



**Những điều kiện
bảo hiểm chung với
bảo hiểm sức khỏe
toàn diện cho người
nước ngoài
3/2024**

Những điều kiện bảo hiểm chung với bảo hiểm sức khỏe toàn diện cho người nước ngoài

VPP KZPC 3/2024

Nội dung

- Điều 1** Các điều khoản ban đầu
- Điều 2** Giới hạn thuật ngữ
- Điều 3** Đối tượng bảo hiểm, rủi ro bảo hiểm, sự kiện bảo hiểm
- Điều 4** Lãnh thổ hoạt động
- Điều 5** Phạm vi bảo hiểm
- Điều 6** Thực hiện bảo hiểm
- Điều 7** Loại trừ khỏi bảo hiểm
- Điều 8** Hợp đồng bảo hiểm
- Điều 9** Thời hạn bảo hiểm, bắt đầu và kết thúc bảo hiểm
- Điều 10** Nghĩa vụ của công ty bảo hiểm
- Điều 11** Nghĩa vụ của người ký và được bảo hiểm
- Điều 12** Nghĩa vụ của người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm
- Điều 13** Những quyền lợi và nghĩa vụ khác của những người tham gia bảo hiểm
- Điều 14** Phí bảo hiểm
- Điều 15** Các chi phí cứu hộ
- Điều 16** Thông tin về khả năng và hình thức xem hồ sơ của sự kiện bảo hiểm
- Điều 17** Những qui định cuối cùng
- Tổng quan về các dịch vụ** nha khoa phải thanh toán

Điều 1

Các điều khoản ban đầu

- Bảo hiểm y tế toàn diện cho người nước ngoài (gọi là KZPC), được cung cấp bởi Slavia pojišťovna a.s., IČ 60197501, có trụ sở đăng ký tại Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4, Cộng hòa Séc (sau đây gọi là công ty bảo hiểm), được điều chỉnh bởi luật pháp của Cộng hòa Séc, đặc biệt là bộ luật số 89/2012 Sb., Bộ luật Dân sự, Điều khoản và Điều kiện Bảo hiểm Chung về Bảo hiểm sức khỏe toàn diện cho người nước ngoài VPP KZPC 3/2024 (sau đây gọi là VPP KZPC 3/2024) và các quy định được quy định trong hợp đồng bảo hiểm. VPP KZPC 3/2024 là một phần của hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm được đàm phán bằng tiếng Séc.
- Bảo hiểm KZPC được thỏa thuận như bảo hiểm cho các thiệt hại trong thời gian nhất định.
- Hợp đồng bảo hiểm bảo hiểm sức khỏe toàn diện cho người nước ngoài là văn bản về bảo hiểm sức khỏe di lịch cho người nước ngoài theo bộ luật số 326/1999 Sb. về thời gian lưu trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, đã được sửa đổi.

Điều 2

Giới hạn thuật ngữ

- Bên mua bảo hiểm là cá nhân hoặc pháp nhân đã ký kết hợp đồng bảo hiểm với công ty bảo hiểm và có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm.
- Công ty bảo hiểm** là Slavia pojišťovna a.s.
- Người được bảo hiểm** là người nước ngoài (không phải công dân Séc), được bảo hiểm thanh toán về sức khỏe.
- Người có quyền lợi** là người đã chứng minh được việc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm và qua sự kiện bảo hiểm sẽ được hưởng quyền lợi bảo hiểm.
- Thời gian bảo hiểm** là thời gian được thỏa thuận bảo hiểm.
- Rủi ro của bảo hiểm** là nguyên nhân ở thể xảy ra của sự kiện bảo hiểm.

- Sự kiện **thiệt hại** là sự kiện phát sinh thiệt hại và có thể là nguyên nhân dẫn đến quyền được bồi thường bảo hiểm.
- Sự kiện bảo hiểm** là sự kiện ngẫu nhiên gắn liền với nghĩa vụ cung cấp quyền lợi bảo hiểm cho người được bảo hiểm.
- Mắc bệnh đột ngột** là tình trạng sức khỏe suy giảm đột xuất, khó lường, đe dọa trực tiếp đến sức khỏe, tính mạng của người được bảo hiểm và cần được chăm sóc y tế cần thiết, khẩn cấp.
- Tai nạn** là hành động đột xuất, bất ngờ của các lực bên ngoài hoặc sức lực của bản thân, không phụ thuộc vào ý chí của người được bảo hiểm, gây tổn hại cho sức khỏe của người được bảo hiểm hoặc gây tử vong.
- Nước mẹ** là đất nước mà người được bảo hiểm sở hữu hộ chiếu.
- Hồi hương** là việc vận chuyển người được bảo hiểm hoặc hài cốt của họ về nước mẹ hoặc tới một quốc gia khác, nơi họ được phép cư trú.
- Chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp** là dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho người được bảo hiểm trong trường hợp xảy ra tai nạn hoặc bệnh tật đột ngột mà việc trì hoãn có thể dẫn đến tình trạng sức khỏe xấu đi nghiêm trọng, sức khỏe bị tổn hại hoặc đe dọa đến tính mạng.
- Thế chấp nhận của người được bảo hiểm** là văn bản xác nhận của người bảo hiểm, cấp cho người được bảo hiểm để chứng minh sự tồn tại của bảo hiểm. Chi tiết liên hệ của dịch vụ hỗ trợ được liệt kê ở mặt sau của thẻ.
- Dịch vụ hỗ trợ** được cung cấp bởi đối tác hợp đồng của công ty bảo hiểm. Mục đích của dịch vụ hỗ trợ là hỗ trợ người được bảo hiểm liên quan đến sự kiện được bảo hiểm (giải quyết vấn đề ngôn ngữ khi giao tiếp với cơ sở y tế, tổ chức vận chuyển hoặc hồi hương người được bảo hiểm).
- Chăm sóc sức khỏe toàn diện** là dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả chăm sóc phòng ngừa và chăm sóc y tế, được cung cấp cho người được bảo hiểm tại cơ sở y tế theo hợp đồng của hãng bảo hiểm mà không hoàn trả trực tiếp chi phí điều trị cho người được bảo hiểm nhằm duy trì tình trạng sức khỏe của họ như trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm.
- Cơ sở y tế hợp đồng** là cơ sở y tế trên lãnh thổ Cộng hòa Séc mà công ty bảo hiểm đã ký kết hợp đồng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến bảo hiểm này. Thông tin về các cơ sở chăm sóc sức khỏe có hợp đồng sẽ được dịch vụ hỗ trợ cung cấp cho người được bảo hiểm.
- Các quốc gia quá cảnh** chỉ là những quốc gia thuộc khu vực Schengen, trong lãnh thổ mà người được bảo hiểm lưu trú trong thời gian cần thiết, cần thiết để vận chuyển người được bảo hiểm nhanh nhất và ngắn nhất từ nước mẹ của họ đến Cộng hòa Séc và quay trở lại.
- Tuổi tham gia bảo hiểm** của người được bảo hiểm được xác định bằng sự chênh lệch giữa ngày sinh của người được bảo hiểm và ngày bắt đầu bảo hiểm.

Điều 3

Đối tượng bảo hiểm, rủi ro bảo hiểm, sự kiện bảo hiểm

- Đối tượng của bảo hiểm là việc chi phí chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ hỗ trợ có liên quan cung cấp cho người được bảo hiểm trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và các dịch vụ hỗ trợ liên quan do sức khỏe suy giảm, bệnh tật, thương tích hoặc liên quan đến thai nghén và việc sinh con của người phụ nữ được bảo hiểm phát sinh trong thời gian bảo hiểm và trong thời gian người được bảo hiểm lưu trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc.
- Đối tượng bảo hiểm còn là việc chi phí chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp được cung cấp cho người được bảo hiểm trên lãnh thổ khu vực Schengen bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc và các dịch vụ hỗ trợ liên quan.

3. Rủi ro bảo hiểm là sự thay đổi về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm do bệnh tật, thương tích hoặc các nguyên nhân khác liên quan đến tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm, có thể xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và gây ra tình trạng đòi hỏi công ty bảo hiểm phải có nghĩa vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
 4. Sự kiện được bảo hiểm là ốm đau, tai nạn hoặc sự thay đổi khác về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm. Để tránh điều đó, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc hỗ trợ, tương ứng với các điều khoản và điều kiện phạm vi bảo hiểm đã thỏa thuận cho người được bảo hiểm, trong khi người được bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán các chi phí cho cơ sở y tế đã sử dụng việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này hoặc thanh toán chi phí dịch vụ hỗ trợ cho nhà cung cấp của họ. Việc chăm sóc sức khỏe phải được cung cấp trong suốt thời gian bảo hiểm
 5. Sự kiện được bảo hiểm không phải là bảo hiểm tai nạn mà theo báo cáo của bác sĩ chuyên khoa, chắc chắn xảy ra trước khi kết thúc tháng thứ ba của thời hạn bảo hiểm. Việc sinh nở do người được bảo hiểm mang thai, theo báo cáo y tế, xảy ra trước khi kết thúc tháng thứ ba của thời gian chờ đợi, không phải là một sự kiện được bảo hiểm.
 6. Các sự kiện phát sinh từ một nguyên nhân và bao gồm tất cả các sự kiện và hậu quả của chúng, giữa chúng có mối liên hệ nhân quả và thời gian hoặc mối liên hệ trực tiếp khác, được coi là một sự kiện được bảo hiểm.
5. e) nằm viện trong thời gian thực sự cần thiết; và điều này chỉ ở mức độ chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp được bảo hiểm y tế công cộng chi trả theo tiêu chuẩn ở Cộng hòa Séc. Phạm vi của nó được xác định rõ hơn bằng các loại trừ bảo hiểm và các giới hạn đã thỏa thuận về quyền lợi bảo hiểm.

3. Bảo hiểm có thể được ký theo một trong hai loại sau:

a) **NAM**

b) **NỮ**

Loại bảo hiểm này cũng bao gồm dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến việc mang thai và sinh con sau thời gian chờ đợi. Nó không bao gồm chăm sóc sức khỏe sau sinh cho trẻ sơ sinh được bảo hiểm. Trong hợp đồng bảo hiểm loại PHỤ NỮ, thời gian chờ đợi có thể được rút ngắn nếu hợp đồng này là sự tiếp nối của hợp đồng bảo hiểm trước đó đã ký kết với công ty bảo hiểm vì lợi ích của cùng một người được bảo hiểm.

c) **THỂ THAO CHUYÊN NGHIỆP**

Loại bảo hiểm này bao gồm dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến các sự kiện xảy ra liên quan đến việc điều hành các hoạt động thể thao chuyên nghiệp trên lãnh thổ Cộng hòa Séc.

4. Đối tượng hưởng quyền lợi bảo hiểm là những chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh một cách hợp pháp và rõ ràng, phù hợp với quy định pháp luật và y tế hiện hành:

a) dịch vụ chăm sóc sức khỏe do cơ sở y tế liên quan cung cấp cho người được bảo hiểm;

5. Khoản thanh toán bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe do cơ sở y tế có liên quan tại Cộng hòa Séc được cung cấp theo giai đoạn trước sẽ được thanh toán tối đa bằng khoản thanh toán tiêu chuẩn cho dịch vụ chăm sóc này từ bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc hoặc khoản thanh toán tiêu chuẩn điều đó là do dịch vụ chăm sóc sức khỏe này từ bảo hiểm y tế công cộng ở một quốc gia thành viên khác của khu vực Schengen, trong lãnh thổ mà người được bảo hiểm được cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết và khẩn cấp.

6. Công ty bảo hiểm sẽ cung cấp cho người được bảo hiểm hoặc người khác quyền lợi bảo hiểm để thanh toán các chi phí phát sinh rõ ràng trong thời gian bảo hiểm đối với các loại thuốc do bác sĩ kê đơn ngoại trú đến giới hạn quyền lợi bảo hiểm liên quan đã thỏa thuận trong bảo hiểm hợp đồng. Số tiền bảo hiểm tối đa để hoàn trả chi phí thuốc do bác sĩ kê đơn cho bệnh nhân ngoại trú bằng với số tiền hoàn trả cho loại thuốc này từ bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc quy định trong quy định pháp lý hiện hành có liên quan của Bộ Y tế Cộng hòa Séc (Danh sách các sản phẩm thuốc được bảo hiểm y tế chi trả và chi trả một phần).

7. Công ty bảo hiểm sẽ cung cấp quyền lợi bảo hiểm liên quan đến việc cung cấp trực tiếp các dịch vụ hỗ trợ sau:

a) Việc hỏi lương người được bảo hiểm bị bệnh, có thể và cần thiết xét từ quan điểm y tế và được tổ chức bởi dịch vụ hỗ trợ sau khi có quyết định của công ty bảo hiểm và sau khi được bác sĩ điều trị của người được bảo hiểm chấp thuận, đến quốc gia cấp hộ chiếu cho người được bảo hiểm mà người được bảo hiểm sở hữu hoặc đến nước khác mà người được bảo hiểm có giấy phép cư trú.

b) Việc vận chuyển từ hải của người được bảo hiểm đến nước mà người được bảo hiểm sở hữu hộ chiếu hoặc đến nước mà người được bảo hiểm có giấy phép cư trú, do dịch vụ hỗ trợ tổ chức sau khi được công ty bảo hiểm chấp thuận.

8. Trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm và việc nằm viện liên tục của người được bảo hiểm vượt quá hoặc có khả năng vượt quá thời gian bảo hiểm thì doanh nghiệp bảo hiểm quyết định cách xử lý tiếp theo như sau:

a) nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép hỏi lương, công ty bảo hiểm sẽ quyết định thực hiện sau khi có sự chấp thuận của bác sĩ điều trị;

Điều 4

Lãnh thổ hoạt động

1. Trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, bảo hiểm có giá trị trong phạm vi chăm sóc sức khỏe mở rộng ngoài phạm vi chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp.
2. Đối với các lãnh thổ thuộc khu vực Schengen, ngoại trừ lãnh thổ Cộng hòa Séc, bảo hiểm chỉ áp dụng cho thời gian lưu trú du lịch của người được bảo hiểm trong khu vực Schengen, trong khi thời gian lưu trú không được vượt quá 30 ngày.

Điều 5

Phạm vi bảo hiểm

1. Chăm sóc sức khỏe mở rộng bao gồm:
 - a) dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cứu hộ y tế cần thiết;
 - b) vận chuyển theo chỉ định của bác sĩ đến cơ sở y tế có thẩm quyền chuyên môn gần nhất;
 - c) chẩn đoán và điều trị, bao gồm cả các xét nghiệm cần thiết;
 - d) các thủ tục y tế cần thiết và khẩn cấp, bao gồm cả thuốc và các thiết bị y tế cần thiết;
 - e) nằm viện trong thời gian thực sự cần thiết;
 - f) chăm sóc y tế cấp cứu và chăm sóc khi ngoại trú, bao gồm cả chẩn đoán;
 - g) hỏi lương hoặc vận chuyển hải cốt của người được bảo hiểm;
 - h) các loại thuốc do bác sĩ viết đơn;
 - i) chăm sóc phòng ngừa và chăm sóc y tế.

Chi phí chăm sóc sức khỏe và sản phẩm thuốc được chi trả bằng một hoàn trả tối đa theo bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc. Phạm vi chăm sóc sức khỏe còn được xác định rõ hơn bởi loại bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm, các trường hợp loại trừ bảo hiểm và giới hạn thực hiện bảo hiểm đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

2. Chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp bao gồm:
 - a) dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cứu hộ y tế cần thiết;
 - b) vận chuyển theo chỉ định của bác sĩ đến cơ sở y tế có thẩm quyền chuyên môn gần nhất;
 - c) chẩn đoán và điều trị, bao gồm cả các xét nghiệm cần thiết;
 - d) các thủ tục y tế cần thiết và khẩn cấp, bao gồm cả thuốc và các thiết bị y tế cần thiết;

- b) nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm không cho phép hồi hương thì người được bảo hiểm sẽ được điều trị tại cơ sở y tế do công ty bảo hiểm chỉ định cho đến khi có thể hồi hương về mặt sức khỏe.
9. Phạm vi nghĩa vụ cung cấp quyền lợi bảo hiểm của doanh nghiệp bảo hiểm bị giới hạn bởi các trường hợp loại trừ khỏi bảo hiểm và giới hạn quyền lợi bảo hiểm.
10. Giới hạn trên của quyền lợi bảo hiểm là giới hạn quyền lợi bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm cũng nêu rõ giới hạn quyền lợi bảo hiểm đối với tất cả các sự kiện bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm.
11. Giới hạn trên của khoản thanh toán bảo hiểm cho các thiết bị phát sinh trong lãnh thổ khu vực Schengen ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc là 30 000 euro.
- i) các biến chứng và hậu quả xảy ra liên quan đến các thủ tục y tế không được công ty bảo hiểm thanh toán;
- j) đặt làm và sửa chữa kính, kính áp tròng và máy trợ thính, điều trị các khuyết tật về mắt bẩm;
- k) các sự kiện phát sinh liên quan đến việc thực hiện một hoạt động có lợi hoặc việc người được bảo hiểm tìm kiếm nơi bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc;
- l) thanh toán các loại thuốc và thiết bị y tế không do bác sĩ kê đơn, được mua tự do mà không cần đơn thuốc hoặc việc sử dụng chúng đã được bắt đầu trước khi bắt đầu bảo hiểm;
- m) đặt làm hoặc sửa chữa xe lăn điện và chân, tay giả cơ điện;
- n) thanh toán cho quản lý cùng các chi phí khác;
- o) người được bảo hiểm trở thành người tham gia bảo hiểm công cộng tại Cộng Hòa Séc.

Điều 6 Thực hiện bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho người có quyền lợi trong trường hợp dịch vụ chăm sóc sức khỏe do cơ sở y tế liên quan cung cấp trực tiếp cho cơ sở y tế.
2. Công ty bảo hiểm sẽ thực hiện chi trả quyền lợi bảo hiểm cho người được ủy quyền sau khi nhận được bản gốc hồ sơ theo quy định. Bản gốc của các tài liệu này sẽ được giữ ở công ty bảo hiểm và không được trả lại.
3. Trường hợp người được bảo hiểm là người được ủy quyền từ vong trước khi thực hiện quyền lợi bảo hiểm thì thủ tục thực hiện theo quy định của pháp luật hiện hành.
4. Trừ khi các bên ký kết có thỏa thuận khác bằng văn bản, việc thực hiện theo Điều này thường được thực hiện bằng tiền, cụ thể là bằng tiền của Cộng hòa Séc và trên lãnh thổ của mình, công ty bảo hiểm sẽ thực hiện bằng cách chuyển khoản trực tiếp vào tài khoản ngân hàng của người được ủy quyền hoặc gửi qua đường bưu điện đến tên, địa chỉ của người được ủy quyền.
- a) nẩy sinh ngoài lãnh thổ của khu vực Schengen;
- b) nẩy sinh ra trong khu vực Schengen liên quan đến hoạt động của người được bảo hiểm nhưng không tương ứng với thời gian cư trú của khách du lịch;
- c) nẩy sinh ra từ nước sở tại của người được bảo hiểm;
- d) nẩy sinh ra do hành động khủng bố mà người được bảo hiểm tích cực tham gia;
- e) nẩy sinh do chiến tranh, nội chiến, bất ổn dân sự;
- f) nẩy sinh do bức xạ xuyên thấu, phản ứng hạt nhân hoặc nhiễm phóng xạ;
- g) nẩy sinh do vũ khí hóa học hoặc sinh học;
- h) phát sinh từ việc xử lý súng, chất nổ hoặc xử lý trái phép hoặc thiếu chuyên nghiệp các chế phẩm và sản phẩm chất nổ;
- i) nẩy sinh trong quá trình chạy thử phương tiện giao thông và khi thực hiện diễn viên đóng thế;
- j) phát sinh trong quá trình chuẩn bị và vận hành các môn thể thao mạo hiểm, nguy hiểm hoặc adrenaline hoặc các hoạt động khác có nguy cơ cao hơn; công ty bảo hiểm quyết định mức độ rủi ro. Loại trừ này không áp dụng nếu thuộc loại bảo hiểm „Thể thao chuyên nghiệp” được sắp xếp.

Điều 7 Loại trừ khỏi bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện xảy ra trước khi đóng phí bảo hiểm.
2. Công ty bảo hiểm không thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho những sự kiện mà các triệu chứng rõ ràng đã xảy ra trước khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực hoặc người được bảo hiểm hoặc bên ký bảo hiểm phải biết trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm.
3. Công ty bảo hiểm không thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe không được bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc chi trả.
4. Công ty bảo hiểm không thanh toán cho các trường hợp sau:
- a) thụ thai nhân tạo, khám và điều trị vô sinh, tránh thai và các thủ thuật liên quan đến nó, phá thai mà không có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe;
- b) chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh sau khi sinh trong thời gian được bảo hiểm;
- c) các thủ thuật nha khoa không được liệt kê trong phần thông quan về các thủ tục nha khoa được thanh toán do công ty bảo hiểm cấp;
- d) các thủ tục y tế không được thực hiện bởi cơ sở y tế hoặc nhân viên y tế hoặc không được pháp luật công nhận hoặc bên được y tế công nhận;
- e) chăm sóc phòng ngừa;
- f) các thủ thuật thẩm mỹ, chăm cứu và vi lượng đồng căn, bao gồm cả việc điều trị các biến chứng do chúng gây ra;
- g) phục hồi chức năng, huấn luyện trị liệu và huấn luyện khả năng tự lực, ngoại trừ các thủ tục sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật do bác sĩ chỉ định trong thời gian năm năm;
- h) điều trị vật lý hoặc trị liệu spa hoặc chăm sóc tại các cơ sở y tế chuyên khoa, các thủ thuật chỉnh hình;
5. Công ty bảo hiểm cũng không thanh toán quyền lợi bảo hiểm:
- a) nếu sự kiện có hại xảy ra do kết quả hoặc liên quan đến bạo loạn hoặc hoạt động bị phạm do người được bảo hiểm gây ra hoặc thực hiện, nếu không phải là tai nạn;
- b) nếu sự kiện có hại xảy ra do uống rượu hoặc liên quan đến hậu quả của việc uống rượu, nếu không phải là tai nạn;
- c) nếu tác hại xảy ra do uống hoặc sử dụng chất gây nghiện, ma túy hoặc chế phẩm có chứa chất đó, nếu đó không phải là tai nạn;
- d) đối với các sự kiện xảy ra do hành vi cố ý, lỗi hoặc sự đồng lõa của người được bảo hiểm, nếu không phải là tai nạn;
- e) nếu người được bảo hiểm từ chối hồi hương, điều trị y tế hoặc kiểm tra y tế cần thiết bởi bác sĩ do công ty bảo hiểm chỉ định hoặc dịch vụ hỗ trợ;
- f) trong trường hợp đi du lịch đến Cộng hòa Séc, hoặc từ Cộng hòa Séc đến các quốc gia khác trong khu vực Schengen, với mục đích nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe;
- g) trong trường hợp nếu người được bảo hiểm hoặc người đại diện pháp lý của họ ký vào văn bản ngược lại.
7. Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ thanh toán quyền lợi bảo hiểm nếu yêu cầu bồi thường của người có quyền đối với một sự kiện thiệt hại ít hơn số tiền 100 Kč.

Điều 8 Hợp đồng bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký kết bằng việc đóng phí bảo hiểm theo số tiền quy định.

2. Hợp đồng bảo hiểm được công ty bảo hiểm xử lý trên cơ sở:
 - a) đơn bảo hiểm được điền đầy đủ và có chữ ký
 - b) những câu hỏi về sức khỏe được trả lời đầy đủ và trung thực, có chữ ký của người được bảo hiểm hoặc người đại diện
 - c) biên bản khám sức khỏe ban đầu của người được bảo hiểm trong phạm vi do công ty bảo hiểm quy định phải được nộp với người đủ 61 tuổi vào ngày ký hợp đồng bảo hiểm, người có nhu cầu ký dạng bảo hiểm "Mẹ" và người trong bảng câu hỏi sức khỏe cho biết hiện sức khỏe của họ không tốt hoặc đang được điều trị, theo dõi tại một trong các cơ sở y tế hoặc được chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo hoặc một công việc nhiều rủi ro.
3. Người đại diện của người được bảo hiểm là người đại diện theo pháp luật hoặc được ủy quyền hoặc được sự đồng ý của người bảo hiểm, người thân thích gần nhất của người được bảo hiểm. Nếu hợp đồng bảo hiểm được ký kết mà không có kiểm tra y tế ban đầu, thì trong vòng ba tháng kể từ khi bắt đầu bảo hiểm, công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu người được bảo hiểm tiến hành kiểm tra y tế bổ sung trong phạm vi quy định và gửi biên bản hoàn thành việc đó cho người bảo hiểm. Trong trường hợp công ty bảo hiểm phát hiện ra sự khác biệt giữa tình trạng sức khỏe do bảng câu hỏi và từ giao thức này, thì công ty bảo hiểm có quyền tăng thêm phí bảo hiểm cho chủ hợp đồng do rủi ro tăng lên và xác định thời hạn thanh toán không được chậm quá một tháng kể từ khi yêu cầu này được chuyển đến cho người mua bảo hiểm. Nếu bên mua bảo hiểm không thanh toán phí bảo hiểm bổ sung trong thời hạn quy định, thời hạn bảo hiểm đã thỏa thuận sẽ được rút ngắn, tương ứng với số phí bảo hiểm bổ sung chưa thanh toán do công ty bảo hiểm.
4. Chi phí khám sức khỏe đầu vào do người có nhu cầu ký kết hợp đồng bảo hiểm thanh toán.
5. Sau khi ký hợp đồng bảo hiểm thì công ty bảo hiểm sẽ cấp cho người được bảo hiểm Thẻ bảo hiểm.
6. Điều kiện để có hiệu lực và thời hạn bảo hiểm là thời gian cư trú hợp pháp của người được bảo hiểm trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, hoặc trong khu vực Schengen, sau khi đáp ứng các điều kiện do các quy định pháp luật liên quan đặt ra.
5. Hợp đồng bảo hiểm có thể bị chấm dứt trong trường hợp ngoại lệ theo thỏa thuận của các bên trong hợp đồng theo những điều kiện đã thỏa thuận.

Điều 10 Nghĩa vụ của công ty bảo hiểm

1. Ngoài các nghĩa vụ khác được quy định bởi các ấn định pháp lý chung có tính ràng buộc, công ty bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - a) Sau khi nhận được thông báo về một sự kiện bảo hiểm có liên quan đến yêu cầu thanh toán từ bảo hiểm, ngay lập tức tiến hành điều tra cần thiết để xác định mức độ nghĩa vụ phải thực hiện của mình.
 - b) Kết thúc điều tra trong thời hạn ba tháng kể từ ngày sự việc này được báo cáo. Nếu công ty bảo hiểm không thể chấm dứt điều tra trong thời hạn này thì có nghĩa vụ thông báo cho người được hoặc đã có quyền hưởng quyền lợi bảo hiểm về lý do không thể chấm dứt điều tra.
 - c) Giữ bí mật về những thông tin liên quan đến bảo hiểm được biết trong quá trình đàm phán bảo hiểm, quản lý bảo hiểm và thanh lý sự kiện bảo hiểm.
2. Công ty bảo hiểm xử lý dữ liệu cá nhân của đối tượng phù hợp với pháp luật hiện hành và các quy định đặc nội bộ về xử lý dữ liệu cá nhân. Toàn văn các chính sách này có thể được tìm thấy tại www.slavia-pojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju.
3. Việc thanh toán bảo hiểm phải được giải quyết trong vòng 15 ngày sau khi kết thúc cuộc điều tra theo khoản 1. Việc điều tra kết thúc ngay sau khi doanh nghiệp bảo hiểm thông báo kết quả cho người có thẩm quyền.
4. Trong trường hợp hợp đồng bảo hiểm hoặc giấy tờ tùy thân của người được bảo hiểm bị mất, hư hỏng, công ty bảo hiểm có trách nhiệm cấp bản sao liên quan cho bên mua bảo hiểm theo yêu cầu và chi phí của bên mua bảo hiểm.
5. Trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm, công ty bảo hiểm có trách nhiệm thông báo thông tin cho bên mua bảo hiểm theo địa chỉ của bên mua bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 9 Thời hạn bảo hiểm, bắt đầu và kết thúc bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký có thời hạn. Thời hạn của bảo hiểm được ấn định trong hợp đồng.
2. Bảo hiểm có hiệu lực kể từ ngày giao ký hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng.
3. Bảo hiểm hết hạn:
 - a) bảo hiểm hết hạn, cụ thể là vào lúc 24 giờ của ngày đã thỏa thuận là ngày kết thúc bảo hiểm, nếu thời hạn bảo hiểm không kết thúc sớm hơn;
 - b) ngày người được bảo hiểm qua đời;
 - c) ngày có hiệu lực pháp lý của quyết định chấm dứt hiệu lực giấy phép cư trú của người được bảo hiểm tại Cộng hòa Séc hoặc từ chối đơn xin cấp giấy phép cư trú của người được bảo hiểm tại Cộng hòa Séc. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lại cho người bảo hiểm các giấy tờ xác nhận hiệu lực của bảo hiểm;
 - d) vào ngày người được bảo hiểm tham gia hệ thống bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc.
 - e) ngày thông báo chấm dứt quyền lợi bảo hiểm cho người bảo hiểm,
 - f) bằng các cách khác được quy định tại điều luật số 89/2012 Sb., bộ luật dân sự.
4. Bảo hiểm không bị gián đoạn.

Điều 11 Nghĩa vụ của người ký và được bảo hiểm

1. Ngoài các nghĩa vụ được quy định bởi các quy định pháp luật chung có tính ràng buộc, bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời trung thực và đầy đủ mọi câu hỏi bằng văn bản của doanh nghiệp bảo hiểm về hợp đồng bảo hiểm. Điều này cũng áp dụng trong trường hợp thay đổi bảo hiểm hoặc xử lý sự kiện gây thiệt hại.
2. Bên ký bảo hiểm và người được bảo hiểm còn có nghĩa vụ:
 - a) thông báo cho công ty bảo hiểm bằng văn bản vào bất kỳ thời điểm nào trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm về sự thay đổi bất kỳ dữ liệu nào được quy định trong hợp đồng bảo hiểm;
 - b) thông báo bằng văn bản không chậm trễ cho công ty bảo hiểm tất cả những thay đổi đối với dữ liệu mà họ được yêu cầu bằng văn bản khi mua bảo hiểm;
 - c) cho phép công ty bảo hiểm tiến hành điều tra nguyên nhân xảy ra sự kiện có hại và mức độ hậu quả của nó, đồng thời cung cấp cho công ty bảo hiểm sự hợp tác của mình.
3. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - a) làm mọi cách để ngăn chặn sự kiện được bảo hiểm xảy ra và giảm mức độ thiệt hại phát sinh;

- b) nếu liên quan đến sự kiện gây thiệt hại, có nghi ngờ thực hiện tội trạng, thì hãy báo cáo ngay thông tin liên quan cho Cảnh sát Cộng hòa Séc hoặc cơ quan có thẩm quyền khác;
 - c) tiến hành theo cách mà công ty bảo hiểm có thể thực hiện quyền bồi thường thiệt hại hoặc quyền tương tự khác phát sinh liên quan đến sự kiện được bảo hiểm đối với sự kiện khác;
 - d) thực hiện các nghĩa vụ khác quy định trong điều kiện bảo hiểm và hợp đồng bảo hiểm;
 - e) trả lời đầy đủ và trung thực tất cả các câu hỏi của công ty bảo hiểm liên quan đến những thông tin được yêu cầu trong hợp đồng bảo hiểm (đặc biệt là trong các câu hỏi về sức khỏe).
4. Ngoài các nghĩa vụ được quy định bởi các quy định pháp lý chung có tính ràng buộc, bên ký bảo hiểm còn có nghĩa vụ:
- a) Trả phí bảo hiểm cho người bảo hiểm;
 - b) thông báo không chậm trễ cho người được bảo hiểm, chậm nhất là trước khi bắt đầu bảo hiểm, rằng bảo hiểm đã được thu xếp vì lợi ích của người được bảo hiểm và thông báo cho người được bảo hiểm về các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ bảo hiểm đã thỏa thuận.
5. Nếu bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm hoặc người khác hưởng quyền lợi bảo hiểm việc có ý vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào của có ảnh hưởng đáng kể đến việc xảy ra sự kiện bảo hiểm, diễn biến của sự kiện đó hoặc làm tăng phạm vi hậu quả của sự kiện bảo hiểm, hoặc khi xác định hoặc xác định mức quyền lợi bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm có quyền giảm số tiền bảo hiểm tùy theo ảnh hưởng của hành vi vi phạm đó đến phạm vi nghĩa vụ phải thực hiện của mình. Điều này không ảnh hưởng đến quyền từ chối quyền lợi bảo hiểm của doanh nghiệp bảo hiểm theo quy định pháp luật hiện hành.

Điều 12 **Nghĩa vụ của người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm**

1. Khi xảy ra sự kiện gây thiệt hại, người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
- a) luôn luôn và không chậm trễ, nếu tình trạng sức khỏe cho phép cần liên hệ trực tiếp với dịch vụ hỗ trợ hoặc công ty bảo hiểm, làm theo hướng dẫn của họ và khi có yêu cầu, phải khám sức khỏe tại cơ sở y tế do dịch vụ hỗ trợ hoặc công ty bảo hiểm chỉ định, chú ý đến các yêu cầu hướng dẫn, khuyến nghị của nhân viên y tế;
 - b) nếu cần thiết, hãy tìm cách điều trị y tế, chứng minh bản thân với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng thẻ bảo hiểm sức khỏe của mình;
 - c) theo yêu cầu của công ty bảo hiểm, cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữ bí mật bằng văn bản và ủy quyền bằng văn bản cho công ty bảo hiểm thu thập thông tin bắt buộc phải bảo mật của nhân viên và cơ sở y tế, công ty bảo hiểm, bao gồm cả công ty bảo hiểm y tế và Cảnh sát Cộng hòa Séc và cần thiết cho việc điều tra của công ty bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự kiện có hại;
 - d) được điều trị hoặc khám sức khỏe cần thiết bởi bác sĩ do công ty bảo hiểm chỉ định hoặc dịch vụ hỗ trợ;
 - e) nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép hoặc thời gian chăm sóc sức khỏe vượt quá thời hạn bảo hiểm thì phải hỏi hướng theo đề nghị của công ty bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ.
2. Trường hợp cơ sở y tế yêu cầu người được bảo hiểm chi trả những chi phí thuộc đối tượng được hưởng quyền lợi bảo hiểm thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
- a) tiếp nhận bản gốc của các tài liệu cần thiết trong phạm vi nêu tại khoản 3 và giữ chúng cẩn thận để giao cho công ty bảo hiểm; người được bảo hiểm còn có nghĩa vụ này trong các trường hợp trực tiếp bồi thường thiệt hại;
 - b) thanh toán cho cơ sở y tế những chi phí hợp lý và có thể chứng minh được bằng tiền mặt;
 - c) bàn giao các tài liệu cần thiết theo khoản 3 cho công ty bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ ngay lập tức.
3. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo ngay cho công ty bảo hiểm bằng văn bản về sự kiện có liên quan đến yêu cầu bồi thường quyền lợi bảo hiểm, giải thích trung thực về sự việc xảy ra và mức độ hậu quả của nó, nộp các tài liệu cần thiết để chứng minh các tình huống mang tính quyết định đối với việc đánh giá yêu cầu bồi thường quyền lợi bảo hiểm và xác định số tiền đó. Nghĩa vụ này cũng có thể được thực hiện bởi người khác (ví dụ: cơ sở y tế).
4. Thông báo về sự kiện có hại, bao gồm cả tài liệu đính kèm, phải ghi rõ ràng và chứng minh:
- a) địa điểm, ngày, giờ, nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra sự kiện thiệt hại, mức độ và mối liên hệ của nó với người được bảo hiểm;
 - b) đối tượng được bồi hoàn, tức là các chi phí phát sinh khi cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến một sự kiện tai hại nhất định, cụ thể là: báo cáo y tế về bản gốc mô tả chi tiết về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm bao gồm mã chẩn đoán, danh sách đầy đủ các thủ tục y tế đã thực hiện cùng với mô tả, mã số, điểm giá điểm hoặc giá cả và ngày thực hiện, tên và số lượng sản phẩm thuốc được sử dụng bao gồm cả giá cả, danh sách các thiết bị và dịch vụ y tế đã sử dụng hoặc được cung cấp bao gồm cả giá cả, thông số kỹ thuật có thể áp dụng, nhập viện;
 - c) bản sao đơn thuốc do bác sĩ cấp cho bệnh nhân ngoại trú; d) bản gốc của tài liệu khác do cơ sở y tế cấp, trong đó có mục đích và danh sách đầy đủ các thủ tục y tế được thực hiện cùng với mô tả, mã số, điểm đánh giá hoặc giá cả và ngày thực hiện, tên và số lượng sản phẩm thuốc được sử dụng bao gồm cả giá cả, danh sách các thiết bị và dịch vụ y tế đã qua sử dụng hoặc được cung cấp, bao gồm cả giá của chúng;
 - e) số tiền thanh toán, trong đó nêu rõ số tiền và đối tượng hoàn trả (ví dụ: chứng từ kế toán do cơ sở y tế, nhà thuốc phát hành).
5. Trong trường hợp xảy ra thiệt hại mà cảnh sát hoặc cơ quan quản lý nhà nước khác đang điều tra thì phải đính kèm báo cáo của cảnh sát hoặc xác nhận điều tra vụ việc; trong trường hợp từ vong phải kèm theo giấy chứng tử chính thức và giấy chứng nhận y tế về nguyên nhân tử vong.
6. Mọi giấy tờ phải đứng tên người được bảo hiểm và phải có ngày cấp, chữ ký và đóng dấu của cơ quan hành sự.

Điều 13 **Những quyền lợi và nghĩa vụ khác của người tham gia bảo hiểm**

1. Công ty bảo hiểm có quyền kiểm tra hồ sơ, yêu cầu ý kiến chuyên môn của các chuyên gia hoặc để tham khảo ý kiến các sự kiện có hại phức tạp với các cơ sở y tế hoặc các cơ sở và cá nhân khác, kể cả ở nước ngoài.
2. Người được bảo hiểm, người được ủy quyền hoặc người thanh toán chi phí cứu hộ có nghĩa vụ thực hiện các biện pháp ngăn chặn việc sơ lảng hoặc quên quyền bồi thường thiệt hại mà pháp luật chuyển cho công ty bảo hiểm.

Điều 14 **Phí bảo hiểm**

1. Phí bảo hiểm là khoản thanh toán cho việc bảo hiểm được cung cấp. Số tiền bảo hiểm do công ty bảo hiểm xác định có tính đến tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm trên cơ sở các câu hỏi về sức khỏe và việc khám sức khỏe ban đầu. Số tiền bảo hiểm được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

2. Công ty bảo hiểm có quyền thu phí bảo hiểm cho toàn bộ thời gian bảo hiểm. Quyền này của công ty bảo hiểm phát sinh kể từ ngày giao kết hợp đồng bảo hiểm.
3. Hợp đồng bảo hiểm quy định đóng phí bảo hiểm một lần, số tiền này phải được thanh toán đầy đủ vào ngày hợp đồng bảo hiểm được ký kết bằng mệnh giá của Cộng hòa Séc.
4. Công ty bảo hiểm có quyền xác minh với người được bảo hiểm về tính chính xác của các dữ liệu có tính chất quyết định để xác định số tiền bảo hiểm.
5. Công ty bảo hiểm có quyền thu phí bảo hiểm trong suốt thời gian bảo hiểm. Nếu bảo hiểm bị chấm dứt do một sự kiện được bảo hiểm thì toàn bộ phí bảo hiểm sẽ thuộc về công ty bảo hiểm.
6. Trong trường hợp bảo hiểm không được thực hiện, công ty bảo hiểm sẽ trả lại phí bảo hiểm đã thanh toán cho bên mua bảo hiểm trừ đi các chi phí liên quan đến việc ký kết hợp đồng bảo hiểm và quản lý hợp đồng bảo hiểm, số tiền này lên tới 20% số phí bảo hiểm chưa sử dụng.
7. Trong trường hợp bảo hiểm hết hạn sau khi bắt đầu bảo hiểm và không có sự kiện bảo hiểm nào xảy ra trong suốt thời hạn bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ hoàn trả cho bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm chưa sử dụng đã giảm 20% chi phí từ số phí bảo hiểm chưa sử dụng liên quan, với việc ký kết hợp đồng bảo hiểm và quản lý hợp đồng bảo hiểm

Điều 15 Các chi phí cứu hộ

Giới hạn chi phí cứu hộ để cứu tính mạng hoặc sức khỏe của người được bảo hiểm phát sinh trong thời gian bảo hiểm là 30% giới hạn quyền lợi bảo hiểm tương ứng được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bồi thường cho các chi phí cứu hộ khác phát sinh trong thời gian bảo hiểm được giới hạn ở mức 100.000 Kč cho một và tất cả các sự kiện.

Điều 16 Thông tin về khả năng và hình thức xem hồ sơ của sự kiện bảo hiểm

1. Căn cứ vào yêu cầu bằng văn bản của người được ủy quyền, công ty bảo hiểm sẽ cho phép người được ủy quyền (tức là người được ủy quyền trong trường hợp người được bảo hiểm từ vong) kiểm tra hồ sơ do công ty bảo hiểm lưu giữ liên quan đến người được bảo hiểm, sự kiện hoặc hồ sơ tương tự về tiến trình điều tra sự kiện được bảo hiểm và lấy các trích đoạn từ sự kiện đó hoặc bản sao các tài liệu hoặc tài liệu liên quan đến lý do từ chối cung cấp quyền lợi bảo hiểm hoặc xác định số tiền quyền lợi bảo hiểm, sau khi hoàn thành việc điều tra sự kiện bảo hiểm (sau đây còn gọi là "yêu cầu xem xét hồ sơ sự kiện bảo hiểm").
2. Điều kiện xem hồ sơ yêu cầu bồi thường bảo hiểm:
 - a) là sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, và
 - b) việc điều tra sự kiện bảo hiểm, hồ sơ mà người được ủy quyền yêu cầu, đã được công ty bảo hiểm hoàn thành vào thời điểm người được ủy quyền nộp đơn, và
 - c) quyền thanh toán bảo hiểm từ một sự kiện bảo hiểm mà người có thẩm quyền yêu cầu, không bị hạn chế thời gian tại thời điểm người có thẩm quyền nộp đơn, và
 - d) người có thẩm quyền có văn bản yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm:
 - i) Gửi thư đến trụ sở của công ty bảo hiểm, tức là Slavia pojišťovna a.s., Odd. Likvidace pojistných událostí, Tábor- ská 940/31, 140 00 Praha 4 nebo
 - ii) Thông qua thùng thư điện tử đến địa chỉ e.mail (không cần chữ ký) của công ty bảo hiểm: likvidace@slavia-pojistovna.cz nebo
 - iii) tại bất kỳ chi nhánh nào của công ty bảo hiểm(xem <https://www.slavia-pojistovna.cz/kontakt/>), và
 - e) người được ủy quyền đã cung cấp đầy đủ và kịp thời dữ liệu nhận dạng của mình cho công ty bảo hiểm và xác nhận danh tính của mình cho công ty bảo hiểm trước khi kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm.

3. Công ty bảo hiểm sẽ cho phép người có thẩm quyền kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm một cách không chậm trễ tùy theo phạm vi và tính chất kỹ thuật của nội dung hồ sơ. Công ty bảo hiểm sẽ thông báo cho người có thẩm quyền về ngày có thể tiến hành kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm, chậm nhất là 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu. Có thể kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm vào ngày được thỏa thuận giữa công ty bảo hiểm và người được ủy quyền trong giờ làm việc thông thường của công ty bảo hiểm.
4. Phương pháp xem hồ sơ sự kiện bảo hiểm. Người được ủy quyền có thể xem tệp sự kiện bảo hiểm theo cách sau:
 - a) Doanh nghiệp bảo hiểm cho phép người được ủy quyền kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm tại bất kỳ chi nhánh, điểm liên lạc nào của doanh nghiệp bảo hiểm theo lựa chọn của người được ủy quyền trong thời hạn đã được thỏa thuận giữa doanh nghiệp bảo hiểm và người được ủy quyền, hoặc
 - b) Doanh nghiệp bảo hiểm cho phép người được ủy quyền xem hồ sơ sự kiện bảo hiểm tại trụ sở đăng ký của doanh nghiệp bảo hiểm vào ngày đã được thỏa thuận giữa doanh nghiệp bảo hiểm và người được ủy quyền.
5. Công ty bảo hiểm sẽ không chấp nhận yêu cầu kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm, nếu việc kiểm tra có thể dẫn đến gây nguy hiểm cho thủ tục tố tụng hình sự hoặc điều tra hồ sơ, nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của cơ quan có thẩm quyền (xem Mục 129a, Điều 2 của điều luật này). Bộ luật số 277/2009 Sb., về bảo hiểm, đã được sửa đổi). Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ gửi yêu cầu đến cơ quan có thẩm quyền trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm của người có thẩm quyền, nếu thủ tục tố tụng hình sự hoặc hành chính liên quan đến sự kiện bảo hiểm đã được tiến hành.
6. Nếu quyền của người được ủy quyền kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm ở phạm vi rộng hơn được quy định trong hợp đồng bảo hiểm thì việc cung cấp hợp đồng bảo hiểm sẽ được ưu tiên hơn quy định này của VPP.
7. Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ cho phép người có thẩm quyền kiểm tra hồ sơ sự kiện bảo hiểm, bao gồm cả việc thu thập miễn phí các đoạn trích từ hồ sơ hoặc bản sao các tài liệu, tài liệu.

Điều 17 Những qui định cuối cùng

1. Mọi thay đổi trong hợp đồng bảo hiểm đều được lập thành văn bản trên cơ sở thỏa thuận của các bên trong hợp đồng.
2. Việc chuyển giao tài liệu được thực hiện theo quy định pháp luật hiện hành chung.
3. Việc khai báo, thông báo cho người bảo hiểm chỉ có giá trị nếu được thực hiện bằng văn bản.
4. Ngôn ngữ giao tiếp là tiếng Séc.
5. Trường hợp thanh toán bằng tiền mặt thì ngày thanh toán là ngày bên nhận nhận được tiền. Nếu thực hiện thanh toán chuyển khoản, ngày thanh toán là ngày số tiền được ghi vào tài khoản của bên nhận.
6. Quy và nghĩa vụ từ bảo hiểm này được điều chỉnh bởi luật pháp Cộng hòa Séc. Mọi tranh chấp phát sinh từ bảo hiểm hoặc phát sinh liên quan đến bảo hiểm sẽ được giải quyết nếu không đạt được thỏa thuận, hoặc để giải quyết ngoài tòa án tại tòa án liên quan ở Cộng hòa Séc.
7. Các điều kiện bảo hiểm chung này được công ty bảo hiểm ban hành bằng tiếng Séc, cũng như bản dịch sang tiếng Nga và tiếng Anh. Văn bản bằng tiếng Séc mang tính chất quyết định.
8. Các điều kiện bảo hiểm chung này có hiệu lực từ ngày 25 tháng 10 năm 2023.

Tổng quan về các dịch vụ nha khoa phải thanh toán

00901	Khám và điều trị bệnh nhân đã đăng ký như một phần của chăm sóc phòng ngừa (dành cho trẻ em dưới 15 tuổi)	833 Kč
00908	Khám và điều trị khẩn cấp cho bệnh nhân không đăng ký	650 Kč
00910	Chụp X-quang vòm miệng	139 Kč
00911	Chụp X-quang phía ngoài miệng – chỉ trong trường hợp tai nạn	422 Kč
00913	Chụp ảnh trực giao – chỉ trong trường hợp tai nạn	513 Kč
00914	Đánh giá ảnh chụp trực giao – chỉ trong trường hợp tai nạn	158 Kč
00916	Gây mê hàm dưới và ổ mắt	222 Kč
00917	Gây mê các bộ phận khác	186 Kč
00920	Điều trị sâu răng - răng cố định - trám răng composite ở bệnh nhân dưới 18 tuổi kể cả răng nanh	1542 Kč
00921	Điều trị sâu răng – răng cố định	1043 Kč
00922	Điều trị sâu răng – răng tạm thời	813 Kč
00925	Điều trị biến chứng sau răng – răng cố định	494 Kč
00945	Điều trị có mục đích	120 Kč
00949	Nhổ răng tạm thời	275 Kč
00950	Nhổ răng cố định	678 Kč
00951	Phẫu thuật mô cứng với quy mô nhỏ của khoang miệng (phẫu thuật nhổ răng và chỉnh sửa vết thương do nhổ răng)	1201 Kč
00953	Phẫu thuật mô mềm với quy mô nhỏ của khoang miệng (cắt vò và khâu vết thương niêm mạc lên đến 5 cm)	833 Kč
00957	Chấn thương quy mô nhỏ của mô cứng của khoang miệng	833 Kč
00959	Đường rạch trong miệng	284 Kč
00961	Điều trị các biến chứng của phẫu thuật vòm miệng	112 Kč
00962	Điều trị bệnh khớp thái dương hàm (chỉ điều trị trật khớp bằng tay TMK)	559 Kč
00963	Tiêm I.M., S.C., I.D., I.V.	264 Kč

Chứng chỉ ČSK

00952	Phẫu thuật mô cứng vùng miệng (phẫu thuật nhổ răng phức tạp và đóng lỗ thông miệng)	2357 Kč
00956	Phẫu thuật mô mềm vùng miệng diện rộng (chỉ khâu vết thương đến 5 cm)	1654 Kč
00958	Chấn thương mô cứng của khoang miệng ở quy mô lớn hơn	1381 Kč
00960	Mổ bên ngoài	1107 Kč

T.č.: 300463/2024/63e