

Các điều kiện chung về bảo hiểm y tế đối với người nước ngoài

Điều 1 Điều khoản chung

- Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài (dưới đây viết tắt là bảo hiểm KZPC), cung cấp bởi Công ty bảo hiểm cổ phần Slavia pojišťovna a.s., số đăng ký kinh doanh 60197501, có trụ sở tại Revoluční 1, 110 00 Praha 1, Cộng hòa Séc (dưới đây viết tắt là hãng bảo hiểm), dựa trên luật pháp của Cộng hòa Séc, đặc biệt là theo Luật số 37/2004 Sb., về hợp đồng bảo hiểm với các quy định ban hành sau đó, quy định các điều kiện chung về bảo hiểm y tế đối với người nước ngoài trong trường hợp VPP KZPC 01/2012 (dưới đây viết tắt là điều kiện bảo hiểm VPP KZPC) và các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm. Điều kiện bảo hiểm VPP KZPC là những bộ phận của hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm được ký bằng tiếng Séc.
- Bảo hiểm KZPC là bảo hiểm trong trường hợp ốm đau theo điều 62 của Luật về hợp đồng bảo hiểm và được ký kết như là bảo hiểm thiệt hại trong thời hạn nhất định. Bảo hiểm này giống như là bảo hiểm sức khỏe công cộng, nhưng phạm vi của nó bị hạn chế bởi ngoại lệ và giới hạn của thực hiện bảo hiểm, cho nên việc ký kết hợp đồng bảo hiểm sẽ không theo điều 62, dòng 3 luật về hợp đồng bảo hiểm.
- Hợp đồng bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài là chứng nhận bảo hiểm y tế du lịch của người nước ngoài theo Luật số 326/1999 TTL về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ CH Séc đang hiện hành.

Điều 2 Giải thích các khái niệm

- Người ký bảo hiểm** là cá nhân hoặc pháp nhân ký hợp đồng bảo hiểm với cơ quan bảo hiểm và có nghĩa vụ trả tiền bảo hiểm.
- Cơ quan bảo hiểm** là Công ty cổ phần Slavia pojišťovna, a.s.
- Người được bảo hiểm** là người nước ngoài có liên quan đến bảo hiểm sức khỏe.
- Người được quyền hợp pháp** là người được bảo hiểm hoặc người chứng nhận được là đã nộp lệ phí cho việc chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm, hoặc trẻ sơ sinh được bảo hiểm.
- Người nước ngoài** là cá nhân không phải là công dân Cộng hòa Séc (sau đây viết tắt là "CH Séc").
- Thẻ bảo hiểm** là văn bằng chứng nhận của cơ quan bảo hiểm về việc cung cấp chăm sóc y tế cho người được bảo hiểm trong thời gian và phạm vi được bảo hiểm. Mặt sau của Thẻ bảo hiểm có in địa chỉ giao dịch với dịch vụ hỗ trợ.
- Cư trú du lịch** là loại cư trú mà trong thời gian đó người được bảo hiểm không đi làm kiếm tiền tại nơi được bảo hiểm, và cũng không tìm kiếm việc làm.
- Cư trú lao động tại CH Séc** là cư trú mà trong thời gian đó người được bảo hiểm đi làm kiếm tiền tại CH Séc hoặc tìm kiếm việc làm.
- Cư trú học tập tại CH Séc** là cư trú tại CH Séc vì mục đích học tập theo Luật về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ CH Séc.
- Sự cố thiệt hại** là tình huống xảy ra tổn thất và là nguyên nhân phát sinh quyền lợi về bồi thường bảo hiểm.
- Sự cố bảo hiểm** là yếu tố ngẫu nhiên liên quan đến việc phát sinh nghĩa vụ của hãng bảo hiểm cung cấp đến bù bảo hiểm.
- Thời hạn bảo hiểm** là thời gian bảo hiểm được thỏa thuận.
- Ốm đau đột ngột** được hiểu là khi tình trạng sức khỏe bị suy giảm đột ngột, nằm ngoài ý muốn và gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe hoặc tính mạng của người được bảo hiểm, tình huống đòi hỏi chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn.
- Tai nạn** là sự ảnh hưởng bất ngờ và ngẫu nhiên từ bên ngoài hoặc từ trong cơ thể, ngoài ý muốn của người được bảo hiểm, tai nạn có thể gây thiệt hại đến sức khỏe hoặc thậm chí tử vong cho người được bảo hiểm.
- Chăm sóc sức khỏe tổng hợp** là nhằm mục đích bảo tồn hoặc nâng cấp tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm hoặc trẻ sơ sinh được bảo hiểm theo Điều 18 bao gồm việc chăm sóc sức khỏe ngoại trú và nội trú kể cả việc khám chẩn đoán bệnh, khám phòng bệnh, chữa bệnh lâu dài, sơ cứu và dịch vụ cấp cứu, cung cấp thuốc điều trị và phương tiện chuyên chở người bệnh do các cơ sở y tế có hợp đồng với hãng bảo hiểm cung cấp, và dịch vụ đó được cung cấp tối đa trong phạm vi chăm sóc sức khỏe mức cơ bản được bảo hiểm y tế phổ thông cung cấp tại Cộng hòa Séc, tiếp theo là việc vận chuyển hồi hương hoặc chuyên chở thì hải của người được bảo hiểm trong trường hợp cần thiết. Ngoài ra phạm vi chăm sóc sức khỏe tổng hợp còn được hạn định bởi loại bảo hiểm, giới hạn bảo hiểm, sự loại trừ khỏi bảo hiểm và giới hạn đến bù bảo hiểm được nêu ra trong hợp đồng bảo hiểm, mà các bộ phận kèm là VPP KZPC này. Việc chăm sóc sức khỏe được thanh toán

theo tiêu chuẩn từ bảo hiểm y tế phổ thông tại CH Séc trong bản VPP KZPC là việc chăm sóc sức khỏe được thanh toán toàn phần, trong trường hợp cung cấp thuốc điều trị (sau đây chỉ viết tắt là "thuốc") được thanh toán một phần từ bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc, và việc cung cấp cũng như thanh toán loại bảo hiểm này không phụ thuộc vào quyết định của bác sĩ kiểm tra, hội đồng chuyên môn hay cơ quan khác của hãng bảo hiểm sức khỏe, trong đó với những điều kiện bảo hiểm này, lệ phí thông thường do người được bảo hiểm thanh toán thì không được coi là phí tổn cho việc chăm sóc sức khỏe. Việc chăm sóc sức khỏe tổng hợp bao gồm việc chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn và bao gồm cả việc chăm sóc sức khỏe theo kế hoạch.

- Việc chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn** là việc chăm sóc sức khỏe đối với người được bảo hiểm hoặc cho trẻ sơ sinh được bảo hiểm theo Điều 18, trong trường hợp tai nạn hoặc ốm đau đột xuất, nếu trì hoãn việc chăm sóc sức khỏe sẽ dẫn đến sự giảm trầm trọng tình trạng sức khỏe, gây tổn hại đến sức khỏe hoặc đến tính mạng. Chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn bao gồm:
 - chăm sóc sức khỏe cấp thiết trong trường hợp phải cấp cứu;
 - vận chuyển theo yêu cầu của bác sĩ đến cơ sở y tế chuyên khoa gần nhất;
 - chẩn đoán lâm sàng và qui trình chữa trị kể cả việc khám nghiệm cần thiết;
 - điều trị y tế cấp thiết và không trì hoãn kể cả thuốc và các dụng cụ y tế cần thiết;
 - nhập viện cấp thiết trong thời gian cần thiết; và tối đa là trong phạm vi chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn được đến bù mức tiêu chuẩn theo bảo hiểm y tế phổ thông tại CH Séc. Phạm vi của việc chăm sóc y tế còn được điều chỉnh bởi giới hạn bảo hiểm và mức đền bù bảo hiểm theo thỏa thuận.
- Chăm sóc sức khỏe theo kế hoạch** là việc chăm sóc sức khỏe tổng hợp mà đó không phải là sự chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn.
- Việc chăm sóc trẻ sơ sinh** sau khi sinh là chăm sóc sức khỏe tổng hợp được cung cấp trên lãnh thổ CH Séc đối với trẻ sơ sinh của người mẹ được bảo hiểm vẫn còn giá trị trong khoảng thời gian không ngắn quá từ khi đưa trẻ được sinh ra đến khi rời nhà hộ sinh. Trẻ sơ sinh được hưởng bảo hiểm này được hiểu là trẻ trong 3 tháng đầu tiên mới sinh ra.
- Cơ sở y tế hợp đồng** là cơ sở y tế trên lãnh thổ CH Séc mà hãng bảo hiểm ký hợp đồng cung cấp chăm sóc y tế liên quan đến việc bảo hiểm. Dịch vụ hỗ trợ sẽ cung cấp thông tin về các cơ sở y tế hợp đồng. Người bảo hiểm sẽ được cấp danh sách hiện hành về các cơ sở y tế hợp đồng và danh sách này cũng có trên trang internet của hãng bảo hiểm www.slavia-pojišťovna.cz.
- Các nước quá cảnh** chỉ là những nước trong khu vực Schengen mà người bảo hiểm chỉ dừng lại trong thời gian cần thiết để được chuyển chở nhanh hơn và ngắn hơn từ CH Séc về quê hương hoặc ngược lại.
- Quê hương** là nước mà người được bảo hiểm mang hộ chiếu du lịch.
- Cơ sở y tế không hợp đồng** là cơ sở y tế trên lãnh thổ CH Séc không có hợp và tất cả cơ sở y tế trên lãnh thổ Schengen khác.
- Độ tuổi của người hưởng bảo hiểm** được tính theo sự cách biệt từ năm bắt đầu bảo hiểm và năm sinh.
- Lệ phí bảo hiểm một lần** là tiền bảo hiểm qui định cho toàn bộ thời gian bảo hiểm.

Điều 3 Đối tượng bảo hiểm, rùi ro bảo hiểm, sự cố bảo hiểm

- Đối tượng bảo hiểm là chi phí cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc và các dịch vụ hỗ trợ liên quan. Đó là việc chăm sóc sức khỏe tổng hợp do các cơ sở y tế có hợp đồng với hãng bảo hiểm cung cấp; hoặc do các cơ sở y tế không có hợp đồng với hãng bảo hiểm cung cấp trong trường hợp chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn. Nếu trong hợp đồng bảo hiểm được ký loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ, thì bao gồm cả bảo hiểm cho bà mẹ và đứa trẻ được người mẹ đó sinh ra như nêu ở mục vừa nói trên.
- Đối tượng bảo hiểm liên quan đến nội dung bảo hiểm được thỏa thuận cũng như chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không trì hoãn cung cấp cho người được bảo hiểm trên lãnh thổ khối Schengen ngoài CH Séc và liên quan đến dịch vụ trợ giúp.
- Thiệt hại được hiểu là chi phí đã chi trả cho việc chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm trong phạm vi bảo hiểm đã ký.

- Sự cố nguy hiểm được bảo hiểm trong quá trình cư trú của người được bảo hiểm tại lãnh thổ CH Séc là sự thay đổi tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm vì lý do ốm đau, tai nạn hoặc vì những lý do khác liên quan đến tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm mà có thể xảy ra khi bảo hiểm vẫn còn giá trị và gây ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe mà cần sự chăm sóc y tế hoặc trong trường hợp tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm thay đổi theo chiều hướng xấu do sự chăm sóc y tế trước đó gây ra. Nếu trong hợp đồng ký kết loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ, thì điều nói trên bao gồm cả người được bảo hiểm lần trẻ sơ sinh của người đó.
- Sự cố được bảo hiểm là sự ốm đau, tai nạn hoặc sự thay đổi tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cần có sự chăm sóc y tế cấp thiết hoặc dịch vụ trợ giúp phù hợp với điều kiện và phạm vi bảo hiểm được ký, đồng thời người được bảo hiểm cũng có nghĩa vụ thanh toán cho cơ sở y tế những chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe đó, hoặc thanh toán chi phí cho dịch vụ trợ giúp của nhà cung cấp. Nếu trong hợp đồng ký kết loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ, thì câu nói trên bao gồm cả người được bảo hiểm lần trẻ sơ sinh của người đó. Sự chăm sóc y tế phải được cung cấp trong thời gian bảo hiểm có giá trị và tại địa điểm được bảo hiểm.
- Các sự cố phát sinh từ một nguyên nhân và bao gồm mọi tình huống, hậu quả của chúng, trong đó tồn tại mối liên quan mang tính nguyên nhân và thời gian hoặc mối liên quan trực tiếp khác thì được coi là một sự cố bảo hiểm.
- Tiểu sinh nở của người được bảo hiểm là sự kiện khởi đầu của giai đoạn sinh nở liên quan đến động thái của sức khỏe mà không phải là một bộ phận của việc chăm sóc việc mang thai.

Điều 4 Loại cư trú, phạm vi lãnh thổ

- Phạm vi bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc liên quan đến đến loại cư trú của người được bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc. Bảo hiểm có thể ký kết với những loại cư trú sau:
 - "Cư trú lao động"
 - "Cư trú du lịch"
 - "Cư trú học tập"Trên lãnh thổ CH Séc, phạm vi bảo hiểm được ký kết phù hợp với loại cư trú tại CH Séc.
- Trong hợp đồng bảo hiểm có thể thỏa thuận bảo hiểm trên phạm vi lãnh thổ "CH Séc + các nước quá cảnh" hoặc, "CH Séc + Schengen"
 - Nếu trong hợp đồng bảo hiểm thỏa thuận phạm vi lãnh thổ CH Séc + các nước quá cảnh, địa phận được bảo hiểm là lãnh thổ CH Séc và các nước quá cảnh được giới hạn bởi VPP KZPC.
 - Nếu trong hợp đồng bảo hiểm thỏa thuận loại bảo hiểm CH Séc + Schengen, địa phận được bảo hiểm là toàn bộ khu vực Schengen kể cả các nước quá cảnh được giới hạn bởi VPP KZPC.Bảo hiểm trong khu vực Schengen không kể lãnh thổ CH Séc chỉ liên quan đến loại cư trú du lịch của người được bảo hiểm trong khu vực Schengen và thời hạn cư trú không được quá 30 ngày.

Điều 5 Thời hạn chờ

- Sự kiện bảo hiểm không bảo hiểm cho việc có thai khi mà thời bác sĩ có thai trước thời hạn ba tháng của thời hạn bảo hiểm. Thời gian chờ này không tính, nếu như trong hợp đồng ký loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ.
- Sự cố được bảo hiểm không phải là việc sinh nở sau quá trình mang thai diễn ra trước ba tháng theo thời hạn dự đoán của bác sĩ. Sự kiện bảo hiểm không bảo hiểm cho việc sinh nở, nếu như việc sinh nở xảy ra trước thời hạn tam tháng của thời hạn bảo hiểm. Thời gian chờ này không tính, nếu như trong hợp đồng ký loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ.
- Trong hợp đồng bảo hiểm kiểu PHỤ NỮ thì thời hạn chờ theo Điều 1 và Điều 2 có thể được cắt giảm, nếu hợp đồng bảo hiểm này được ký nối theo hợp đồng bảo hiểm trước kia KZPC tại hãng bảo hiểm cho người được bảo hiểm như đã ký.

Điều 6 Phạm vi bảo hiểm

- Chỉ có người nước ngoài có tình trạng sức khỏe tốt mới được bảo hiểm.
- Bảo hiểm có thể ký kết với những loại sau:
 - ĐÀN ÔNG**
 - PHỤ NỮ**Loại bảo hiểm này bao gồm sự chăm sóc bảo hiểm y tế cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến việc mang thai và

sinh đẻ theo Điều 5. Bảo hiểm này không bao gồm sự chăm sóc y tế cho em bé sơ sinh.

c) MẸ VÀ EM BÉ

Loại bảo hiểm này bao gồm sự chăm sóc y tế cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến việc mang thai và sinh nở theo Điều 5. Bao gồm ngoài giới hạn bảo hiểm cho PHỤ NỮ việc chăm sóc sức khỏe sau khi sinh nở cho trẻ sơ sinh của người mẹ được bảo hiểm và sinh con trong thời gian bảo hiểm vẫn có giá trị.

d) THỂ THAO CHUYÊN NGHIỆP

Loại bảo hiểm này bao gồm việc chăm sóc sức khỏe tổng hợp cung cấp cho người được bảo hiểm liên quan đến các sự kiện xảy ra liên quan đến các hoạt động thể thao chuyên nghiệp trên lãnh thổ CH Séc.

3. Đối tượng của đền bù bảo hiểm là những chi phí cần thiết và hợp lý, những chi phí này phải sinh một cách hợp pháp và rõ ràng phù hợp với những qui định hiện hành của y tế và pháp luật:

- về chăm sóc y tế cho người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế có hợp đồng.
- về việc chăm sóc sức khỏe sau khi sinh cho trẻ sơ sinh của bà mẹ được bảo hiểm do các cơ sở y tế tương ứng cung cấp trong trường hợp được ký loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ;

4. Đền bù bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe tổng hợp được các cơ sở y tế tương ứng tại CH Séc cung cấp theo các điều kiện nói trên sẽ được đáp ứng tối đa theo mức tiêu chuẩn của loại chăm sóc này từ bảo hiểm y tế phổ thông tại CH Séc, trong trường hợp việc đền bù cơ bản cho việc chăm sóc sức khỏe loại này từ bảo hiểm y tế phổ thông tại quốc gia thành viên của khối Schengen mà tại đó người được bảo hiểm được cung cấp sự chăm sóc y tế cần thiết và không thể trở lại.

5. Cơ quan bảo hiểm cung cấp đền bù bảo hiểm cho người được bảo hiểm hoặc người khác những chi phí chứng minh được trong thời gian bảo hiểm có giá trị cho thuốc điều trị ngoại trú trong phạm vi loại bảo hiểm được thỏa thuận theo Điều 4, tới giới hạn tương ứng của đền bù bảo hiểm được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Mức đền bù bảo hiểm tối đa cho việc mua thuốc điều trị ngoại trú tương ứng với mức thanh toán mua thuốc từ bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc được nêu trong qui định pháp lý tương ứng của Bộ y tế Cộng hòa Séc (Danh sách thuốc chữa bệnh được bảo hiểm y tế đến bù toàn phần và một phần).

6. Hãng bảo hiểm đền bù bảo hiểm qua việc cung cấp trực tiếp các dịch vụ hỗ trợ sau đây:

- giải quyết hồi hương cho người bệnh có bảo hiểm, nếu việc hồi hương là có thể và cần thiết về mặt sức khỏe, việc hồi hương được dịch vụ hỗ trợ tổ chức sau khi có quyết định của cơ quan bảo hiểm và sau khi được bác sĩ điều trị của người bệnh thông qua, và việc hồi hương sẽ là trở về quốc gia mà người có bảo hiểm mang hộ chiếu, hoặc có thể tới một quốc gia khác mà người được bảo hiểm có phép cư trú. Trong những trường hợp có lý chính đáng và được thông qua từ trước, cơ quan bảo hiểm có thể thanh toán chi phí chuyển chở cho cả những người đi hộ tống bệnh nhân, nếu việc hộ tống là cần thiết về mặt y tế.
- Giải quyết vận chuyển thi hài người được bảo hiểm tới quốc gia mà người quá cố có hộ chiếu hoặc tới quốc gia mà người quá cố trước đó có phép cư trú, việc vận chuyển sẽ do dịch vụ hỗ trợ tổ chức sau khi cơ quan bảo hiểm thông qua.

7. Nếu xảy ra sự cố bảo hiểm và việc nằm viện liên tục của người được bảo hiểm vượt quá hoặc có lẽ là sẽ vượt quá thời gian được bảo hiểm, cơ quan bảo hiểm sẽ quyết định các bước tiếp theo, cụ thể là:

- nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép hồi hương, sau khi được bác sĩ điều trị đồng ý, cơ quan bảo hiểm sẽ quyết định giải quyết việc hồi hương;
- nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm không cho phép hồi hương, người được bảo hiểm sẽ được điều trị tại cơ sở y tế do cơ quan bảo hiểm chỉ định cho đến khi sức khỏe cho phép thực hiện được việc hồi hương

8. Phạm vi ràng buộc của cơ quan bảo hiểm trong việc thanh toán đền bù bảo hiểm được giới hạn bởi những điều khoản trừ trong bảo hiểm, bởi giới hạn của đền bù bảo hiểm.

9. Bảo hiểm được thỏa thuận với các giới hạn sau đây:

- Chăm sóc sức khỏe tổng hợp và chuyển chở được phân chia giới hạn đền bù bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe tổng hợp kể cả phí tổn cho việc hồi hương hoặc chuyển chở thi hài của người được bảo hiểm được cung cấp do hậu quả của tất cả các sự cố bảo hiểm xảy ra trong khi bảo hiểm vẫn có giá trị. Việc hồi hương và vận chuyển thi hài của người được bảo hiểm chỉ được dịch vụ hỗ trợ của cơ quan bảo hiểm lo liệu.
- Việc chăm sóc nha khoa cho người được bảo hiểm (SP) được phân chia giới hạn đền bù bảo hiểm cho tất cả các loại động thái nha khoa được chi tiết hóa đúng theo sự qui định thanh toán cho việc khám chữa răng. Qui định này được phát cho người được bảo hiểm khi ký hợp đồng bảo hiểm và có thể truy cập trên các trang internet của cơ quan bảo hiểm www.slavia-pojistovna.cz
- Thuốc kê đơn điều trị ngoại trú cho người được bảo hiểm (AL) được phân chia giới hạn đền bù bảo hiểm cho việc chi phí mua thuốc chữa bệnh ngoại trú do bác sĩ kê đơn cho người được bảo hiểm liên quan đến tất cả các sự cố bảo hiểm phát sinh trong khi bảo hiểm vẫn có giá trị.
- Việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh được phân chia giới hạn đền bù bảo hiểm cho những chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh đối với tất cả các sự cố bảo hiểm của tất cả trẻ mới sinh của những bà mẹ vẫn đang có bảo hiểm, mà những sự cố bảo hiểm đó phát sinh trong thời gian bảo hiểm vẫn có giá trị, nếu như đã được thỏa thuận là loại bảo hiểm ME VÀ EM BÉ.

10. Mức độ tối đa thực hiện bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ của khối Schengen ngoài lãnh thổ CH Séc là 30 000,- EUR.

Điều 7 Đền bù bảo hiểm

- Hãng bảo hiểm thanh toán đền bù bảo hiểm cho người có quyền hợp pháp, trong trường hợp việc chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi cơ sở y tế có hợp đồng thẳng cho cơ sở y tế đó.
- Hãng bảo hiểm thanh toán đền bù bảo hiểm cho người có quyền hợp pháp sau khi nhận được bản gốc các chứng từ được qui định (theo Điều 12, khoản 3). Bản gốc các chứng từ này sẽ được cơ quan bảo hiểm giữ và không trả lại. Nếu chứng từ gốc về việc thanh toán được nộp cho cơ quan khác ngoài cơ quan bảo hiểm thì chỉ cần nộp bản chụp với sự xác nhận của cơ quan thu giữ chứng từ là bản chụp trùng khớp với bản chính.
- Trong trường hợp việc thanh toán chi phí thuộc đối tượng của bảo hiểm này là nghĩa vụ của bên thứ ba, cho dù đó là theo pháp lý hay theo hợp đồng, cơ quan bảo hiểm chỉ thanh toán bồi thường chênh lệch giữa mức thiệt hại thực tế và khoản tiền mà bên thứ ba có nghĩa vụ thanh toán; trong trường hợp nhiều bảo hiểm thì sẽ giải quyết theo Luật về hợp đồng bảo hiểm.
- Nếu các bên hợp đồng không có văn bản thỏa thuận khác, tiền bồi thường theo điều này sẽ được thanh toán bằng tiền Séc trên lãnh thổ CH Séc và hãng bảo hiểm sẽ chuyển khoản tiền bồi thường vào tài khoản của người được quyền hợp pháp hoặc bằng phiếu lĩnh tiền tại bưu điện theo tên và địa chỉ của người được quyền hợp pháp.
- Trong trường hợp việc thanh toán chi phí thuộc đối tượng của bảo hiểm này là nghĩa vụ của bên thứ ba, cho dù đó là theo pháp lý hay theo hợp đồng, cơ quan bảo hiểm chỉ thanh toán bồi thường chênh lệch giữa mức thiệt hại thực tế và khoản tiền mà bên thứ ba có nghĩa vụ thanh toán; trong trường hợp nhiều bảo hiểm thì sẽ giải quyết theo Luật về hợp đồng bảo hiểm.

Điều 8 Dịch vụ hỗ trợ

- Mục đích của dịch vụ hỗ trợ là cung cấp cho người được bảo hiểm sự giúp đỡ liên quan đến sự cố bảo hiểm và nhất là trong các tình huống sau:
 - khó khăn về ngôn ngữ khi giao dịch với cơ sở y tế,
 - cần thông tin về các cơ sở y tế có hợp đồng với hãng bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc,
 - sắp xếp việc vận chuyển hoặc hồi hương cho người được bảo hiểm,
 - cần giới thiệu các cơ sở y tế ở nước ngoài trong trường hợp bị tai nạn hoặc ốm đau đột ngột trong chuyến đi du lịch trong khu vực Schengen.
- Dịch vụ hỗ trợ được đảm bảo bằng cơ quan có hợp đồng với hãng bảo hiểm. Trụ sở dịch vụ hỗ trợ được đặt tại Praha. Địa chỉ giao dịch với Trụ sở tổ chức hỗ trợ được ghi ở mặt sau của Thẻ bảo hiểm.

Điều 9 Những trường hợp loại trừ bảo hiểm

- Hãng bảo hiểm không có trách nhiệm đền bù bảo hiểm đối với những sự cố xảy ra trước khi thanh toán phí bảo hiểm.
- Bảo hiểm sẽ không được tính cho các sự kiện và thiệt hại:
 - xảy ra ngoài lãnh thổ CH Séc và có liên quan đến hoạt động của người được bảo hiểm không đúng như là cư trú du lịch
 - xảy ra ngoài lãnh thổ của khối Schengen;
 - xảy ra do hậu quả của các hành vi khủng bố mà người được bảo hiểm có tham gia tích cực;
 - xảy ra trong quá trình chuẩn bị và thực hiện các hoạt động chuyên nghiệp trên lãnh thổ Schengen. Điều loại trừ này không được áp dụng nếu sự cố xảy ra trên lãnh thổ CH Séc và nếu loại bảo hiểm được thỏa thuận là "thể thao chuyên nghiệp"
- Hãng bảo hiểm không đền bù bảo hiểm trong các trường hợp:
 - thụ tinh nhân tạo, khám chữa trị vô sinh, phòng chống thai và các thủ tục liên quan, nạo phá thai mà không có dấu hiệu bệnh án nghiêm trọng;
 - việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh do người mẹ có bảo hiểm sinh ra trong thời gian vẫn còn bảo hiểm nhưng hợp đồng bảo hiểm không được thỏa thuận loại ME VÀ EM BÉ;
 - việc khám và chữa răng không được nêu trong danh sách các động thái nha khoa được cơ quan bảo hiểm thanh toán;
 - khám chữa bệnh không phải do cơ sở y tế hay nhân viên y tế thực hiện, hoặc khám chữa bệnh không được công nhận theo nguyên tắc phẫu thuật chỉnh hình hay y học;
 - khám phòng bệnh tại nhà máy;
 - phẫu thuật thẩm mỹ, chăm sóc, y học đồng cảm kể cả việc chữa trị các biến chứng do chúng gây ra;
 - vật lý trị liệu phục hồi sức khỏe, luyện tập phục hồi các chức năng ngoại trừ việc khám chữa trị sau phẫu thuật và sau tai nạn do bác sĩ chỉ định;
 - trị liệu vật lý hay chữa trị bằng nước khoáng hoặc chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở điều trị chuyên môn, khám chữa bệnh bằng xoa bóp và nắn khớp xương;
 - cây ghép các cơ quan, điều trị bệnh máu không đông và các bệnh khác liên quan đến việc máu không đông, inzulinoterapie (ngoại trừ việc sử dụng, bệnh tiểu đường đối với trẻ em dưới 15 tuổi cũng như tiểu đường ở phụ nữ mang thai, nếu bảo hiểm bao gồm việc chăm sóc sức

khỏe liên quan phụ nữ mang thai được bảo hiểm), chữa thần mẫn tính do nhiễm trùng huyết, điều trị bệnh thừa hormon, khám và chữa các bệnh bẩm sinh về chẩn đoán; chữa bệnh động kinh, ngoại trừ việc cấp cứu khi bị phát bệnh;

- khám và chữa trị các bệnh rối loạn tâm thần không liên quan đến điều trị tai nạn hoặc ốm đau liên quan đến bảo hiểm; khám nghiệm tâm lý và trị liệu tâm lý; điều trị các bệnh nghiện kể cả khám nghiệm và các biến chứng liên quan;
 - biến chứng và hậu quả xảy ra khi khám chữa các bệnh không liên quan đến bảo hiểm;
 - viêm gan, tử lức chẩn đoán;
 - các bệnh đường sinh dục và bệnh AIDS kể cả các biến chứng của chúng; khám nghiệm HIV dương tính và các biến chứng liên quan đến HIV dương tính;
 - lâm và sửa chữa kính, kính áp tròng và các thiết bị trợ thính, trị liệu khuyết tật về thị lực không ngôn ngữ;
 - sự cố xảy ra liên quan đến hoạt động lao động kiểm tiền hay quá trình tìm việc của người được bảo hiểm tại lãnh thổ CH Séc;
 - sự cố xảy ra liên quan đến hoạt động lao động kiểm tiền trên lãnh thổ CH Séc nếu không đăng ký loại bảo hiểm lao động;
 - thanh toán thiệt hại và các đồ dùng y tế không do bác sĩ kê đơn, mua tự do không cần đơn bác sĩ hoặc sử dụng chúng trước khi bắt đầu bảo hiểm;
 - lâm và sửa chữa xe lăn chạy điện và chân tay giả sử dụng điện cơ;
 - là sẽ trở thành người được bảo hiểm tham gia vào bảo hiểm y tế công cộng tại CH Séc.
4. Hãng bảo hiểm không đền bù bảo hiểm
- đối với các sự cố mà rõ ràng những triệu chứng của chúng đã xảy ra trước khi ký hợp đồng bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm hay người ký bảo hiểm phải biết được trước khi ký hợp đồng bảo hiểm;
 - nếu người được bảo hiểm từ chối điều trị y tế hoặc các khám nghiệm y tế cần thiết của bác sĩ do Hãng bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ chỉ định;
 - trong trường hợp sang CH Séc hoặc đi từ CH Séc tới các nước khác trong khu vực Schengen với mục đích chữa bệnh.
5. Hãng bảo hiểm không có nghĩa vụ đền bù bảo hiểm nếu yêu cầu của người được quyền hợp pháp cho một sự cố thiệt hại không vượt quá 100 Kč.
6. Nếu người phải là chăm sóc sức khỏe trong phạm vi cấp thiết và không thể trở lại khi bị tai nạn xảy ra trên lãnh thổ CH Séc đối với hợp đồng bảo hiểm được ký cho thời gian bảo hiểm 90 ngày hoặc lâu hơn, thì bảo hiểm không liên quan đến
- thiệt hại phát sinh do sự cố chiến tranh, nội chiến, xung đột công dân;
 - thiệt hại phát sinh do thất thoát tia phóng xạ, phản ứng hạt nhân hoặc ngộ độc tia phóng xạ;
 - thiệt hại phát sinh do tác động của vũ khí hóa học hoặc sinh học;
 - các sự kiện do người được bảo hiểm cố ý gây ra từ việc không tuân thủ pháp luật hiện hành tại nơi được bảo hiểm (ví dụ lái xe không bằng lái hay vi phạm nghiêm trọng các qui định về an toàn lao động);
 - sự cố xảy ra khi tham gia tiến hành thử nghiệm các phương tiện giao thông và trong khi thực hiện các hoạt động đồng thể;
 - đối với các sự cố xảy ra trong khi hoạt động tại những nơi qui định không cho phép thực hiện chúng (ví dụ trượt tuyết ngoài tuyến đường qui định, tắm ở những nơi bị cấm v.v...);
 - nếu xảy ra sự cố bảo hiểm do hậu quả hoặc do liên quan đến:
 - sử dụng rượu hoặc liên quan tới hậu quả của việc uống;
 - sử dụng hoặc dùng cách khác dùng các chất gây nghiện, chất kích thích thần kinh hoặc chất ma túy;
 - dùng hay sử dụng được liệu và các phương tiện y tế trái với sự chỉ dẫn của bác sĩ hoặc hướng dẫn về cách dùng hay sử dụng chúng;
 - sử dụng súng, chất nổ hoặc sử dụng trái phép hay thiếu chuyên môn các vật liệu và sản phẩm chất nổ;
 - tai nạn xảy ra do hành vi cố ý của người bảo hiểm hoặc người bảo hiểm là cùng đồng phạm;
 - sự cố xảy ra do lỗi của người thứ ba hoặc người thứ ba là đồng phạm;

Điều 10 Ký kết hợp đồng bảo hiểm

- Hợp đồng bảo hiểm được ký kết thông qua việc tiếp nhận đơn đề nghị của Hãng bảo hiểm. Đơn đề nghị được tiếp nhận thông qua chữ ký nếu hợp đồng bảo hiểm được ký kết không phải là dựa trên cơ sở đơn đề nghị của Hãng bảo hiểm mà trong đó có nêu rõ là hợp đồng bảo hiểm chỉ được ký kết khi đã thanh toán phí bảo hiểm theo mức qui định và trong thời hạn qui định. Hợp đồng bảo hiểm đồng thời là bảo hiểm.
- Hãng bảo hiểm sẽ tiến hành xử lý đơn đề nghị ký hợp đồng bảo hiểm trên cơ sở:
 - đơn xin ký hợp đồng bảo hiểm đã điền và ký tên người có nhu cầu trên mẫu của hãng bảo hiểm và
 - bản tự khai đã điền đầy đủ các số liệu đúng sự thật và có chữ ký của người có nhu cầu và người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền và
 - biên bản kiểm tra sức khỏe do các cơ sở y tế có hợp đồng với hãng bảo hiểm cung cấp trong phạm vi quy định của hãng bảo hiểm.

Người ủy quyền của người được bảo hiểm là người đại diện pháp luật hoặc người được ủy thác, hoặc khi hàng bảo hiểm đồng ý thì đó là người họ hàng gần nhất của người được bảo hiểm. Trong những trường hợp ngoại lệ hàng bảo hiểm không yêu cầu phải xuất trình biên bản khám sức khỏe; khi ký hợp đồng bảo hiểm thiếu biên bản khám sức khỏe, hàng bảo hiểm được quyền trong 3 tháng từ khi hợp đồng bắt đầu có giá trị để nghị người được bảo hiểm tham gia và làm biên bản khám sức khỏe trong phạm vi quy định và nộp biên bản cho hàng bảo hiểm. Trong trường hợp cơ quan bảo hiểm xác minh sự khác biệt giữa tình trạng sức khỏe được khai trong bản câu hỏi với biên bản thì cơ quan bảo hiểm có quyền yêu cầu người đồng bảo hiểm thanh toán thêm phí bảo hiểm vì rủi ro cao hơn và qui định thời hạn thanh toán, thời hạn đó không được phép ngắn hơn một tháng kể từ khi người đồng bảo hiểm nhận được thông báo này. Nếu trong thời hạn qui định mà người đồng bảo hiểm không thanh toán khoản phí bảo hiểm thêm, thì thời gian bảo hiểm bị rút ngắn tương ứng với khoản phí bảo hiểm do cơ quan bảo hiểm tính thêm.

- Chi phí cho việc khám sức khỏe trước khi ký hợp đồng bảo hiểm do người nộp đơn xin ký hợp đồng bảo hiểm chi trả.
- Sau khi ký hợp đồng bảo hiểm Hàng bảo hiểm sẽ phát Thẻ bảo hiểm cho người được bảo hiểm.
- Kèm theo hợp đồng bảo hiểm là danh sách cập nhật những cơ sở y tế hợp đồng và các thông tin về dịch vụ hỗ trợ. Hàng bảo hiểm có quyền thay đổi danh sách cập nhật những cơ sở y tế hợp đồng và các thông tin về dịch vụ hỗ trợ. Danh sách cập nhật những cơ sở y tế hợp đồng và các thông tin về dịch vụ hỗ trợ được công bố trên trang điện tử của Hàng bảo hiểm www.slavia-pojistovna.cz và có sẵn tại tất cả các cơ sở đại diện của Hàng bảo hiểm.
- Điều kiện để bảo hiểm có hiệu lực và giá trị tại nơi được bảo hiểm là việc cư trú hợp pháp của người được bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc, hoặc trong khối Schengen và đủ các điều kiện quy định của luật pháp.

Điều 11

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

- Hợp đồng bảo hiểm được ký có thời hạn nhất định. Thời hạn bảo hiểm được nêu trong hợp đồng bảo hiểm.
- Bảo hiểm bắt đầu vào lúc 0:00 h ngày được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm là ngày bắt đầu bảo hiểm. Trong trường hợp trong hợp đồng bảo hiểm thỏa thuận về thời gian bảo hiểm bắt đầu có giá trị thì bảo hiểm bắt đầu có giá trị từ lúc 00:00 giờ ngày hôm sau khi ký hợp đồng bảo hiểm.
- Bảo hiểm kết thúc trong trường hợp:
 - khi hết thời hạn bảo hiểm và điều này là vào 24:00 h. ngày được thỏa thuận là ngày kết thúc bảo hiểm nếu không kết thúc sớm hơn;
 - vào ngày người được bảo hiểm bị tử vong; nếu bảo hiểm là loại bảo hiểm chăm sóc trẻ sơ sinh của người bị tử vong, thì bảo hiểm cũng sẽ kết thúc cùng ngày kết thúc loại chăm sóc này theo Điều 2, khoản 18, nhưng muộn nhất là ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm có liên quan đến loại chăm sóc này;
 - vào ngày quyết định kết thúc cư trú của người được bảo hiểm trên lãnh thổ CH Séc có hiệu lực pháp lý, hoặc ngày bắt đơn của người được bảo hiểm xin cư trú trên lãnh thổ CH Séc. Trong vòng ba ngày làm việc kể từ khi nhận được quyết định, người được bảo hiểm có có nghĩa vụ trả lại cho cơ quan bảo hiểm tất cả giấy tờ chứng nhận về việc bảo hiểm còn giá trị;
 - từ ngày người được bảo hiểm hay người đại diện pháp lý của người được bảo hiểm từ chối hội hưởng.
- Bảo hiểm theo ý nghĩa của luật về hợp đồng bảo hiểm không bị gián đoạn.

Điều 12

Nghĩa vụ của Hãng bảo hiểm

- Bên cạnh những nghĩa vụ ràng buộc bởi qui định pháp lý chung, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - Sau khi nhận được thông báo về sự cố bảo hiểm liên quan đến yêu cầu đền bù bảo hiểm, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ ngay lập tức tiến hành việc xác minh cần thiết nhằm xác định phạm vi thực hiện nghĩa vụ của mình. Nếu những phí tổn do Hãng bảo hiểm chi dùng vào việc xác minh sự cố bảo hiểm phát sinh hoặc tăng lên do người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ, Hãng bảo hiểm có quyền yêu cầu người được bảo hiểm thanh toán một khoản đền bù tương xứng.
 - Kết thúc việc xác minh trong vòng 3 tháng kể từ sau khi nhận được thông báo về sự cố bảo hiểm này. b) Nếu không thể hoàn tất việc xác minh trong thời hạn nêu trên, Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho người đã hoặc sẽ có quyền đòi đền bù bảo hiểm về những lý do chưa thể hoàn tất việc xác minh và chi trả khoản tạm ứng tương xứng theo yêu cầu của người này. Thời hạn xác minh sẽ không được tính nếu việc xác minh bị gây khó khăn hay cản trở do lỗi của người có quyền, người ký bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm. Có thể kéo dài thời hạn xác minh bằng thỏa thuận.
 - Giữ im lặng về các yếu tố liên quan đến bảo hiểm được biết trong khi thỏa thuận bảo hiểm, quản lý bảo hiểm và trong khi thanh lý các sự cố bảo hiểm; chỉ có thể cung cấp các số liệu cá nhân phù hợp với Luật số 101/2000 TTL về Bảo vệ số liệu cá nhân, với các quy định ban hành sau đó.
- Đền bù bảo hiểm được thanh toán trong vòng 15 ngày kể từ sau khi kết thúc việc xác minh theo khoản 1. Việc xác minh được kết thúc khi Hãng bảo hiểm thông báo các kết quả cho người được quyền hợp pháp.

- Nghĩa vụ của Hãng bảo hiểm đền bù bảo hiểm theo hợp đồng liên quan đến việc phát sinh sự cố bảo hiểm và việc hội đủ tất cả các điều kiện và cam kết ghi trong hợp đồng bảo hiểm và các văn bản kèm theo hợp đồng, ví dụ việc thanh toán lệ phí bảo hiểm.
- Hãng bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp cho người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm về các thông tin và dịch vụ trong khi kiểm chứng giá trị và hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm và đồng thời cung cấp các thông tin cần thiết liên quan đến bảo hiểm.
- Nếu xảy ra việc mất mát hay hư hỏng hợp đồng bảo hiểm hay Thẻ bảo hiểm, Hãng bảo hiểm sẽ cấp bản sao tương ứng cho người ký bảo hiểm theo yêu cầu với chi phí của người này.
- Hãng bảo hiểm thông báo cho người muốn đăng ký bảo hiểm những thông tin về Hãng bảo hiểm và cam kết của Hãng trước khi ký hợp đồng bảo hiểm thông qua nhân viên và đại diện được ủy quyền của mình.
- Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có giá trị, Hãng bảo hiểm gửi thông tin cho người ký bảo hiểm theo địa chỉ nêu trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 13

Nghĩa vụ của người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm

- Bên cạnh những nghĩa vụ ràng buộc bởi những quy định pháp lý chung, người ký hợp đồng bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời đúng sự thật và đầy đủ về tất cả mọi câu hỏi bằng văn bản của Hãng bảo hiểm liên quan đến bảo hiểm được thỏa thuận. Điều này cũng được áp dụng trong cả trường hợp thay đổi bảo hiểm hay giải quyết sự cố gây thiệt hại.
 - Tiếp theo, người ký bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - bất kỳ khi nào trong thời gian hợp đồng bảo hiểm còn giá trị thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm về sự thay đổi các số liệu ghi trong hợp đồng bảo hiểm,
 - ngay lập tức thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm về những thay đổi của các số liệu đã điền vào mẫu khi ký hợp đồng bảo hiểm,
 - tạo điều kiện cho cơ quan bảo hiểm tiến hành điều tra về những nguyên nhân gây ra sự cố bảo hiểm và mức độ thiệt hại và đồng thời cộng tác với cơ quan bảo hiểm trong quá trình điều tra,
 - thông báo cho cơ quan bảo hiểm những số liệu về tất cả các hợp đồng bảo hiểm đang còn giá trị trong thời gian phát sinh sự cố bảo hiểm mà đối tượng bảo hiểm thuộc cùng loại rủi ro.
 - Người được bảo hiểm có nghĩa vụ
 - làm tất cả những gì có thể để ngăn chặn việc phát sinh sự cố bảo hiểm và giảm thiểu mức độ thiệt hại,
 - nếu liên quan đến sự cố thiệt hại có sự nghi ngờ về việc xảy ra hành vi phạm tội hay hành vi vi phạm hành chính, ngay lập tức phải thông báo cho cơ quan cảnh sát CH Séc hay cơ quan hữu quan khác về việc đó,
 - tuân thủ theo qui trình để cơ quan bảo hiểm có thể thực hiện quyền đòi bồi thường thiệt hại hay những quyền lợi khác phát sinh trong sự kiện quan đến sự cố bảo hiểm,
 - thực hiện những nghĩa vụ khác qui định theo những điều kiện trong hợp đồng bảo hiểm.
 - trả lời đầy đủ và chân thực về tất cả các câu hỏi của cơ quan bảo hiểm liên quan đến những yếu tố ghi trong hợp đồng bảo hiểm (nhất là trong mẫu câu hỏi về tình trạng sức khỏe)
 - Bên cạnh những nghĩa vụ ràng buộc bởi qui định pháp lý chung, người ký bảo hiểm còn có nghĩa vụ
 - thanh toán lệ phí bảo hiểm cho cơ quan bảo hiểm,
 - ngay lập tức, chậm nhất trong thời hạn đến khi bắt đầu bảo hiểm, thông báo cho người được bảo hiểm về việc đã ký hợp đồng bảo hiểm cho người này và thông báo cho người được bảo hiểm về quyền lợi và nghĩa vụ qui định theo bảo hiểm đã được thỏa thuận,
 - ngay lập tức thông báo cho Hãng bảo hiểm là mình đã ký bảo hiểm tiếp theo cũng cho rủi ro này ở hãng bảo hiểm khác, thông báo cho cơ quan bảo hiểm tên hãng bảo hiểm này, mức tiền bảo hiểm và mức giới hạn đền bù bảo hiểm.
 - Nếu việc có ý vi phạm những nghĩa vụ nêu trong Điều 13 và Điều 14 có ảnh hưởng quan trọng đến sự xuất hiện sự cố bảo hiểm, quá trình diễn ra sự cố bảo hiểm hoặc làm tăng mức độ hậu quả của sự cố bảo hiểm hoặc việc xác minh hay xác định mức đền bù bảo hiểm, Hãng bảo hiểm có quyền giám mức đền bù bảo hiểm tùy theo mức độ ảnh hưởng đến nghĩa vụ bồi thường của mình do việc vi phạm này gây ra. Điều này không ảnh hưởng đến quyền từ chối đền bù bảo hiểm của Hãng bảo hiểm theo theo các quy định pháp lý hiện hành.

Điều 14

Nghĩa vụ người được bảo hiểm khi phát sinh sự cố gây hại

- Trong trường hợp phát sinh sự cố gây hại thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - nếu tình trạng sức khỏe cho phép, luôn luôn và ngay lập tức yêu cầu trực tiếp dịch vụ trợ giúp hoặc cơ quan bảo hiểm, tuân thủ theo các chỉ thị và theo yêu cầu phải đi khám sức khỏe tại các cơ sở y tế do dịch vụ trợ giúp hoặc cơ quan bảo hiểm chỉ định, tuân thủ các chỉ thị và hướng dẫn của nhân viên y tế,
 - trong trường hợp cần thiết phải đến bác sĩ khám bệnh, xuất trình thẻ bảo hiểm sức khỏe cho cơ sở y tế,

- theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm miễn cho cơ sở y tế nghĩa vụ im lặng và cấp giấy đồng ý cho cơ quan bảo hiểm được phép lấy những thông tin thuộc đối tượng nghĩa vụ im lặng của nhân viên và các cơ sở y tế, các hãng bảo hiểm kể cả cảnh sát CH Séc, và cần thiết cho việc điều tra của cơ quan bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự cố bảo hiểm,
 - khám chữa bệnh ở chỗ bác sĩ do cơ quan bảo hiểm hoặc dịch vụ trợ giúp chỉ định,
 - nếu tình trạng sức khỏe cho phép hoặc thời gian chăm sóc sức khỏe vượt quá thời gian của hợp đồng bảo hiểm, theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm hoặc dịch vụ trợ giúp, người được bảo hiểm có nghĩa vụ hỏi lương.
- Nếu là một cơ sở y tế không có hợp đồng và yêu cầu người được bảo hiểm phải thanh toán các chi phí và các khoản đó có thể là đối tượng của việc bồi thường bảo hiểm thì người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
 - mang các giấy tờ gốc thuộc phạm vi bảo hiểm theo khoản 3 và giữ an toàn các giấy tờ đó cho tới lúc trao cho cơ quan bảo hiểm, người được bảo hiểm có nghĩa vụ này trong cả các trường hợp thanh toán trực tiếp khác,
 - thanh toán với cơ sở y tế một khoản tiền mặt vừa phải và có thể chứng minh được,
 - không trì hoãn một cách vô ích và trao ngay các giấy tờ cần thiết theo khoản 3 cho cơ quan bảo hiểm hoặc dịch vụ hỗ trợ.

- Người được bảo hiểm có nghĩa vụ ngay lập tức thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm về sự cố gây thiệt hại có liên quan đến đòi hỏi thực hiện đền bù bảo hiểm, giải thích trung thực về việc phát sinh sự cố, về hậu quả xuất trình các giấy tờ cần thiết chứng minh ngoại cảnh để tiến cho việc quyết định đền bù bảo hiểm cũng như các quy định nói trên. Việc thông báo được coi là đã tiếp nhận khi người được bảo hiểm thông báo với cơ quan bảo hiểm bằng văn bản rằng đã xảy ra sự cố gây thiệt hại và đã giải trình một cách trung thực về việc phát sinh sự cố cũng như những hậu quả của nó. Nhiệm vụ này có thể là một người khác đứng ra thực hiện (ví dụ cơ sở y tế). Việc báo tin về sự cố gây thiệt hại kể cả các phụ bản kèm theo nhất thiết phải chứng minh được:
 - địa điểm, ngày, giờ, nguyên nhân, hoàn cảnh phát sinh sự cố, phạm vi thiệt hại và những gì liên quan đến người được bảo hiểm;
 - đối tượng đền bù, tức là những chi phí phát sinh để cung cấp sự chăm sóc y tế cấp thiết và không trì hoãn đã giúp cho người được bảo hiểm trong tình huống xảy ra sự cố, cụ thể bao gồm:
 - bản chính giấy thông báo của bác sĩ bao gồm những thông tin chi tiết về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm kể cả mã số chẩn đoán, liệt kê đầy đủ các dạng thuốc y tế đã được thực hiện kèm theo chữ ký của bác sĩ, mã số, điểm đánh giá bằng điểm hoặc giá tiền và ngày thực hiện, tên và số lượng thuốc điều trị được cấp kể cả giá thành của chúng, danh sách vật liệu và dịch vụ y tế được sử dụng hoặc cung cấp kể cả giá thành của chúng, định rõ việc nhập viện nếu có;
 - bản sao chụp đơn thuốc của bác sĩ cấp cứu kể;
 - bản gốc của các chứng từ khác thuộc cơ sở y tế cấp trên do bao gồm mục đích và tổng số các đồng thái y tế đã tiến hành, chữ ký, mã số, điểm đánh giá hoặc giá cả, ngày tháng tiến hành, tên gọi và tổng số thuốc đã sử dụng kể cả giá tiền, danh mục các vật liệu y tế cũng các dịch vụ đã duy động kể cả giá tiền.
 - mức độ đền bù có ghi số tiền và đối tượng đền bù (ví dụ chúng từ thanh toán do cơ sở y tế hoặc hiệu thuốc cấp);Trường hợp sự cố thiệt hại do cảnh sát hoặc một cơ quan nhà nước khác điều tra, giấy báo về sự cố gây thiệt hại bắt buộc phải kèm theo biên bản cảnh sát hoặc chứng thực điều tra sự cố, trường hợp người bảo hiểm bị tử vong bắt buộc phải kèm theo giấy báo tử và xác nhận của y tế về nguyên nhân tử vong.
Tất cả các giấy tờ bắt buộc phải mang tên người được bảo hiểm và phải ghi rõ ngày tháng cấp, chữ ký cùng với con dấu của người lập giấy tờ.

Điều 15

Quyền lợi và nghĩa vụ khác của những người tham gia bảo hiểm

- Hãng bảo hiểm có quyền thẩm tra chứng từ được xuất trình, có quyền yêu cầu giám định chuyên môn, thậm chí trong những trường hợp xảy ra sự cố thiệt hại phức tạp, hãng bảo hiểm có quyền tham kiến với cơ sở y tế hoặc với những tổ chức và cá nhân khác.
- Người được bảo hiểm, người có quyền hợp pháp hoặc người sử dụng những chi phí cứu trợ có nghĩa vụ thực hiện các biện pháp để không dẫn tới việc cho qua hoặc thủ tiêu quyền được đền bù thiệt hại mà theo luật pháp là thuộc về cơ quan bảo hiểm.
- Trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong, tất cả quyền lợi và nghĩa vụ của người quá cố thuộc về người có quyền hợp pháp được qui định theo những luật đang hiện hành.
- Đối với những cá nhân không có năng lực về hành vi pháp lý, người đại diện hợp pháp sẽ thay mặt đảm phán.
- Trong trường hợp công ty bảo hiểm thanh toán đền bù bảo hiểm cho các cơ sở y tế tương ứng hoặc cho người chứng minh được là đã thanh toán cho người được bảo hiểm những phí tổn cho việc điều trị trong phạm vi chăm sóc sức khỏe cấp thiết và không thể trì hoãn khi xảy ra tai nạn trên lãnh thổ CH Séc trong thời gian bảo hiểm 90 ngày hoặc lâu hơn, thì cơ

quan bảo hiểm có quyền yêu cầu người được bảo hiểm thanh toán đến bù bảo hiểm trong trường hợp:

- sự cố bảo hiểm xảy ra do việc sử dụng hoặc liên quan đến việc sử dụng rượu, chất ma túy hoặc các chất kích thích thần kinh khác của người được bảo hiểm,
- sự cố bảo hiểm xảy ra do hành vi cố ý.

Điều 16 Lệ phí bảo hiểm

- Lệ phí bảo hiểm là số tiền phải thanh toán cho việc cung cấp bảo hiểm. Cơ quan bảo hiểm qui định mức phí bảo hiểm, đồng thời xét đến tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm trên cơ sở bản khai về tình trạng sức khỏe và giấy kiểm tra sức khỏe ban đầu của bác sĩ. Mức lệ phí bảo hiểm được qui định trong hợp đồng bảo hiểm.
- Hãng bảo hiểm có quyền thu lệ phí bảo hiểm cho suốt thời gian bảo hiểm. Hãng bảo hiểm có quyền này từ ngày ký hợp đồng bảo hiểm.
- Trong hợp đồng bảo hiểm qui định lệ phí bảo hiểm một lần, lệ phí này phải được thanh toán toàn bộ bằng tiền Séc vào ngày ký hợp đồng bảo hiểm.
- Hãng bảo hiểm có quyền thẩm tra sự chính xác các số liệu cơ sở cho việc quy định mức bảo hiểm của người được bảo hiểm.
- Hãng bảo hiểm có quyền yêu cầu phí bảo hiểm cho toàn bộ thời gian được bảo hiểm, và quyền đó ngay cả trong trường hợp bảo hiểm kết thúc trước thời hạn. Hãng bảo hiểm có quyền này từ ngày ký hợp đồng bảo hiểm.
- Nếu bảo hiểm kết thúc vì lý do theo Điều 11, khoản 3 điểm c và trong quá trình bảo hiểm không xảy ra sự cố bảo hiểm, hãng bảo hiểm hoàn trả cho người đóng bảo hiểm khoản phí bảo hiểm không sử dụng tới, khấu trừ chi phí liên quan đến việc làm bảo hiểm và lệ phí hành chính.

Chi phí của hãng bảo hiểm cho công việc hành chính hoàn tất bảo hiểm là 20% từ khoản lệ phí bảo hiểm được ký.

Điều 17 Chi phí cứu trợ

Giới hạn chi phí cứu trợ cho tính mạng hoặc sức khỏe người được bảo hiểm trong thời gian được bảo hiểm lên tới 30 % mức giới

hạn đến bù bảo hiểm tương ứng được qui định trong hợp đồng. Mức đến bù cho những chi phí cứu trợ khác xảy ra trong thời gian được bảo hiểm được giới hạn mức 100 000 Kč cho một và tất cả các sự cố.

Điều 18 Gửi văn bản giấy tờ

- Các văn bản, giấy tờ của cơ quan bảo hiểm (sau đây viết tắt là „văn bản giấy tờ”) gửi cho người ký hợp đồng, người được bảo hiểm và những người khác liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ bảo hiểm (sau đây viết tắt là „người nhận”), được gửi thông qua dịch vụ vận chuyển bưu phẩm (sau đây viết tắt là „bưu điện”) bằng hình thức gửi thông thường hoặc gửi bảo đảm theo địa chỉ giao dịch được nêu trong hợp đồng bảo hiểm hoặc theo địa chỉ giao dịch mà người nhận thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm nếu có sự thay đổi địa chỉ. Văn bản giấy tờ có thể do nhân viên hoặc người được ủy quyền của hãng bảo hiểm chuyển giao, trong trường hợp như vậy ngày ký nhận chuyển giao được coi là ngày nhận được văn bản giấy tờ.
- Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận bằng hình thức gửi thông thường được coi là tới tay người nhận vào ngày thứ mười sau khi chúng tỏ được việc đã gửi thư, ngay cả khi người nhận không biết được việc gửi thư.
- Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận bằng hình thức gửi bảo đảm được coi là tới tay người nhận, ngày thứ mười lăm kể từ khi gửi thư. Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận bằng hình thức gửi bảo đảm kèm phiếu xác nhận được coi là tới tay người nhận, ngày nhận ghi trên phiếu xác nhận. Bưu phẩm cũng được coi là tới tay người nhận nếu người lấy thư không phải là người có tên nhận thư (ví dụ thành viên trong gia đình) mà bưu điện đã trao trả đúng theo qui định pháp lý về dịch vụ bưu điện.
- Nếu người nhận từ chối không nhận thư bảo đảm, văn bản giấy tờ được coi là đã đến tay người nhận căn cứ ngày thư bảo đảm bị khước từ.
- Nếu không gặp được người nhận và thư bảo đảm hoặc thư bảo đảm kèm phiếu xác nhận được lưu giữ tại bưu điện trong một thời gian (theo qui định của ngành bưu điện) mà người nhận vẫn không đến lấy thì giấy tờ được coi là đã chuyển giao vào ngày cuối cùng của hạn lưu giữ tại bưu điện, bất luận

người nhận không biết việc có thư lưu giữ tại bưu điện hoặc không có mặt tại địa chỉ gửi thư.

- Nếu thư bảo đảm bị trả lại vì những lý do khác với các lý do nêu trên đây, thì ngày trả lại thư được coi là ngày chuyển giao.
- Những qui định trên đây trong Điều này liên quan đến văn bản giấy tờ ở dạng giấy in. Cơ quan bảo hiểm chỉ gửi văn bản ở dạng điện tử trong những trường hợp khi đã được thỏa thuận trước. Văn bản giấy tờ gửi cho người nhận theo địa chỉ điện tử (e-mail) được coi là tới tay người nhận vào ngày gửi.

Điều 19 Điều khoản kết luận

- Mọi thay đổi của hợp đồng bảo hiểm được tiến hành dưới hình thức văn bản sau khi các bên hợp đồng đã thỏa thuận.
- Mọi tuyên bố và thông báo đối với hãng bảo hiểm chỉ có giá trị khi được thể hiện dưới hình thức văn bản.
- Ngôn ngữ giao dịch thông qua tiếng Séc.
- Nếu có việc chi trả dưới hình thức tiền mặt, ngày nộp tiền cho người nhận được tính là ngày thanh toán. Nếu được thanh toán không phải bằng hình thức tiền mặt, ngày ghi nhận vào tài khoản người nhận được tính là ngày thanh toán.
- Quyền lợi và nghĩa vụ của việc bảo hiểm này được giải quyết theo luật pháp Cộng hòa Séc. Mọi bất đồng phát sinh từ việc bảo hiểm hoặc có liên quan tới bảo hiểm, nếu không thỏa thuận hoặc được dàn xếp ngoài sự can thiệp của tòa án, thì sẽ được giải quyết theo quyết định của tòa án Cộng hòa Séc.
- Các điều kiện chung về bảo hiểm này của hãng bảo hiểm được lập bằng tiếng Séc và kèm theo bản dịch sang tiếng Nga, tiếng Việt và tiếng Anh. Bản tiếng Séc có giá trị quyết định.
- Các điều kiện chung về bảo hiểm này có hiệu lực từ ngày mồng 9 tháng 1 năm 2012.

Danh sách các động thái nha khoa được bảo hiểm thanh toán

- 00901 Khám và chữa cho các bệnh nhân có đăng ký trong phạm vi chăm sóc phòng bệnh chỉ đối với trẻ em dưới 15 tuổi
- 00908 Điều trị cấp tính và khám cho bệnh nhân không đăng ký;
- 00910 Chụp X-quang intraoral;
- 00911 Chụp X-quang extraoral - trong trường hợp chấn thương;
- 00913 Làm phim orthopantogram - trong trường hợp chấn thương;
- 00914 Đánh giá phim orthopantogram - trong trường hợp chấn thương;
- 00916 Gây tê lỗ răng dưới và lỗ dưới ổ mắt;
- 00917 Gây tê khác;
- 00920 Chữa sâu răng – răng vĩnh viễn - hàn răng bằng nhựa trắng đối với bệnh nhân dưới 18 tuổi trong phạm vi răng nanh;
- 00921 Chữa sâu răng – răng vĩnh viễn;
- 00922 Chữa sâu răng – răng sữa;
- 00925 Chữa răng sâu phức tạp – răng vĩnh viễn;
- 00954 Khám chi tiết;
- 00949 Nhổ răng sữa;

- 00950 Nhổ răng sâu;
- 00951 Phẫu thuật của các mô cứng của miệng trong phạm vi nhỏ (nhổ răng phẫu thuật và khám lại vết thương);
- 00955 Phẫu thuật của các mô mềm của miệng trong phạm vi nhỏ (cắt mô mềm và khâu lại dưới 5 cm);
- 00957 Chấn thương các mô cứng của miệng trong phạm vi nhỏ;
- 00959 Điều trị viêm mô mềm;
- 00961 Điều trị biến chứng trong khi phẫu thuật trong miệng;
- 00962 Điều trị những bệnh khớp hàm (chỉ dịch chuyển bằng tay);
- 00963 Tiêm I.M., S.C., I.D., I.V.;
- Chứng nhận CSK**
- 00952 Phẫu thuật những mô mềm trong miệng trong phạm vi lớn (nhổ răng phức tạp và chấn thương sau khi nhổ răng khôn)
- 00956 Phẫu thuật những mô mềm trong miệng trong phạm vi lớn (khâu lại vết ngấn hơn 5cm)
- 00958 Chấn thương những mô cứng trong miệng trong phạm vi lớn
- 00960 Mổ bên ngoài