làm theo chỉ dẫn của Công ty bảo hiểm
 - cung cấp cho Công ty bảo hiểm, theo yêu cầu bằng văn bản tất cả các **thông tin cần thiết để xác định phạm vi nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm** trong việc cung cấp các quyền lợi bảo hiểm. Thông tin cần thiết cũng có thể được chuyển đến bằng dạng văn bản liên hệ tới đại diện của Công ty bảo hiểm. Mọi chi phí cho việc chuẩn bị các tài liệu cần thiết sẽ do Người được bảo hiểm chịu, hoặc người có thẩm quyền khác. Các tài liệu được giao cho Công ty bảo hiểm trở thành tài sản của Công ty bảo hiểm và quyền giải quyết tiếp;
 - theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm, ủy quyền cho đại diện của Công ty bảo hiểm yêu cầu tất cả dữ liệu từ bên thứ ba (cụ thể là từ bác sĩ, bệnh viện, tất cả các loại cơ sở y tế và Công ty bảo hiểm) để làm việc liên quan đến sự kiện bảo hiểm;
 - đảm bảo nhanh chóng lập và gửi cho Công ty bảo hiểm tất cả các báo cáo và đánh giá theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm
 - chứng minh cho Công ty bảo hiểm ngày bắt đầu đi ra nước ngoài;
 - thông báo ngay cho cơ quan thực thi pháp luật về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm, các tình huống nghi liên quan đến phạm tội hoặc chuẩn bị phạm tội;
 - bảo đảm quyền được bồi thường thiệt hại hoặc thương tích và các quyền tương tự khác cho người khác và yêu cầu bồi thường thiệt hại từ người chịu trách nhiệm gây ra thiệt hại;
 - trong trường hợp tài liệu bằng tiếng nước ngoài, tự chịu chi phí và cung cấp cho Công ty bảo hiểm bản dịch chính thức sang tiếng Séc
 - cung cấp hóa đơn và chứng từ kế toán gốc**, trong đó **phải có tên và họ của người được điều trị**, chẩn đoán, dữ liệu về các thủ tục y tế riêng lẻ, bao gồm chi phí điều trị và tất cả các báo cáo y tế liên quan đến các điều trị;
 - Cung cấp các đơn thuốc, trong đó ghi rõ tên thuốc, giá cả, họ tên Người được bảo hiểm và có đóng dấu của bác sĩ điều trị;
 - trong trường hợp điều trị nha khoa, cần nộp báo cáo y tế cho Công ty bảo hiểm, trong đó nêu rõ từng răng và mô tả việc điều trị đã được thực hiện.
- Để làm rõ nghĩa vụ chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có thể yêu cầu bổ sung các tài liệu cần thiết và tiến hành điều tra cần thiết.

Điều 18: Hậu quả của việc vi phạm nghĩa vụ

- Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc các VPP này trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc khi thay đổi Hợp đồng bảo hiểm và dẫn đến mức phí bảo hiểm được ấn định thấp hơn, thì Công ty bảo hiểm có quyền giảm khoản thanh toán bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số phí bảo hiểm đã nhận được so với số phí bảo hiểm đáng lẽ được nhận.
- Nếu việc vi phạm nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người khác có quyền yêu cầu thanh toán bảo hiểm có ảnh hưởng đáng kể đến việc xảy ra sự kiện được bảo hiểm, diễn biến của sự kiện đó hoặc đến mở rộng hậu quả hoặc để xác minh hoặc xác định số tiền của quyền lợi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có thể giảm quyền lợi bảo hiểm tương ứng với mức độ ảnh hưởng của hành vi vi phạm đó đối với phạm vi nghĩa vụ phải thực hiện của mình. Điều này cũng áp dụng trong trường hợp việc vi phạm nghĩa vụ khiến không thể đưa ra được bằng chứng cho thấy sự kiện được bảo hiểm đã xảy ra theo nghĩa của VPP này.
- Công ty bảo hiểm có quyền rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 khoản 10 VPP hoặc từ chối thực hiện bảo hiểm khỏi Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 14 khoản 1 VPP. Có thể rút khỏi Hợp đồng bảo hiểm ngay cả sau khi sự kiện bảo hiểm đã xảy ra.
- Nếu khai báo sự kiện bảo hiểm có chứa dữ liệu quan trọng làm sai lệch hoặc bị bóp méo một cách có chủ ý về mức độ của sự kiện bảo hiểm đã được thông báo hoặc nếu thông tin liên quan đến sự kiện này bị cố ý che giấu, thì Công ty bảo hiểm có quyền đòi bồi thường các chi phí đã chi tiêu có mục đích cho việc đó để điều tra sự thật về các thông tin đã được truyền đạt hoặc bị giấu bị giữ lại. Công ty bảo hiểm trả các chi phí một cách có mục đích.

Điều 19: Quyền của Công ty bảo hiểm trong việc tìm hiểu, xem xét thông tin về Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm có quyền tìm hiểu, xem xét mọi thông tin cần thiết về Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có liên quan đến bảo hiểm. Cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đều có nghĩa vụ trả lời trung thực và đầy đủ mọi câu hỏi bằng văn bản của Công ty bảo hiểm liên quan đến ký Hợp đồng bảo hiểm, thay đổi Hợp đồng bảo hiểm hoặc trong trường hợp có sự kiện bảo hiểm.
2. Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu cung cấp dữ liệu về tình trạng sức khỏe và xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân tử vong của Người được bảo hiểm. Việc xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân tử vong được thực hiện trên cơ sở các báo cáo và hồ sơ y tế do cơ quan bảo hiểm có thẩm quyền của cơ sở y tế yêu cầu từ các bác sĩ điều trị và nếu cần thiết cũng bằng việc khám hoặc kiểm tra do cơ sở y tế do cơ quan bảo hiểm có thẩm quyền thực hiện.
3. Bằng việc ký Hợp đồng bảo hiểm, cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đều đồng ý với việc Công ty bảo hiểm xác nhận dữ liệu về tình trạng sức khỏe và xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân cái chết của Người được bảo hiểm, nếu việc này là cần thiết cho loại bảo hiểm đã thỏa thuận và miễn trừ nghĩa vụ bảo mật cho bác sĩ và nhân viên của các cơ sở y tế, cơ quan chức năng và Công ty bảo hiểm nơi đã, đang và sẽ được điều trị, lưu giữ trong hồ sơ hoặc được bảo hiểm, nghĩa vụ bảo mật và ủy quyền cung cấp mọi thông tin cần thiết cho Công ty bảo hiểm.
4. Công ty bảo hiểm cũng có quyền điều tra, xem xét các công việc và ngoài công việc của Người được bảo hiểm (bao gồm các hoạt động thể thao hoặc sở thích khác). Công ty bảo hiểm cũng có quyền xem xét tất cả các câu trả lời của Chủ hợp đồng và Người được bảo hiểm đối với các câu hỏi bằng văn bản của Công ty bảo hiểm.

Phần II. Các quy định cuối**Điều 20: Biểu Phí**

Xử lý việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong vòng 2 tháng kể từ ngày giao kết Hợp đồng bảo hiểm	40% phí bảo hiểm chưa sử dụng
Chấm dứt bảo hiểm trong trường hợp mất quyền lợi có thể được bảo hiểm	40% phí bảo hiểm chưa sử dụng
Cấp xác nhận Hợp đồng bảo hiểm/Trích xuất trạng thái hợp đồng từ hệ thống	50 Kč
Cấp bản sao dự thảo/ hợp đồng từ lưu trữ bên ngoài	100 Kč
Cấp giấy chứng nhận đã đóng phí bảo hiểm (theo yêu cầu)	50 Kč

Điều 21: Thỏa thuận pháp lý và địa chỉ gửi

1. Mọi thông báo từ Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải được gửi đến địa chỉ của Công ty bảo hiểm bằng văn bản. Đại diện của Công ty bảo hiểm có quyền nhận thông báo, nhưng thông báo chỉ được coi là đã được gửi khi Công ty bảo hiểm nhận được.
2. Thư từ của Công ty bảo hiểm gửi đến Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm thường được chuyển qua bưu điện. Cũng có thể được chuyển bằng đại diện của Công ty bảo hiểm, tới địa chỉ mà Công ty bảo hiểm biết được gần đây nhất.
3. Thư gửi qua bưu điện được tính là sẽ nhận vào ngày làm việc thứ ba sau khi gửi, nhưng nếu thư được gửi đến địa chỉ ở nước ngoài thì vào ngày thứ mười lăm sau khi gửi.
4. Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm từ chối nhận văn bản mà không có lý do thì văn bản đó được coi là đã được giao vào ngày Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm từ chối nhận văn bản đó.
5. Nếu không thể liên lạc được với Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm và chứng từ của Công ty bảo hiểm đã được người vận chuyển gửi qua bưu điện hoặc văn phòng thành phố có thẩm quyền tại địa phương, chứng từ của Công ty bảo hiểm được coi là đã được giao vào ngày cuối cùng của thời hạn lưu trữ tại bưu điện ngay cả khi chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm không biết về việc có thư để ở bưu điện
6. Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ quy định tại Điều 17, khoản 2, thư a) VPP và không thông báo cho Công ty bảo hiểm về địa chỉ mới, chứng từ được coi là đã giao vào ngày chứng từ không gửi được được trả lại cho Công ty bảo hiểm.

Điều 22: Các quy định cuối cùng

1. Tùy mục đích và tính chất yêu cầu của bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm có thể khác với các VPP này.
2. Nội dung Văn bản tiếng Séc của VPP và các thỏa thuận của hợp đồng được coi là văn bản xác thực.
3. **Các điều kiện bảo hiểm chung VPP này có giá trị và hiệu lực từ ngày 1 tháng 9 năm 2023.**
4. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm có lỗi về mặt pháp lý do sự thay đổi của pháp luật chung hoặc do các nguyên nhân khác thì những lỗi về mặt pháp lý đó không thể làm cho toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm bị vô hiệu hoặc không có hiệu lực. Tất cả các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm đều có thể tách rời và nếu bất kỳ điều khoản nào trong đó trở nên vô hiệu, bất hợp pháp hoặc trái với lợi ích công cộng thì hiệu lực của các điều khoản khác không bị ảnh hưởng và Hợp đồng bảo hiểm sẽ được coi như chưa bao giờ có điều khoản vô hiệu đó. Thay cho thỏa thuận vô hiệu hoặc không có giá trị đó, các bên cam kết sẽ thay thế các điều khoản này bằng các điều khoản về nội dung cho phép đạt được mục đích của Hợp đồng bảo hiểm này.
5. Cơ quan có thẩm quyền giải quyết tranh chấp không tụng của khách hàng trong trường hợp bảo hiểm nhân thọ, là Trọng tài Tài chính có địa chỉ ở Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, và trong các lĩnh vực bảo hiểm khác là Thanh tra Thương mại Séc, địa chỉ Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Phần III. Giải thích các thuật ngữ

- **Dịch vụ hỗ trợ** là dịch vụ được cung cấp cho Người được bảo hiểm liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm và được cung cấp bởi đối tác hợp đồng của Công ty bảo hiểm.
- **Phí bảo hiểm thông thường** là phí bảo hiểm cho thời hạn bảo hiểm đã thỏa thuận.
- **Thời gian chờ hiệu lực** là khoảng thời gian mà Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ cung cấp quyền lợi bảo hiểm từ các sự kiện xảy ra được coi là sự kiện được bảo hiểm.
- **Đi làm qua biên** là việc Người được bảo hiểm đi làm thường xuyên công việc bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc.
- **Phí bảo hiểm một lần** là phí bảo hiểm được ấn định cho toàn bộ thời gian mà bảo hiểm đã được thỏa thuận.
- **Sự kiện ngẫu nhiên** là sự việc có thể xảy ra và không chắc chắn liệu nó có xảy ra trong suốt thời hạn bảo hiểm hay không hoặc không xác định được thời điểm xảy ra sự việc đó.
- **Người dự kiến** là người được Chủ hợp đồng chỉ định, do sự kiện được bảo hiểm, sẽ có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong.
- **Người có quyền lợi** là người do hậu quả của sự kiện bảo hiểm có quyền được hưởng các quyền lợi bảo hiểm.
- **Người trả phí bảo hiểm** là người, trên cơ sở thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm, **thực hiện nghĩa vụ đóng phí** bảo hiểm hoặc một phần tương ứng, điều này không ảnh hưởng đến trách nhiệm đóng phí bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.
- **Công ty bảo hiểm** là SV pojišťovna, a.s., IČO 618 58 714, được phép kinh doanh bảo hiểm theo luật đặc biệt.
- **Hợp đồng bảo hiểm** là một văn bản do Công ty bảo hiểm ban hành nhằm xác nhận việc ký kết Hợp đồng bảo hiểm trong phạm vi quy định. Số tiền bảo hiểm là số tiền được thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm, thể hiện số tiền bảo hiểm tối đa có thể trả mà Công ty bảo hiểm phải trả khi đáp ứng các điều kiện và hoàn cảnh quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- **Thời hạn bảo hiểm** là khoảng thời gian mà bảo hiểm được thỏa thuận.
- **Bảo vệ bảo hiểm** thể hiện tổng phạm vi bảo hiểm được thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- **Sự kiện bảo hiểm** là sự kiện ngẫu nhiên, theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, gắn liền với việc phát sinh nghĩa vụ bồi thường (cung cấp quyền lợi bảo hiểm) của Công ty bảo hiểm.
- **Phí bảo hiểm** là khoản thanh toán cho Hợp đồng bảo hiểm.
- **Nguyên nhân bảo hiểm** là nguyên nhân có thể xảy ra của một sự kiện bảo hiểm.
- **Thời hạn bảo hiểm** là khoảng thời gian được thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm để thanh toán phí bảo hiểm thông thường.
- **Rủi ro bảo hiểm** là thước đo khả năng xảy ra sự kiện bảo hiểm do rủi ro bảo hiểm gây ra. Bên mua bảo hiểm là người đã ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm và có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm.
- **Năm bảo hiểm** là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày tròn năm bảo hiểm tiếp theo.
- Quyền lợi có thể được bảo hiểm là nhu cầu chính đáng được bảo vệ trước những hậu quả của một sự kiện được bảo hiểm.
- **Người được bảo hiểm** là người có tính mạng, sức khỏe, tài sản, trách nhiệm pháp lý được bảo hiểm hoặc giá trị khác của quyền lợi có thể được bảo hiểm
- **Bảo hiểm** là nghĩa vụ giữa Công ty bảo hiểm và Chủ hợp đồng được xác nhận bằng Hợp đồng bảo hiểm, trong đó Công ty bảo hiểm cam kết cung cấp cho Chủ hợp đồng hoặc bên thứ ba các quyền lợi bảo hiểm nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm và Chủ hợp đồng cam kết trả phí bảo hiểm cho khoản bảo hiểm được cung cấp.
- **Bảo hiểm trọn gói** là bảo hiểm mà mục đích của nó, trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm, là cung cấp quyền lợi bảo hiểm một lần hoặc nhiều lần trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm trong trường hợp cơ sở để xác định số tiền phí bảo hiểm và tính toán quyền lợi bảo hiểm là số tiền được xác định trong Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty bảo hiểm phải trả trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc số tiền và tần suất chi trả lương hưu.
- **Bảo hiểm thiệt hại** là bảo hiểm nhằm mục đích bồi thường thiệt hại về tài sản phát sinh do sự kiện bảo hiểm.
- **Hồi hương** là việc vận chuyển y tế Người được bảo hiểm hoặc hài cốt của người đó về nước sở tại hoặc đến một nước khác mà Người được bảo hiểm có giấy phép cư trú.
- **Các quốc gia thuộc khu vực Schengen** là Bỉ, Cộng hòa Séc, Đan Mạch, Estonia, Phần Lan, Pháp, Iceland, Ý, Liechtenstein, Litva, Latvia, Luxembourg, Hungary, Malta, Hà Lan, Na Uy, Ba Lan, Bồ Đào Nha, Hy Lạp, Slovakia, Slovenia, Tây Ban Nha, Thụy Điển, Thụy Sĩ.
- **Sự kiện bảo hiểm** là sự kiện phát sinh thiệt hại và có thể là nguyên nhân dẫn đến quyền được bồi thường bảo hiểm.
- **Tai nạn** được định nghĩa là một sự kiện bất ngờ và đột ngột do tác động của các lực bên ngoài hoặc do sức lực của chính mình, không phụ thuộc vào ý muốn của người được bảo hiểm, là tiếp xúc bất ngờ và liên tục với nhiệt độ cao hoặc thấp với khí, hơi, dòng điện và chất độc (ngoại trừ chất độc vi sinh vật và các chất gây độc miễn dịch), xảy ra trong thời gian bảo hiểm và gây tổn hại cơ thể cho người được bảo hiểm thương tích hoặc tử vong.
- **Ngày đầy năm bảo hiểm** là ngày trùng về ngày, tháng ghi trong Hợp đồng bảo hiểm và là ngày bắt đầu bảo hiểm. Nếu trong tháng không có ngày đầy năm đó thì ngày đầy năm sẽ là ngày cuối cùng của tháng.
- **Người đại diện của Công ty bảo hiểm** là người được ủy quyền thay mặt Công ty bảo hiểm.

Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Standard

Những thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm này là một phần không thể thiếu trong chính sách bảo hiểm y tế cho người nước ngoài. Các nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài do Công ty bảo hiểm SV pojišťovna, a.s. quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài - Welcome 230901, sau đây gọi tắt là "VPP").

Khác với Điều 10, điểm 1 của VPP, bảo hiểm trong **Biểu phí Welcome Standard** được đàm phán trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp" chứ không phải trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe toàn diện".

1. Khác với Điều 10, điểm 9 của VPP, thỏa thuận rằng tổng số tiền bảo hiểm tối đa cho một sự kiện bảo hiểm được giới hạn ở mức 60.000 EUR. Số tiền này là giới hạn và không thể vượt quá tổng chi phí chăm sóc y tế cá nhân, bao gồm cả chi phí hồi hương.
2. Bảo hiểm không chi trả chi phí điều trị các bệnh mà có thể điều trị bằng thuốc và dụng cụ hỗ trợ mua không cần đơn thuốc.
3. Bảo hiểm không chi trả chi phí thuốc được kê đơn cho bệnh nhân khám
4. Khác với Điều 10 điểm 4 mục j) VPP bảo hiểm không bao gồm các lần khám kiểm tra tiếp theo.
5. Bảo hiểm không chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo Điều 10, điểm 5 và 6 của VPP, ngoại trừ việc điều trị cần thiết trong trường hợp nguy hiểm đến tính mạng do phản ứng dị ứng nếu đó là lần đầu tiên xuất hiện phản ứng dị ứng của Người được bảo hiểm
6. Các dịch vụ hỗ trợ theo Điều 11 của VPP chỉ được cung cấp cho Người được bảo hiểm nếu chi phí điều trị của Người được bảo hiểm vượt quá 5.000 Kč hoặc bằng số tiền ngoại tệ tương đương. Nếu chi phí điều trị của Người được bảo hiểm thấp hơn 5.000 Kč và nếu vẫn quyết định sử dụng dịch vụ hỗ trợ Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán các chi phí mà Công ty bảo hiểm phải chịu liên quan đến việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ, tối thiểu là 1.500 CZK. Những chi phí này có thể được Công ty bảo hiểm hoặc Dịch vụ hỗ trợ khấu trừ từ thanh toán bảo hiểm.

Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Plus

Những thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm này là một phần không thể thiếu trong chính sách bảo hiểm y tế cho người nước ngoài. Các nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài do Công ty bảo hiểm SV pojišťovna, a.s. quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài - Welcome 230901, sau đây gọi tắt là "VPP").

Khác với Điều 10, đoạn 1 của VPP, bảo hiểm trong **Biểu phí Welcome Standard** được đàm phán trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp" chứ không phải trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe toàn diện".

1. Bảo hiểm y tế không áp dụng cho chăm sóc sức khỏe theo Điều 10 khoản 5 mục a) VPP (chăm sóc y tế).
2. Không áp dụng Điều 10, điểm 5, mục b) VPP cho bảo hiểm y tế khi khám kiểm tra dị ứng hoặc khám miễn dịch tiếp theo.
3. Bảo hiểm y tế không áp dụng cho việc chăm sóc sức khỏe theo Điều 10 điểm 5 mục c) VPP (mang thai), trừ trường hợp điều trị cần thiết khi tính mạng của mẹ và con gặp nguy hiểm khi có biến chứng thai kỳ.
4. Bảo hiểm y tế không áp dụng cho chăm sóc sức khỏe theo Điều 10 điểm 5 mục d) VPP (điều trị nha khoa, ngoại trừ điều trị về nha khoa sau tai nạn) nếu Hợp đồng bảo hiểm không được ký cho thời gian ít nhất một năm.
5. Bảo hiểm y tế không áp dụng cho việc chăm sóc sức khỏe theo Điều 10 điểm VPP (chăm sóc phòng ngừa).

Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Baby

Những thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm này là một phần không thể thiếu trong chính sách bảo hiểm y tế cho người nước ngoài. Các nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài do Công ty bảo hiểm SV pojišťovna, a.s. quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài - Welcome 230901, sau đây gọi tắt là "VPP").

Bảo hiểm y tế biểu phí này áp dụng cho tất cả dịch vụ chăm sóc y tế mà Người được bảo hiểm nhận được liên quan đến việc mang thai và sinh con tại Cộng hòa Séc tại cơ sở theo hợp đồng của Công ty bảo hiểm hoặc tại cơ sở khác đã được Công ty bảo hiểm phê duyệt trước. Chăm sóc này có nghĩa là tất cả các lần khám sức khỏe mà Người được bảo hiểm phải khám trong quá trình mang thai, sinh con, nhập viện liên tục sau khi sinh và lần khám phụ khoa tiếp theo đầu tiên trong thời kỳ hậu sản sau khi đẻ và xuất viện.

Bảo hiểm được thỏa thuận trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe toàn diện" theo Điều 10 của VPP.

1. Thời gian chờ hiệu lực để mang thai theo quy định tại Điều 12 điểm 2 VPP không áp dụng đối với bảo hiểm quy định theo biểu phí này.
2. Thời gian chờ hiệu lực sinh con và chăm sóc sau sinh theo Điều 12 điểm 3 VPP không áp dụng đối với bảo hiểm theo biểu phí này.
3. Phạm vi bảo hiểm của biểu phí này được mở rộng về chăm sóc y tế cho tất cả trẻ em mới sinh của Người được bảo hiểm, cho đến 1 tháng tuổi với số tiền bảo hiểm tối đa là 300.000 Kč. Dịch vụ chăm sóc này được cung cấp trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe toàn diện" và được hiểu là nằm viện sau sinh, một lần khám phòng ngừa với bác sĩ đa khoa sau khi xuất viện và tiêm chủng bắt buộc với số tiền bảo hiểm tối đa là 1000 Kč

Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Welcome Dítě+

Những thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm này là một phần không thể thiếu trong chính sách bảo hiểm y tế cho người nước ngoài. Các nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài do Công ty bảo hiểm SV pojišťovna, a.s. quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài - Welcome 230901, sau đây gọi tắt là "VPP").

Bảo hiểm được thỏa thuận trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe toàn diện" theo Điều 10 của VPP.

1. Khác với quy định ở Điều 10, điểm 6 của VPP, được bảo hiểm cho tất cả các lần khám phòng ngừa, bao gồm cả tiêm chủng tại bác sĩ đa khoa và nha sĩ ở mức độ tương tự như bảo hiểm y tế công cộng dành cho công dân Cộng hòa Séc.

Thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm y tế cho người nước ngoài Biểu phí Prenatal

Những thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm này là một phần không thể thiếu trong chính sách bảo hiểm y tế cho người nước ngoài. Các nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài do Công ty bảo hiểm SV pojišťovna, a.s. quy định trong Điều kiện bảo hiểm chung về bảo hiểm y tế cho người nước ngoài - Welcome 230901, sau đây gọi tắt là "VPP").

Bảo hiểm áp dụng cho tất cả dịch vụ chăm sóc y tế mà Người được bảo hiểm nhận được **liên quan đến việc mang thai và sinh con tại Cộng hòa Séc** tại cơ sở đã ký hợp đồng với Công ty bảo hiểm hoặc tại cơ sở khác đã được Công ty bảo hiểm phê duyệt trước. Các chăm sóc này bao gồm tất cả các lần kiểm tra y tế mà Người được bảo hiểm phải khám trong quá trình mang thai, sinh nở, việc nằm viện sau khi sinh của Người được bảo hiểm và lần khám phụ khoa tiếp theo đầu tiên trong tam cá nguyệt thứ sáu sau khi xuất viện.

Bảo hiểm được thỏa thuận trong phạm vi "Bảo hiểm sức khỏe toàn diện" theo Điều 10 của VPP với các giới hạn theo Biểu phí Welcome Complex.

1. Thời gian chờ hiệu lực để mang thai theo quy định tại Điều 12 điểm 2 VPP không áp dụng đối với loại bảo hiểm quy định tại biểu phí này.
2. Không áp dụng đối với bảo hiểm quy định tại Biểu phí này đối với thời gian chờ hiệu lực sinh con và chăm sóc sau sinh của Người được bảo hiểm theo Điều 12 điểm 3 VPP
3. Phạm vi bảo hiểm của biểu phí này không áp dụng cho việc chăm sóc y tế cho trẻ sơ sinh của Người được bảo hiểm.
4. Thời hạn bảo hiểm tối thiểu là 12 tháng.
5. Bảo hiểm áp dụng cho các sự kiện trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và cho thời gian đi từ Cộng hòa Séc đến các quốc gia khác trong khu vực Schengen. Khi đi từ Cộng hòa Séc đến lãnh thổ của các quốc gia Schengen khác, bảo hiểm chỉ được cung cấp trong phạm vi "chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp" theo biểu phí Welcome Plus.

THÔNG TIN TỔNG QUAN VỀ PHẠM VI BẢO HIỂM

Biểu phí Welcome	Bảo hiểm sức khỏe toàn diện				Chăm sóc cần thiết và khẩn cấp	
	Komplex	Prenatal	Baby	Đítě +	Tiêu chuẩn	BH thêm
Tổng giới hạn cho mỗi yêu cầu bồi thường	400.000 EUR	400.000 EUR	400.000 EUR	400.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Khu vực Schengen ⁷⁾	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Vận chuyển y tế	400.000 EUR	400.000 EUR	400.000 EUR	400.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Hồi hương hài cốt	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	80.000 EUR	60.000 EUR	80.000 EUR
Điều trị nha khoa - chấn thương	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč
Nha khoa khác	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	6.000 Kč	Không	6.000 Kč
Đơn thuốc khi khám	Có	Có	Có	Có	Không	Có
Điều trị bệnh bằng thuốc không kê đơn	Có	Có	Có	Có	Không	Có
Mang thai, biến chứng khi mang thai, sinh nở	Có ¹⁾	Có	Có	Không	Không	Không ²⁾
Chăm sóc trẻ sơ sinh	Không	Không	300 000 Kč	Không	Không	Không
Dịch vụ hỗ trợ	Có	Có	Có	Có	Có ³⁾	Có
Chăm sóc phòng bệnh, tiêm chủng	Có ⁴⁾	Có ⁶⁾	Có ⁴⁾	Có ⁵⁾	Không	Không
Chăm sóc phòng khám	Có	Có	Có	Có	Không	Không

- 1) thời gian chờ hiệu lực 3 tháng và 8 tháng áp dụng cho việc mang thai và sinh con
 2) không áp dụng trong trường hợp đe dọa tính mạng hoặc khẩn cấp
 3) chỉ trong trường hợp chi phí điều trị vượt quá 5.000 Kč
 4) đến mức giới hạn theo Điều 10, điểm 6 của VPP
 5) ở mức độ tương tự như bảo hiểm y tế công cộng ở Cộng hòa Séc
 6) Bảo hiểm không áp dụng đối với Điều 10 điểm 6 mục a) và b)
 7) trong phạm vi quy định tại Điều 3, khoản 1 của VPP