

Phần tổng quát

1. Phần mở đầu

1.1 Bảo hiểm sức khỏe đi du lịch cho người nước ngoài (tiếp theo chỉ là „CZP“), được ký bởi UNIQA hãng bảo hiểm cổ phần (tiếp theo chỉ là „nhà bảo hiểm“), tuân thủ theo luật pháp cộng hòa Séc, (tiếp theo chỉ là „CR“). Trong đó có luật bảo hiểm, các điều khoản luật dân sự liên quan, các điều khoản bảo hiểm tổng quát (tiếp theo chỉ là „VPP“) và điều kiện đàm phán. Nếu có điều khoản nào bị lệch thì tuân theo điều kiện bảo hiểm hoặc trong hợp đồng bảo hiểm.

1.2. CZP đàm phán về bảo hiểm thiệt hại và bảo hiểm khi bị ốm theo điều § 2847 luật dân sự, không bao gồm nội dung bảo hiểm sức khỏe công chúng.

1.3. Trong khuôn khổ CZP có thể đàm phán các loại bảo hiểm sau, và sửa đổi theo VPP:

- A) Bảo hiểm sức khỏe tổng thể cho người nước ngoài (tiếp theo chỉ là „KZP“)
 - B) Bảo hiểm sức khỏe cần thiết và không thể trì hoãn cho người nước ngoài (tiếp theo chỉ là „NNP“)
 - C) Bảo hiểm trách nhiệm
- Chỉ bảo hiểm cho các loại có nêu trong hợp đồng.

1.4. Hợp đồng bảo hiểm về CZP là chứng từ về bảo hiểm sức khỏe đi du lịch cho người nước ngoài cho loại cư trú trên 90 ngày theo điều 180j luật số 326/1999 Sb về cư trú người nước ngoài trên lãnh thổ CR, và các thay đổi sau đó.

2. Các điều khoản chung

2.1. Trên cơ sở hợp đồng ký kết nhà bảo hiểm cam kết trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm, chi trả đầy đủ và người đóng bảo hiểm cam kết đóng đủ một lần. Phần chịu chung theo thỏa thuận.

2.2 Giới hạn bảo hiểm được ghi trong hợp đồng.

2.3. Về những việc liên quan đến bảo hiểm, phải ghi bằng văn bản. Mọi thay đổi phải ghi bằng văn bản, ngoài ra không có giá trị. Là biên bản ghi trên giấy và phải có chữ ký. Ngôn ngữ giao dịch là tiếng Séc.

2.4. Đối tác của nhà bảo hiểm có thể là dịch vụ hỗ trợ hoặc nhà bảo hiểm sức khỏe khác hoạt động tại CR.

2.5. Nhà bảo hiểm phát hành VPP bằng tiếng Séc, có dịch sang tiếng Anh và Nga. Bản quyết định bằng tiếng Séc.

2.6. Quyền lợi và trách nhiệm từ CZP tuân theo luật CR. Mọi tranh chấp xảy ra được giải quyết tại tòa án CR.

3. Thời gian có bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm

3.1. CZP thỏa thuận thời gian có hạn định. CZP bắt đầu từ 0.00 h ngày theo đàm phán trong hợp đồng là ngày bắt đầu, sớm nhất là 0.00 h một ngày sau khi ký hợp đồng và kết thúc lúc 24.00 h ngày cuối trong hợp đồng. Nếu người tham gia đàm phán mức KOMPLEX2, thì KZP cho cả trẻ sơ sinh đến 14 ngày tuổi.

3.2. Trong bảo hiểm KZP cho việc có thai, thời gian chờ đợi kéo dài 3 tháng từ ngày bắt đầu bảo hiểm, trong trường hợp sinh đẻ, thời gian chờ đợi từ ngày bắt đầu bảo hiểm là 8 tháng – thời gian chờ đợi trên không tính trong trường hợp bảo hiểm KZP với loại KOMPLEX2.

3.3. Trong bảo hiểm KZP thời gian chờ đợi trong trường hợp đang khám điều trị là 36 tháng.

3.4. Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sớm nhất vào lúc trả tiền bảo hiểm toàn bộ, nếu không có thỏa thuận khác.

3.5. CZP không thể gián đoạn, nếu không có thỏa thuận nào khác.

4. Lãnh thổ bảo hiểm có giá trị

4.1. Bảo hiểm chỉ có giá trị khi cư trú của người đóng là hợp pháp trên lãnh thổ theo hợp đồng.

4.2. Bảo hiểm có thể đàm phán cho lãnh thổ CR và cả khối Schengen.

5. Tiền bảo hiểm

5.1. Tiền bảo hiểm là mức đóng cho việc cung cấp bảo hiểm. Mức tiền được xác định trên cơ sở bảng giá của nhà bảo hiểm cho từng loại bảo hiểm theo nguyên tắc toán học bảo hiểm.

5.2. Số tiền bảo hiểm được xác định cho thời gian bảo hiểm theo hợp đồng (trả một lần), , nếu không có thỏa thuận khác.

5.3. Tiền bảo hiểm trả một lần cho toàn bộ vào ngày ký bảo hiểm. Nhà bảo hiểm có quyền lợi với số tiền bảo hiểm cho thời gian trong hợp đồng, và vào ngày ký hợp đồng.

6. Thực hiện bảo hiểm

6.1. Nhà bảo hiểm cung cấp đầy đủ tối đa mức chi trả bảo hiểm theo hợp đồng, và cho người được hưởng hoặc cho cơ quan bảo hiểm sức khỏe tương ứng theo thỏa thuận.

6.2. Tiền bảo hiểm được chi trả trong vòng 15 ngày sau khi xác minh đầy đủ các điều kiện. Nhà bảo hiểm phải có trách nhiệm kết thúc điều tra trong vòng 3 tháng sau khi được thông báo. Nếu trong thời hạn 3 tháng mà không thể kết thúc được việc điều tra thì phải thông báo cho người đóng bảo hiểm, lý do tại sao chưa kết thúc được, và phải trả một khoản tiền tạm ứng theo yêu cầu. Thời hạn trên không tính nếu người đóng bảo hiểm cản trở hoặc gây khó khăn cho việc điều tra.

6.3. Tiền trả bảo hiểm có giá trị tại CR và bằng tiền Séc, chuyển khoản, nếu không có thỏa thuận khác. Việc quy ra ngoại tệ thì sử dụng tỷ giá CNB vào ngày đầu tiên của tháng, khi xảy ra sự cố bảo hiểm.

6.4. Nhà bảo hiểm sẽ giảm tiền chi trả bảo hiểm, khi có bên thứ ba có trách nhiệm chi trả trong sự cố bảo hiểm.

6.5. Khi xảy ra sự cố bảo hiểm, mà sự cố đó kéo dài quá thời gian được bảo hiểm, thì nhà bảo hiểm chỉ chi trả cho khoảng thời gian đến khi kết thúc hợp đồng bảo hiểm.

7. Kết thúc bảo hiểm

7.1. Nếu hợp đồng bảo hiểm bị hủy, kết thúc trước khi có hiệu lực, nhà bảo hiểm trả lại tiền cho bên đóng bảo hiểm trừ đi 20% số tiền phí hành chính, với khoản đã nhận được, sau khi trao lại đầy đủ giấy tờ.

7.2. Nếu hợp đồng bị hủy, kết thúc trong thời gian đang bảo hiểm thì nhà bảo hiểm không trả lại tiền đã đóng.

7.3. Bảo hiểm mất giá trị khi người tham gia chết (ngoại trừ loại KOMPLEX2), ngày hồi hương, ngày kết thúc thị thực cư trú tại CR hoặc ngày bị bác đơn cư trú tại CR.

7.4. Bảo hiểm cũng hết giá trị, khi có thỏa thuận của hai bên, hoặc hết hạn theo hợp đồng.

8. Quyền lợi và trách nhiệm của người chủ hợp đồng bảo hiểm, người được bảo hiểm và những người liên quan

8.1. Trong trường hợp bảo hiểm mà có nguy cơ từ phía khác, người chủ hợp đồng bảo hiểm có trách nhiệm thông báo cho người được bảo hiểm biết những việc đó và cả những quyền lợi và trách nhiệm của họ trong hợp đồng và muộn nhất là vào ngày hợp đồng bắt đầu có giá trị.

8.2. Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm, hoặc là những người liên quan, ngoài những trách nhiệm theo pháp luật nêu trên còn phải:

a) trả lời đúng và đầy đủ trong tờ khai của nhà bảo hiểm

b) thông báo ngay những thay đổi trong dữ liệu cho nhà bảo hiểm

c) chú ý giữ gìn để sự kiện bảo hiểm không xảy ra, làm tất cả để hạn chế hậu quả nếu có

d) thực hiện theo đối tác của nhà bảo hiểm, theo chỉ dẫn của nhà bảo hiểm trong hướng dẫn, VPP và hợp đồng bảo hiểm

e) trong trường hợp không được trả tiền trực tiếp từ các đối tác của nhà bảo hiểm thì phải thông báo ngay sự cố bảo hiểm cho nhà bảo hiểm bằng văn bản. Điền vào mẫu quy định và gửi kèm theo toàn bộ giấy tờ có liên quan đến sự cố bảo hiểm, kể cả những giấy tờ mà nhà bảo hiểm yêu cầu, toàn bộ những giấy tờ trên phải viết bằng tiếng Anh hoặc tiếng Séc, nếu không thì nhà bảo hiểm phải thuê người dịch và tiền dịch bên người tham gia bảo hiểm phải chi trả.

f) cung cấp cho nhà bảo hiểm mọi thông tin trung thực về việc xảy ra, diễn biến, hậu quả của sự cố bảo hiểm, và trong trường hợp nghi ngờ phải chứng minh cho nhà bảo hiểm thấy được quyền lợi được hưởng bảo hiểm của mình

g) cung cấp, hợp tác với nhà bảo hiểm trong quá trình điều tra sự cố bảo hiểm, đặc biệt là phải thông báo nếu có liên quan đến những nhà bảo hiểm khác, số tiền đóng bảo hiểm trong các hợp đồng khác, mà có liên quan đến cùng sự việc

h) theo yêu cầu của nhà bảo hiểm, yêu cầu bên thứ ba (đặc biệt là bác sỹ) phải giữ im lặng về sự cố bảo hiểm

i) đảm bảo đòi quyền lợi của mình từ bên gây ra sự cố, và thông báo bằng văn bản cho nhà bảo hiểm số tiền được chi trả hoặc sẽ được chi trả từ bên gây ra sự cố

8.3. Trong trường hợp sự cố bảo hiểm đã xảy ra, người bảo hiểm ngoài những trách nhiệm nêu trên, trong mục tổng quát VPP:

a) làm tất cả trong khả năng để giảm thiểu hậu quả

b) **luôn luôn và ngay lập tức trong tình trạng sức khỏe cho phép liên lạc với đối tác của nhà bảo hiểm**, hoặc nhà bảo hiểm, thực hiện theo chỉ dẫn, và khám sức khỏe trong cơ sở y tế được chỉ định của đối tác nhà bảo hiểm

c) trong trường hợp cần thiết phải đi khám bác sỹ và chỉ ra thẻ bảo hiểm y tế

d) phải tuân theo hướng dẫn của đối tác nhà bảo hiểm, bác sỹ và chế độ chữa bệnh

e) tuân thủ đi khám với bác sỹ được chỉ định bởi đối tác nhà bảo hiểm hoặc nhà bảo hiểm

f) chấp hành việc trở về được tổ chức bởi đối tác nhà bảo hiểm, nếu sức khỏe cho phép, hoặc là thời gian chữa bệnh sẽ kéo dài quá thời hạn bảo hiểm

g) theo yêu cầu của nhà bảo hiểm, yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ y tế giữ im lặng, và đồng ý bằng văn bản cho nhà bảo hiểm được nhận thông tin, từ các cơ sở y tế, hãng bảo hiểm, cảnh sát Séc và Bộ nội vụ để phục vụ điều tra sự cố bảo hiểm.

8.4. Nếu cơ sở y tế đòi chi trả tiền thì người bảo hiểm có trách nhiệm:

a) nhận toàn bộ giấy tờ gốc và trao cho đối tác nhà bảo hiểm hoặc nhà bảo hiểm

b) thanh toán tiền chi phí đó bằng tiền mặt

8.5. Thông báo về sự cố bảo hiểm phải gồm:

a) ngày tháng, nơi, nguyên nhân xảy ra sự cố và phạm vi

b) bản gốc nhận xét của bác sỹ, hoặc giấy tờ khác mô tả tình trạng sức khỏe, mã số phân tích, giá trị và nội dung công việc khám, ngày tháng, danh sách những đồ dùng y tế đã dùng, kèm theo giá cả, bản gốc các chứng từ, như hóa đơn, xác nhận về số tiền chi trả.

c) bản sao đơn thuốc bác sỹ khi cấp cứu

d) các chứng từ về chi trả tiền. Nhà bảo hiểm có thể yêu cầu thêm các giấy tờ như, biên bản của công an, giấy chứng từ, văn bản,...

8.6. Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm, hoặc là những người liên quan có quyền khiếu nại lên cơ quan thanh tra của nhà bảo hiểm, hoặc cả ngân hàng CNB(bộ phận điều chỉnh và giám sát các nhà bảo hiểm).

8.7. Cho trường hợp giải quyết mâu thuẫn với nhà bảo hiểm ngoài tòa án, trong trường hợp bảo hiểm nhân thọ thông qua trọng tài về tài chính, địa chỉ: Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, và trong các lĩnh vực khác, bởi thanh tra thương mại COI, Stepanska 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz. Trong trường hợp làm bảo hiểm qua trang mạng on-line, thì giải quyết thông qua: webgate.ec.europa.eu/odr/.

9. Quyền lợi và trách nhiệm của nhà bảo hiểm

9.1. Nhà bảo hiểm có quyền hạ mức chi trả bảo hiểm, trong trường hợp bên tham gia bảo hiểm không thực hiện đầy đủ trách nhiệm theo hợp đồng, đặc biệt là thông báo sự cố muộn, thông tin không đầy đủ, và không liên lạc với đối tác nhà bảo hiểm, làm khó khăn việc điều tra hoặc tăng chi phí cho nhà bảo hiểm.

9.2. Nhà bảo hiểm có quyền đòi chi phí cho việc điều tra về thông tin không trung thực, khai man có chủ ý hoặc im lặng có chủ ý.

9.3. Nhà bảo hiểm ngoài những trách nhiệm theo luật pháp, còn cung cấp cho người tham gia bảo hiểm bản sao, nếu trong trường hợp bị mất, hoặc hỏng hợp đồng bảo hiểm, hoặc thẻ bảo hiểm.

10. Gửi thư bảo đảm

10.1. Nhà bảo hiểm gửi thư thông thường hoặc bảo đảm, thông qua cơ quan bưu điện trên lãnh thổ cộng hòa Séc, nếu không có thỏa thuận khác. Trong trường hợp giao dịch bằng thư điện tử thông qua hòm thư Email, việc ký kết hợp đồng, việc sửa đổi hợp đồng, bằng thư điện tử qua Email, thì khi có thay đổi địa chỉ hòm thư email phải thông báo.

10.2. Nếu như người nhận không nhận thư, mặc dù có sinh sống tại địa chỉ nêu trên, thì sẽ gửi thông qua người khác cùng địa chỉ đó, cùng nhà đó, hoặc có cùng địa chỉ kinh doanh, hoặc có cùng địa chỉ nơi làm việc, nếu người đó chấp nhận việc trao lại thư. Nếu như không được như trên thì giao cho bưu điện nơi địa chỉ ở phụ trách. Sau 3 ngày làm việc sau khi gửi và sau 15 ngày với việc đi nước ngoài làm xem như đã nhận thư.

Phần đặc biệt

Phần A

Bảo hiểm sức khỏe tổng thể cho người nước ngoài (tiếp theo chỉ là „KZP“)

Chương 1 – Khái niệm

1. Bảo hiểm sức khỏe tổng thể được hiểu rằng, được chăm sóc sức khỏe với đích là đảm bảo sức khỏe như mức trước khi ký hợp đồng. Bảo hiểm sức khỏe tổng thể bao gồm chăm sóc cấp cứu, điều trị bệnh, phòng bệnh, chữa bệnh, và những công tác cấp cứu, cứu nạn, cung cấp thuốc, vận chuyển bệnh nhân, kể cả việc hồi hương hoặc mang xác về quê hương. Trong mức KOMPLEX2 có cả việc chăm sóc khi có thai cho người mẹ và trẻ sơ sinh khi sinh. Việc cung cấp Bảo hiểm sức khỏe tổng thể được đảm bảo trong hệ thống y tế của Séc (những bệnh viện trên lãnh thổ CR mà có ký hợp đồng với hãng bảo hiểm), bao giờ cũng chăm sóc tối đa như mức bảo hiểm công chúng tại CR (tối đa việc chăm sóc đầy đủ, được chi trả một phần từ bảo hiểm công chúng tại CR, việc thanh toán không phụ thuộc vào bác sĩ, hội đồng chuyên môn, hoặc cơ quan khác của bảo hiểm y tế - lệ phí điều chỉnh không xem như khoản thay thế chăm sóc y tế.

Đồng thời rằng mức chi phí của bệnh viện không có hợp đồng với hãng bảo hiểm tại CR (hoặc nước Schengen khác) không thể vượt quá mức bảo hiểm công chúng tại CR (hoặc nước Schengen khác), với cùng chăm sóc trên.

2. **Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn** được hiểu rằng, việc cung cấp dịch vụ cho người bảo hiểm, hoặc trẻ sơ sinh theo mức KOMPLEX2. Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn bao gồm chăm sóc cấp cứu, sơ cứu trước khi vào viện, chăm sóc trong viện, thuốc, vật liệu y tế, khám chữa bệnh, nằm viện trong thời gian cần thiết, tối đa trong mức cần thiết và không thể trì hoãn được chi trả như bảo hiểm công chúng tại CR. Đồng thời, rằng mức chi phí của bệnh viện không có hợp đồng với hãng bảo hiểm tại CR (hoặc nước Schengen khác) không thể vượt quá mức bảo hiểm công chúng tại CR (hoặc nước Schengen khác), với cùng chăm sóc trên.

Chương 2 – Nội dung bảo hiểm

1. Nội dung bảo hiểm là chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe người bảo hiểm với mức tối đa tổng thể. Mức độ bảo hiểm phụ thuộc vào loại cư trú của người bảo hiểm, nơi ở và người cung cấp dịch vụ có hợp đồng hoặc không có hợp đồng.

2. Khoản chi phí trên thay đổi bởi trạng thái sức khỏe của người bảo hiểm

Chương 3 – Người được bảo hiểm

1. Là người nước ngoài có trạng thái sức khỏe tốt.

2. Người không được bảo hiểm bao gồm: thần kinh, tâm thần, diếc hai tai, mù hai mắt, nghiện ma túy, nghiện rượu, viêm gan, ung thư, có u ác tính, bệnh lao, thận, HIV, AIDS.

3. Những người không được tham gia bảo hiểm không thể được ký hợp đồng bảo hiểm.

Chương 4 – Sự cố bảo hiểm

1. Sự cố bảo hiểm là ốm đau, tai nạn, hoặc thay đổi bất lợi cho sức khỏe, mà cần phải cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ phụ giúp trong khuôn khổ hợp đồng bảo hiểm, mà phải thanh toán cho việc cung cấp đó, cho bệnh viện hoặc cơ sở y tế.

2. Nội dung việc thực hiện là các chi phí cần thiết theo nguyên tắc y tế, và cho việc:

a) chăm sóc sức khỏe tổng thể cho người bảo hiểm của cơ sở y tế

b) Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn cho người bảo hiểm của cơ sở y tế không có hợp đồng, việc này chỉ thực sự cần thiết đến khi trạng thái sức khỏe đủ để đi vào cơ sở y tế có hợp đồng hoặc hồi hương,

c) chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh sau khi sinh theo mức KOMPLEX2,

d) hồi hương người bệnh có bảo hiểm bởi đối tác của nhà bảo hiểm,

e) hồi hương thi thể người có bảo hiểm bởi đối tác của nhà bảo hiểm,

3. Sự cố bảo hiểm sinh ra từ một nguyên nhân và xảy ra những sự cố khác, hậu quả khác mà có liên quan trực tiếp đến nhau thì xem như chỉ một sự cố bảo hiểm.

Chương 5 – Thực thi việc bảo hiểm

1. Mức bảo hiểm được đàm phán trong nội dung chăm sóc tổng thể, được cung cấp tối đa như mức bảo hiểm công chúng, và có những ngoại lệ và giới hạn mức chi trả.

2. Việc bảo hiểm bao gồm:

a) chăm sóc cấp cứu,

b) nằm viện với giường thông thường với thời gian cần thiết theo bác sĩ,

c) các phương tiện y tế liên quan đến điều trị bệnh, được chi trả từ bảo hiểm công chúng,

d) các điều trị được chi trả từ từ bảo hiểm công chúng,

e) chi phí cho việc vận chuyển đến bệnh viện hoặc bác sĩ gần nhất,

f) ca mổ không thể trì hoãn,

g) thuốc men được bác sĩ kê đơn cho người bảo hiểm, trong khuôn khổ mức bảo hiểm ngoại trừ các trường hợp nêu trong VPP và chi phí tối mức như ghi trong hợp đồng. Mức tối đa chi trả cho thuốc men bằng mức như bảo hiểm công chúng tại CR, ghi trong quy định của MZ (danh sách thuốc được chi trả và chi trả một phần từ bảo hiểm sức khỏe),

h) cung cấp dịch vụ chăm sóc trị bệnh và tai nạn, xảy ra sau khi có bảo hiểm,

i) điều trị liên quan đến dị ứng, nếu là dị ứng lần đầu loại này và cả cho những lần sau có liên quan – không áp dụng cho các loại thuốc và chất phụ trợ có liên quan đến chẩn đoán,

j) nếu trong thời gian xảy ra sự cố mà có bảo hiểm KOMPLEX2, hoặc đã hết thời gian chờ đợi mức KOMPLEX, sẽ được thanh toán toàn bộ việc liên quan đến chữa, để trong bệnh viện có hợp đồng với hãng bảo hiểm hoặc được hãng bảo hiểm đồng ý duyệt,

k) chăm sóc y tế sau khi sinh với trẻ sơ sinh trong mức KOMPLEX2 cho đến 14 ngày,

l) có giá trị với việc khử con đau răng, trám răng đơn giản và chăm sóc răng khi va chạm,

m) nhà bảo hiểm cung cấp việc bảo hiểm thông qua việc cung cấp dịch vụ của những nhà trợ giúp, chuyên chở người ốm hoặc thi thể, bởi các đối tác của nhà bảo hiểm và được phê duyệt bởi bác sỹ, về quê hương theo hộ chiếu hoặc về nước mà người bảo hiểm có cư trú.

3. Việc bảo hiểm bao gồm cả việc khám ngừa phòng bệnh, trong khuôn khổ sau, nếu không có thỏa thuận khác:

Mỗi năm một lần cho người lớn và trẻ em đến 18 tuổi

a) khám phòng bệnh tại bác sỹ tổng thể, 10 lần một năm với mức bảo hiểm KOMPLEX EXTRA (tối đa mỗi lần một tháng),

b) phụ nữ từ 15 tuổi mỗi năm một lần khám phòng bệnh tại bác sỹ phụ khoa,

c) mỗi năm một lần khám tại bác sỹ răng,

d) tiêm chủng bắt buộc giới hạn tối đa 1 000,- korun / năm, đến 5 000,- korun với mức bảo hiểm KOMPLEX EXTRA,

4. Mức cho mỗi sự cố bảo hiểm là 60 000,- EURO, nếu không có thỏa thuận khác.

Chương 6 – Những mục không nằm trong bảo hiểm

1. Bảo hiểm không liên quan đến các sự cố:

a) xảy ra trước khi trả tiền bảo hiểm,

b) ngoài lãnh thổ CR không liên quan đến cư trú du lịch của người bảo hiểm,

c) ngoài lãnh thổ có giá trị bảo hiểm và ngoài nội dung bảo hiểm theo đàm phán

2. Nhà bảo hiểm không có trách nhiệm trong trường hợp:

a) ốm đau, bị thương liên quan đến chiến tranh, nội chiến, loạn nội bộ, khủng bố mà người bảo hiểm có dính líu, nhiễm phóng xạ, hạt nhân, tác dụng của vũ khí hóa học hoặc sinh học,

b) thụ thai nhân tạo, khám chữa bệnh vô sinh, phòng ngừa tránh thai và các việc liên quan, nạo phá thai gây hậu quả cho sức khỏe,

c) chăm sóc thân thể hoặc di chuyển trong trại điều dưỡng, tuổi khoáng, các viện dưỡng sức, vãn vãn,..

d) thẩm mỹ làm đẹp và các hậu quả của nó, cắt mổ dung đến dao kéo, phẫu thuật làm đẹp, châm cứu, sửa răng và hàm răng, sửa mắt, kính, áp tròng, máy trợ thính, xe điện, sửa giọng nói,

e) làm những việc ngoài cơ sở y tế, không có bác sỹ, y tá có chuyên môn, hoặc chữa bệnh bằng phương pháp chưa được công nhận, hoặc tại những nơi mà thông thường không khám chữa bệnh cho công dân CR (ví dụ phòng khám tuw0,

f) điều dưỡng, tập luyện tự tạo ngoại trừ tập khi khỏi bệnh hoặc sau khi mổ xong,

g) thương tích do hoạt động, thi đấu thể thao gây ra, cho bất kỳ môn thể thao nào, chuyên nghiệp hay không. Cái này không áp dụng đối với mức bảo hiểm KOMPLEX+,

h) những hiện tượng bệnh xuất hiện trước khi ký hợp đồng, hoặc người bảo hiểm biết về việc này trước khi ký hợp đồng bảo hiểm,

i) những việc có chủ đích của người bảo hiểm trước khi đến CR hoặc khỏi Schengen, lợi dụng việc chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh,

j) những việc xảy ra sau khi bị bác sỹ được nhà bảo hiểm hoặc đối tác nhà bảo hiểm chỉ định, mà bị từ chối,

k) những việc mà người bảo hiểm hoặc đại diện ký với hiệu quả ngược lại,

l) thanh toán thuốc hoặc thiết bị y tế không được bác sỹ duyệt,

m) chăm sóc cho trẻ sơ sinh sau khi sinh mà người bảo hiểm chưa ký mức KOMPLEX2.

Phần B

Bảo hiểm cần thiết và không thể trì hoãn cho người nước ngoài (tiếp theo chỉ là „NNP”)

Chương 1 – Khái niệm

1. **Cần thiết và không thể trì hoãn** được hiểu là cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người bảo hiểm, trẻ sơ sinh trong mức KOMPLEX2. Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn bao gồm chăm sóc cấp cứu, sơ cứu trước khi vào viện, chăm sóc trong viện, thuốc, vật liệu y tế, khám chữa bệnh, nằm viện trong thời gian cần thiết, tối đa trong mức cần thiết và không thể trì hoãn được chi trả như bảo hiểm công chúng tại CR. Đồng thời, rằng mức chi phí của bệnh viện không có hợp đồng với hãng bảo hiểm tại CR (hoặc nước Schengen khác) không thể vượt quá mức bảo hiểm công chúng tại CR (hoặc nước Schengen khác), với cùng chăm sóc trên.

Chương 2 – Nội dung bảo hiểm

1. Nội dung bảo hiểm là chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe người bảo hiểm với mức tối đa cần thiết và không thể trì hoãn. Mức độ bảo hiểm phụ thuộc vào loại cư trú của người bảo hiểm.

Chương 3 – Người được bảo hiểm

1. Là người nước ngoài có trạng thái sức khỏe tốt.

2. Người không được bảo hiểm bao gồm: thần kinh, tâm thần, điếc hai tai, mù hai mắt, nghiện ma túy, nghiện rượu, viêm gan, ung thư, có u ác tính, bệnh lao, thận, HIV, AIDS.

3. Những người không được tham gia bảo hiểm không thể được ký hợp đồng bảo hiểm.

Chương 4 – Sự cố bảo hiểm

1. Sự cố bảo hiểm là ốm đau, tai nạn, hoặc thay đổi bất lợi cho sức khỏe, mà cần phải cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ phụ giúp trong khuôn khổ hợp đồng bảo hiểm, mà phải thanh toán cho việc cung cấp đó, cho bệnh viện hoặc cơ sở y tế.

2. Nội dung việc thực hiện là các chi phí cần thiết theo nguyên tắc y tế, và cho việc:

a) chăm sóc sức khỏe cần thiết và không thể trì hoãn cho người bảo hiểm của cơ sở y tế

b) Chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn cho người bảo hiểm của cơ sở y tế không có hợp đồng, việc này chỉ thực sự cần thiết đến khi trạng thái sức khỏe đủ để đi vào cơ sở y tế có hợp đồng hoặc hồi hương,

c) hồi hương người bệnh có bảo hiểm bởi đối tác của nhà bảo hiểm,

d) hồi hương thi thể người có bảo hiểm bởi đối tác của nhà bảo hiểm,

3. Sự cố bảo hiểm sinh ra từ một nguyên nhân và xảy ra những sự cố khác, hậu quả khác mà có liên quan trực tiếp đến nhau thì xem như chỉ một sự cố bảo hiểm.

Chương 5 – Thực thi việc bảo hiểm

1. Mức bảo hiểm được đàm phán trong nội dung chăm sóc cần thiết và không thể trì hoãn, được cung cấp tối đa như mức bảo hiểm công chúng, và có những ngoại lệ và giới hạn mức chi trả.

2. Việc bảo hiểm bao gồm:

- a) chăm sóc cấp cứu,
 - b) nằm viện với giường thông thường với thời gian cần thiết theo bác sỹ, hoặc phải mổ nếu không thể trì hoãn do trạng thái sức khỏe,
 - c) các phương tiện y tế, quần áo liên quan đến nằm viện, theo đơn của bác sỹ,
 - d) các thiết bị y tế dùng để bó bột chân,
 - e) chụp, chiếu Rentgent
 - f) chi phí cho việc vận chuyển đến bệnh viện hoặc bác sỹ gần nhất,
 - g) ca mổ không thể trì hoãn,
 - h) thuốc men được bác sỹ kê đơn cho người bảo hiểm, trong khuôn khổ mức bảo hiểm ngoại trừ các trường hợp nêu trong VPP và chi phí tối mức như ghi trong hợp đồng. Mức tối đa chi trả cho thuốc men bằng mức như bảo hiểm công chúng tại CR, ghi trong quy định của MZ (danh sách thuốc được chi trả và chi trả một phần từ bảo hiểm sức khỏe),
 - i) có giá trị với việc khử con đau răng, trám răng đơn giản và chăm sóc răng khi va chạm,
 - j) nhà bảo hiểm cung cấp việc bảo hiểm thông qua việc cung cấp dịch vụ của những nhà trợ giúp, chuyên chở người ốm hoặc thi thể, bởi các đối tác của nhà bảo hiểm và được phê duyệt bởi bác sỹ, về quê hương theo hộ chiếu hoặc về nước mà người bảo hiểm có cư trú.
3. Mức cho mỗi sự cố bảo hiểm là 60 000,- EURO, nếu không có thỏa thuận khác.

Chương 6 – Những mục không nằm trong bảo hiểm

1. Bảo hiểm không liên quan đến các sự cố:

- a) xảy ra trước khi trả tiền bảo hiểm,
- b) ngoài lãnh thổ CR không liên quan đến cư trú du lịch của người bảo hiểm,
- c) ngoài lãnh thổ có giá trị bảo hiểm và ngoài nội dung bảo hiểm theo đàm phán

2. Nhà bảo hiểm không có trách nhiệm trong trường hợp:

- a) ốm đau, bị thương liên quan đến chiến tranh, nội chiến, loạn nội bộ, khủng bố mà người bảo hiểm có dính líu, nhiễm phóng xạ, hạt nhân, tác dụng của vũ khí hóa học hoặc sinh học,
- b) thụ thai nhân tạo, khám chữa bệnh vô sinh, phòng ngừa tránh thai và các việc liên quan, nạo phá thai gây hậu quả cho sức khỏe,
- c) chăm sóc thân thể hoặc di chuyển trong trại điều dưỡng, suối khoáng, các viện dưỡng sức, vãn vãn,...
- d) thẩm mỹ làm đẹp và các hậu quả của nó, cắt mổ dung đến dao kéo, phẫu thuật làm đẹp, châm cứu, sửa rang và hàm rang, sửa mắt, kính, áp tròng, máy trợ thính, xe điện, sửa giọng nói,
- e) làm những việc ngoài cơ sở y tế, không có bác sỹ, y tá có chuyên môn, hoặc chữa bệnh bằng phương pháp chưa được công nhận, hoặc tại những nơi mà thông thường không khám chữa bệnh cho công dân CR (ví dụ phòng khám tư),

f) điều dưỡng, tập luyện tự tạo ngoại trừ tập khi khỏi bệnh hoặc sau khi mổ xong,

g) thương tích do hoạt động, thi đấu thể thao gây ra, cho bất kỳ môn thể thao nào, chuyên nghiệp hay không.

h) những hiện tượng bệnh xuất hiện trước khi ký hợp đồng, hoặc người bảo hiểm biết về việc này trước khi ký hợp đồng bảo hiểm,

i) những việc có chủ đích của người bảo hiểm trước khi đến CR hoặc khỏi Schengen, lợi dụng việc chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh,

j) những việc xảy ra sau khi bị bác sỹ được nhà bảo hiểm hoặc đối tác nhà bảo hiểm chỉ định, mà bị từ chối,

k) những việc mà người bảo hiểm hoặc đại diện ký với hiệu quả ngược lại,

l) thanh toán thuốc hoặc thiết bị y tế không được bác sỹ duyệt,

m) khám kiểm tra thai, các sự cố sau 26 tuần thai, sinh đẻ, chăm sóc trẻ sơ sinh, thụ thai nhân tạo, khám chữa bệnh vô sinh, nạo phá thai không chuyên nghiệp, nếu như trong hợp đồng không có thỏa thuận nào khác,

n) khám chữa bệnh tình dục hoặc SIDA kể cả việc điều trị HIV dương tính,

o) khám chữa bệnh tâm thần, tâm lý không liên quan đến tai nạn hoặc đến bệnh mà có bảo hiểm, điều trị tâm lý, điều trị cai nghiện,

Phần C

Bảo hiểm trách nhiệm

Chương 1 – Khái niệm

1. Bảo hiểm thiệt hại về sức khỏe, bị giết hoặc chấn thương, gây ra trên chuyến đi có bảo hiểm và người bảo hiểm có trách nhiệm theo luật công dân của nước xảy ra tai nạn.

2. Bảo hiểm liên quan đến trách nhiệm của người bảo hiểm chi trả:
- chấn thương gây ra cho người khác, tổn hại đến sức khỏe hoặc bị giết,
- thiệt hại cho người khác về tài sản (hiểu theo giá trị vật chất),
- những thiệt hại khác do chấn thương ảnh hưởng đến sức khỏe và bị giết và những thiệt hại về vật chất nêu trên (tiếp theo là thiệt hại về tài chính), gây ra bởi hoạt động thông thường trong hoạt động du lịch.
Loại bảo hiểm này được đàm phán như bảo hiểm thiệt hại.

Chương 2 – Sự cố bảo hiểm

1. Sự cố bảo hiểm tại nên trách nhiệm của người bảo hiểm thanh toán thiệt hại hoặc bị xâm phạm sức khỏe và bị giết, chấn thương, mà theo luật người bảo hiểm phải có trách nhiệm (không phải theo hợp đồng). Nếu như việc bồi thường đó do cơ quan có thẩm quyền quyết định thì, sự cố bảo hiểm bắt đầu từ ngày quyết định có hiệu lực.

Chương 3 – Thực thi việc bảo hiểm

1. Trong bảo hiểm trách nhiệm, người tham gia bảo hiểm có quyền đòi nhà bảo hiểm trả đến mức như đàm phán trong hợp đồng:

a) chấn thương sức khỏe hoặc gây chết người với người thứ ba, nếu người bảo hiểm thực sự gây ra,

b) thiệt hại về vật chất cho bên thứ ba,

c) chi phí cần thiết cho việc bảo vệ theo pháp luật cho người bảo hiểm, mà ngay cả người bảo hiểm và nhà bảo hiểm chưa tính đến,

2. Nhà bảo hiểm thanh toán cho người bảo hiểm những chi phí sau:

a) chi phí cho luật sư ngoài hợp đồng để bảo vệ quyền lợi của người bảo hiểm khi bị ra tòa ở cấp một, sơ thẩm về thiệt hại sức khỏe, chết hoặc chấn thương, nhà bảo hiểm chi trả khôn này,

b) chi phí cho việc xử bồi thường thiệt hại về vật chất, ảnh hưởng sức khỏe, chết hoặc bị chấn thương tại phiên tòa cấp một, sơ thẩm, nếu như phiên tòa đó là cần thiết để xác minh trách nhiệm của người bảo hiểm, và phải thanh toán, chi phí cho luật sư nhà bảo hiểm thanh toán với điều kiện là có cam kết bằng văn bản,

c) chi phí thỏa thuận ngoài tòa án về thiệt hại vật chất, sức khỏe, chết, chấn thương

d) bảo chữa cho người bảo hiểm trước phiên tòa, xử bồi thường thiệt hại về sức khỏe, chết hoặc chấn thương, và những việc pháp lý liên quan, nhà bảo hiểm thanh toán nếu có cam kết bằng văn bản.

3. Nếu người bảo hiểm khai man cho nhà bảo hiểm về những thiệt hại vật chất, sức khỏe, chết hoặc chấn thương, thì nhà bảo hiểm có quyền hạ thấp mức đền bù.

4. Nhà bảo hiểm có quyền đòi lại tiền chi trả cho người bảo hiểm, nếu lúc xảy ra sự cố, người bảo hiểm say rượu, có dung chất gây nghiện hoặc những chất tương tự.

5. Đối với từng vụ, nhà bảo hiểm chi trả có mức giới hạn. **Cho tất cả các sự cố bảo hiểm, giới hạn chi trả tối đa là ba lần. Trong trường hợp sự cố về thiệt hại, nhà bảo hiểm hạ thấp mức cùng chịu được nêu trong bảo hiểm.**

6. Xem xét trách nhiệm phải bồi thường trong việc gây thiệt hại sức khỏe, chết, chấn thương, và ngoài ra xem bên bị hại có phạm lỗi không, căn cứ vào từng trường hợp.

7. Nếu như người bảo hiểm phải chi trả từ tiền hưu trí và giá trị tiền hưu cao hơn tiền phải bồi thường, việc chi trả theo tỷ lệ đàm phán.

Chương 5 – Những mục không nằm trong bảo hiểm

1. Bảo hiểm không liên quan đến trách nhiệm của người bảo hiểm thanh toán thiệt hại hoặc tổn hại sức khỏe và chết, chấn thương, trong các trường hợp sau:

a) gây ra có chủ ý, chủ đích, có tính chất phá hoại, và thiệt hại được ước đoán trước, mà không có ngăn ngừa (ví dụ phương pháp thực hiện tiết kiệm được chi phí và thời gian),

b) chấp nhận hoặc công nhận bởi người bảo hiểm quá mức luật pháp quy định,

c) gây ra bởi phương tiện giao thông và những hoạt động khác mà theo quy định phải có đóng bảo hiểm hoặc có liên quan đến bảo hiểm theo pháp luật,

d) gây ra bởi hoạt động hoặc lái mô tô và những phương tiện khác đương không, đường thủy mà tại CR hoặc nước sở tại theo quy định phải có bằng lái,

e) gây ra bởi ô nhiễm của nguồn nước, đất, không khí hoặc môi trường các loại,

f) gây ra bởi bệnh lây từ người, thú vật hoặc cây cối,

g) gây ra bởi chiến tranh, nội chiến, nổi loạn hoặc can thiệp của cơ quan nhà nước,

h) gây ra bởi các vật thuê mượn mà người bảo hiểm dùng (ngoại trừ phòng thuê), và các đồ dùng khác cho các hoạt động đặt trước,

i) gây ra khi các hoạt động kinh doanh của người bảo hiểm kể cả trách nhiệm gây chấn thương cho đồng nghiệp theo quy định của pháp luật và trách nhiệm cho sản phẩm,

j) khi thực hiện công việc hoặc có liên quan, mà trách nhiệm thuộc về bảo hiểm của người chủ công ty,

k) trách nhiệm của người bảo hiểm với người thân trong gia đình như, vợ, chồng, bạn đời có đăng ký, người nhà thân thiết, những người thân sống cùng nhà, chung bếp ăn,

l) gây ra bởi thú vật, ngoại lệ vật nuôi là tài sản sản của người tham gia bảo hiểm,

m) thương tích do hoạt động, thi đấu thể thao gây ra, cho bất kỳ môn thể thao nào, chuyên nghiệp hay không.

n) Gây ra bởi các vật mà người tham gia bảo hiểm dung trái luật.

2. Những mục tiếp theo sau không nằm trong bảo hiểm:

a) đòi hỏi trách nhiệm về lỗi,

b) đòi hỏi thực hiện hợp đồng và thực hiện hợp đồng thay thế,

c) cam kết thanh toán những thiệt hại không tài sản do bất cẩn gây ra, không tuân thủ theo trách nhiệm pháp luật hoặc né tránh,

d) cam kết thanh toán những thiệt hại không tài sản, mà đã được bố trí hoặc được gây ra ngoài thiệt hại về sức khỏe hoặc chết.

Chương 6 – Trách nhiệm của người bảo hiểm

Khi xảy ra sự cố bảo hiểm, người có bảo hiểm phải liên hệ ngay với đối tác của nhà bảo hiểm hoặc nhà bảo hiểm và thông báo chi tiết về nguyên nhân và mức độ thiệt hại.

1. Người có bảo hiểm có trách nhiệm bên cạnh các trách nhiệm theo quy định ở phần chung của VPP:

a) Phải có biên bản lập với bên bị hại, có nêu chi tiết, thiệt hại xảy ra thế nào, xảy ra ở đâu và khi nào, cái gì bị thiệt hại, mức độ ra sao, trị giá ban đầu thế nào, vật dụng cũ bao lâu, kê khai mức độ thiệt hại, biên bản phải được ký của hai bên, bị hại và bên gây ra, cùng với hai nhân chứng, không có quan hệ họ hàng với người có bảo hiểm và bên bị hại, người làm chứng phải ghi đủ họ, tên, ngày sinh, địa chỉ thường trú và điện thoại, trong trường hợp thiệt hại đến 10 000,- korun có thể trả ngay – trong trường hợp này người có bảo hiểm có trách nhiệm trao chứng từ thanh toán,

b) trình biên bản lập bởi công an và chứng nhận bác sỹ nêu rõ chi tiết bị thương của bên bị hại,

c) ngay lập tức thông báo cho đối tác của nhà bảo hiểm hoặc nhà bảo hiểm biết, rằng sau khi sự cố xảy ra đã bị khởi tố hoặc chuẩn bị khả năng sẽ khởi tố,

d) trong trường hợp xảy ra sự cố và sẽ là nguyên nhân của việc tạo quyền lợi đòi bảo hiểm thiệt hại, hoặc tổn hại sức khỏe hoặc chết, chấn thương, phải thông báo ngay cho nhà bảo hiểm,

e) làm mọi khả năng để hạn chế thiệt hại về tài sản, sức khỏe, mạng sống và mức độ chấn thương,

f) cung cấp, hợp tác với nhà bảo hiểm, đối tác nhà bảo hiểm, tìm hiểu nguyên nhân xảy ra sự cố, tìm hiểu mức độ thiệt hại, tổn thất sức khỏe, mạng sống, chấn thương, khai báo trung thực việc xảy ra và mức độ thiệt hại, cung cấp đầy đủ giấy tờ trong thời hạn yêu cầu, cho nhà bảo hiểm,

g) thông báo ngay lập tức cho nhà bảo hiểm, rằng người có bảo hiểm bị đòi thanh toán thiệt hại, tổn sức, mạng sống, chấn thương, - bị đòi thanh toán thiệt hại, tổn sức, mạng sống, chấn thương thông qua tòa án hoặc cơ quan khác, - người có bảo hiểm đã bị khởi tố và thông báo ai là người bào chữa.

h) trong quá trình xét bồi thường thiệt hại, tổn sức, mạng sống, chấn thương, làm theo chỉ dẫn của đối tác nhà bảo hiểm, hoặc nhà bảo hiểm, ngoài ra làm theo chỉ dẫn (trong trường hợp này chi phí kháng nghị do bên nhà bảo hiểm chịu),

i) công nhận và thanh toán thiệt hại do bồi thường thiệt hại, tổn sức, mạng sống, chấn thương phải có sự đồng ý của nhà bảo hiểm, ngoại trừ thiệt hại đến 10 000,- korun, theo điểm 1a) chương này

Vì phạm những trách nhiệm này có thể bị trừ hoặc từ chối chi trả bảo hiểm.

Nhà bảo hiểm và đối tác nhà bảo hiểm có quyền thay mặt người có bảo hiểm để giải quyết sự cố bảo hiểm. nếu người có bảo hiểm mà không hài lòng hoặc phản đối việc giải quyết đó thì nhà bảo hiểm không có trách nhiệm chi trả cao hơn cho các khoản nợ và chi phí khác.

VPP này có hiệu lực từ 01.01.2018