

**ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM
Y TẾ CHO NGƯỜI NƯỚC NGOÀI**
dịch thuật ZPC 1/10
có giá trị từ ngày 1 tháng 1 năm 2010

Chương 1

Lời mở đầu

1. Quyền lợi và nghĩa vụ của những người tham gia bảo hiểm tư nhân cho người nước ngoài (tiếp theo chỉ là "bảo hiểm") tuân thủ theo pháp luật nhà nước CHSéc. Đối với việc bảo hiểm trước nhất là những qui định của điều luật số 37/2004 của bộ luật, về hợp đồng bảo hiểm, trong qui định mới nhất, của luật dân sự số 40/1964 của bộ luật, trong những qui định mới nhất, của những điều kiện bảo hiểm, những qui định đó có ghi trong phụ lục của hợp đồng bảo hiểm, nó là một phần của hợp đồng và những những văn bản kèm theo.
2. Những thành phần tham gia hợp đồng bảo hiểm, một bên là người làm bảo hiểm và một bên là **Hãng bảo hiểm VZP, a.s.**, phố Jankovcova 1566/2b, 170 00 Praha 7, nước CHSéc, số đăng bạ doanh nghiệp là IČ: 27116913, có ghi trong giấy đăng bạ tại Toà án thành phố tại Praha, phân B, tập số 9100 (tiếp theo chỉ là người "làm bảo hiểm").
3. **Bảo hiểm đáp ứng yêu cầu của điều luật số 326/1999 của bộ luật, về việc cư trú của người nước ngoài trên đất nước CHSéc, trong thay đổi mới nhất của luật, không phân biệt sự lựa chọn dạng bảo hiểm nào.**

Chương 2

Những khái niệm riêng

1. **Người làm bảo hiểm** là người đứng ra ký kết hợp đồng bảo hiểm với Hãng bảo hiểm.
2. **Người có bảo hiểm** (là cá nhân) mà sức khoẻ của họ có bảo hiểm.
3. **Người có thẩm quyền**, là người trong trường hợp xảy ra sự kiện có bảo hiểm có quyền yêu cầu thanh toán đền bù bảo hiểm.
4. **Giấy bảo hiểm** là giấy chứng nhận hợp đồng bảo hiểm có giá trị mà người làm bảo hiểm cấp cho người có bảo hiểm, cũng là giấy chứng nhận đã đóng tiền bảo hiểm một lần.
5. **Thẻ bảo hiểm** là chứng nhận bằng văn bản về việc có bảo hiểm, Hãng bảo hiểm cấp cho người có bảo hiểm, là văn bản có giá trị quyền hạn được đền bù bảo hiểm..
6. **Sự kiện thiệt hại** là điều thực tế xảy ra và nó là nguyên nhân xuất hiện quyền lợi được đền bù bảo hiểm.
7. **Sự kiện có bảo hiểm** là việc xảy ra **bất thường** theo đánh giá của qui định trong chương 4, nó liên quan tới trách nhiệm của Hãng bảo hiểm với việc đền bù bảo hiểm.
8. **Một sự vụ có bảo hiểm** là một sự vụ từ việc bảo hiểm của một cá nhân có bảo hiểm, từ một nguyên nhân và toán bộ sự thật cùng với các tác hại của nó, mà giữa chúng có sự liên quan xảy ra về thời gian hay liên quan nào khác.
9. **Thời gian có giá trị hợp đồng bảo hiểm** là toàn bộ thời gian thoả thuận về giá trị của hợp đồng bảo hiểm.
10. **Thời gian bảo hiểm** là thời gian đã thoả thuận về giá trị bảo hiểm. Việc kết thúc bảo hiểm sớm hơn thì thời gian đó không rút ngắn lại.
11. **Thời gian có bảo hiểm** là suốt thời gian thực tế có giá trị bảo hiểm.
12. **Một lần đóng tiền bảo hiểm** theo qui định với suốt thời gian có bảo hiểm, mà trong hợp đồng đã thoả thuận. Hãng bảo hiểm luôn được nhận toàn bộ số tiền đóng bảo hiểm.
13. **Bảo hiểm sự cố nguy hiểm** là khả năng có thể xảy ra sự vụ có bảo hiểm.
14. **Tai nạn thuộc mục đích của việc bảo hiểm** này là sự vô tình, xảy ra bất thường và ngoài ý muốn do tác động của ngoại lực hay của cơ thể các nhân không do chủ định,

không có kế hoạch trước và không gián đoạn của tác dụng do nhiệt độ quá cao hoặc quá thấp, do hơi ga, hơi nước, phóng xạ, do dòng điện và chất độc (đặc biệt do chất độc của siêu vi khuẩn và các chất lfm hại đến khả năng đề kháng) ngoài mong muốn của người có bảo hiểm, mà nó làm hại đến sức khoẻ hay có thể làm chết người có bảo hiểm.

15. **Việc chăm sóc trẻ em sơ sinh** là việc chăm sóc sức khoẻ liên quan đến việc sinh nở không gián đoạn việc điều trị nằm viện, với sự loại trừ có ghi trong chương 5.

16. **Trẻ sơ sinh với mục đích của bảo hiểm** này hiểu là trẻ sơ sinh đến cuối tháng thứ 3.

17. **Loại bảo hiểm** có ghi trong hợp đồng bảo hiểm. Nếu như thoả thuận bảo hiểm :

- **“Bình thường“** (ký hiệu là **“ST”**), bảo hiểm không bao gồm sự vụ, mà việc đền bù bảo hiểm dạng trẻ sơ sinh hay dành cho thể thao chuyên nghiệp.

- **“Thể thao chuyên nghiệp“** (ký hiệu là **“PS”**), không có giá trị với việc loại trừ có ghi trong chương 5 phần 2,

- **„Trẻ sơ sinh“** (ký hiệu là „N“) hoặc là **“Chăm sóc trẻ sơ sinh“** không có giá trị với việc loại trừ ở chương 5 phần 3.

Chương 3

Mục đích và đối tượng làm bảo hiểm

1. Việc làm bảo hiểm thoả thuận có lợi cho người có bảo hiểm
2. Mục đích của việc làm bảo hiểm là việc cung cấp đền bù bảo hiểm một lần cho sự cố có bảo hiểm khi xảy ra.
3. Đối tượng làm bảo hiểm là sức khoẻ của người có bảo hiểm.

Chương 4

Sự vụ có bảo hiểm. Mức độ và giá trị của việc đền bù bảo hiểm

1. Sự vụ có bảo hiểm, là sự loại trừ có ghi trong chương 5, thiệt hại xảy ra trên cơ sở của việc có bảo hiểm sự nguy hiểm làm thay đổi tình trạng sức khoẻ của người có bảo hiểm do bệnh tật hay tai nạn hoặc những việc có liên quan đến sức khoẻ của người có bảo hiểm trong thời gian có bảo hiểm và lúc người có bảo hiểm sống trên đất nước CHSéc.

2. Việc thiệt hại của bảo hiểm là chi phí cần thiết cho việc chăm sóc sức khoẻ người có bảo hiểm tại CHSéc trong thời gian chữa chạy khi có bảo hiểm tuân theo qui ước và pháp lý y tế, chỉ có thể có được trong các cơ sở y tế, mà hãng bảo hiểm đã có hợp đồng.

Trong trường hợp tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân có bảo hiểm nguy kịch bất thường hay có thể gây nguy hại đến tính mạng của người có bảo hiểm trong thời gian cấp thiết nhất phải lo chăm sóc sức khoẻ để tránh việc tổn hại sức khoẻ trầm trọng hay cuộc sống, Hãng bảo hiểm chi phí thanh toán cho các cơ sở y tế trên CHSéc, dù những cơ sở y tế đó không có hợp đồng với Hãng bảo hiểm y tế. Hãng bảo hiểm sẽ thanh toán chi phí xảy ra với mức độ như mức độ ở các cơ sở có hợp đồng, và chỉ trong thời gian cho đến khi tiến hành thực hiện chuyển bệnh nhân đến các cơ sở y tế có hợp đồng với hãng bảo hiểm được.

Hãng bảo hiểm chi phí với mức độ chiếu theo phần 7:

a) Tương tự như trong bảo hiểm công cộng:

Đương nhiên loại trừ những điều đã thỏa thuận loại bỏ và mức độ đền bù theo thỏa thuận đã ký kết. Hãng bảo hiểm không lo thanh toán như mức qui định của bảo hiểm công cộng, và không giống như trong qui định ở những trường hợp mắc bệnh như qui định của điều luật số 62 phần 3 của luật và chiếu theo điều luật số 37/2004 của bộ luật về hợp đồng bảo hiểm.,

b) Việc chuyển bệnh nhân nếu cần thiết phải thực hiện vì lý do sức khoẻ, phải tiến hành sau khi có phê chuẩn và quyết định của Bác sĩ giám định của Hãng bảo hiểm với sự đồng ý của Bác sĩ chữa trị bệnh, cơ quan dịch vụ trợ lý vận chuyển y tế do Hãng bảo hiểm chỉ định lo chuyển bệnh nhân đưa về đất nước nơi, mà bệnh nhân có quyền cư trú như có ghi trong hộ chiếu của bệnh nhân. Hoặc đi sang nước khác, nơi mà người bệnh nhân có cư trú

hợp pháp. Sau khi đã đồng ý việc chuyển Hăng bảo hiểm thực hiện việc chi trả cả tiền đi lại cho cả người hộ tống bệnh nhân nếu cần thiết.

c) Việc chuyên chở thi hài bệnh nhân về nơi người có bảo hiểm đã có cư trú, mà bệnh nhân đã có hộ chiếu, hay đến đất nước khác, nơi mà họ đã có cư trú hợp pháp, thực hiện việc này do cơ quan trợ giúp của Hăng bảo hiểm thực hiện với sự đồng ý của Hăng bảo hiểm,

d) Nếu như sự vụ thiệt hại xảy ra trong thời gian có tác dụng của bảo hiểm dạng „*Trẻ sơ sinh*“, Hăng bảo hiểm sẽ thực hiện nghĩa vụ đền bù bảo hiểm trong các trường hợp:

- chăm sóc sức khoẻ cho trẻ sơ sinh và người mẹ trong thời kỳ có giá trị của bảo hiểm,

e) Chi phí cho việc chữa răng đơn giản kể cả (việc nhổ hay trám răng) để dập tắt cơn đau răng xảy ra bất thường, với mức chi phí theo qui định của Hăng bảo hiểm „danh mục những chi phí cho việc chữa răng“,

f) Thuốc men o Bác sĩ kê đơn tại phòng khám cho tên người có bảo hiểm

g) Nếu như hợp đồng bảo hiểm thoả thuận trong thời gian ít nhất là một năm -12 tháng, Hăng bảo hiểm sẽ chi phí đền bù bảo hiểm ngoài ra còn thanh toán đền bù bảo hiểm thêm việc tiêm chủng chống cúm mỗi lần một năm.

3. Chi phí như trong phần 2 của chương này Hăng bảo hiểm thanh toán cho các cơ sở y tế hoặc các cá nhân khi có các hoá đơn thanh toán chứng minh.

4. Chi trả thiệt hại trực tiếp cho việc thiệt hại:

a) Nếu người có bảo hiểm trả tiền thanh toán trực tiếp, mà đó là sự vụ có bảo hiểm, sau đó Hăng bảo hiểm sẽ thanh toán vừa phải trên cơ sở, sau khi đã nhận giấy biên nhận thanh toán gốc cần thiết như có ghi trong chương 11 phần số 10, đó là việc thực hiện thanh toán.

Giấy tờ gốc Hăng bảo hiểm giữ không trả lại. Nếu đã đưa ra thanh toán bằng những văn bản gốc cho người khác không phải là Hăng bảo hiểm, thì chỉ cần bản sao chụp có ghi chứng nhận thanh toán của người kia.

b) Nếu xảy ra việc người có bảo hiểm chết, mà người đó có quyền được thanh toán bảo hiểm khi còn sống, Hăng bảo hiểm sẽ thanh toán cho người nào chứng minh được những khoản đã thanh toán trước đây, nếu không việc đền bù bảo hiểm sẽ trở thành việc giải quyết thừa kế tài sản.

c) Nếu như không có thoả thuận nào khác, thì tiền thanh toán đền bù bảo hiểm như đã nói trong chương này sẽ được trả bằng tiền CHSéc và trên đất nước của họ bằng phương thức chuyển khoản nhà băng vào tên người có quyền được thanh toán hay chuyển bằng phiếu bưu điện cho người có thẩm quyền .

d) Hăng bảo hiểm thanh toán chi phí thuốc men bằng những giấy mua thuốc do Bác sĩ phòng khám viết hoặc thẻ dùng cho chi phí y tế cho mỗi đơn thuốc hay thẻ, nếu như vượt quá 100 korun Séc. Mức đền bù chi phí bảo hiểm là mức thanh toán tối thiểu nhất, có ghi trong bảng giá qui định của Hăng bảo hiểm y tế VZP CHSéc dành cho việc sản xuất thuốc men hàng loạt và những sản phẩm thuốc men đặc biệt có ký hiệu MAX và nó có giá trị trong khi xảy ra sự vụ có bảo hiểm.

5. Trong trường hợp thanh toán bằng ngoại tệ, Hăng bảo hiểm tính theo giá hối đoái của Nhà băng „Národní banka“ trong thời gian xảy ra sự vụ có bảo hiểm.

6. Nếu xảy ra sự vụ bảo hiểm mà đó là việc phải điều trị bệnh nhân trong bệnh viện liên tục, mà thời gian nằm viện vượt quá thời hạn có bảo hiểm, thì Hăng bảo hiểm ra quyết định giải quyết như sau:

a) Nếu tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân ở mức không thể di chuyển được, thì bệnh nhân được tiếp tục điều trị ở những nơi qui định của Hăng bảo hiểm cho tới khi sức khoẻ của bệnh nhân có thể thực hiện được việc chuyển chuyên được.

b) Nếu tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân có thể di chuyển được, Hăng bảo hiểm có thể quyết định di chuyển bệnh nhân sau khi có sự đồng ý phê chuẩn của Bác sĩ điều trị cho phép tiến hành di chuyển hay cần chữa cho đến khi khỏi bệnh trong các cơ sở y tế ngoài phạm vi CHSéc do Hăng bảo hiểm y tế qui định.

7. Mức độ thanh toán bảo hiểm có hạn chế, ở mức tối đa là Mức đền bù bảo hiểm như đã ghi trong hợp đồng bảo hiểm:

a) Toàn bộ mức đền bù bảo hiểm do chi phí chiểu theo chương 4 điểm 2 phần a) (Hạn chế mức bảo hiểm) hạn chế đền bù bảo hiểm với toàn bộ các sự vụ có bảo hiểm xảy ra trong quá trình có bảo hiểm.

b) Một phần của mức độ có ghi trong điểm a) là mức độ đền bù chi phí chiểu theo chương 4 phần 2 điểm a) (Chăm sóc toàn bộ sức khỏe) hạn chế việc đền bù đối với một sự vụ có bảo hiểm xảy ra trong quá trình bảo hiểm.

c) Một phần của mức độ có ghi trong điểm b) của mục này là mức chi phí đền bù chiểu theo chương 4 điểm 2 điểm b) và điểm c) (Thuyên chuyển và chở bệnh nhân), hạn chế bởi đền bù trong tổng số toàn bộ sự vụ có bảo hiểm xảy ra trong quá trình bảo hiểm.

d) Một phần của mức độ có ghi trong điểm b) của phần này là mức độ chi phí đền bù bảo hiểm theo chương 4 phần 2 điểm d) (trẻ sơ sinh), đền bù bảo hiểm hạn chế bởi toàn bộ mọi sự vụ bảo hiểm xảy ra trong quá trình có bảo hiểm.

e) Một phần của mức độ có ghi trong điểm b) của phần này là mức độ chi phí đền bù bảo hiểm theo chương 4 phần 2 điểm e) (khám chữa răng), đền bù bảo hiểm hạn chế bởi toàn bộ mọi sự vụ bảo hiểm xảy ra trong quá trình có bảo hiểm.

f) Một phần của mức độ có ghi trong điểm b) của phần này là mức độ chi phí đền bù bảo hiểm theo chương 4 phần 2 điểm f) (thuốc cấp ở phòng khám), đền bù bảo hiểm hạn chế bởi toàn bộ mọi sự vụ bảo hiểm xảy ra trong quá trình có bảo hiểm.

8. Mức độ và phạm vi chi phí bảo hiểm do Hãng bảo hiểm quyết định tuân theo những điều kiện bảo hiểm.

9. a) Trong trường hợp người có quyền nhận đền bù bảo hiểm do người thứ ba thanh toán, hay bằng con đường pháp lý nào khác, Hãng bảo hiểm có quyền giảm mức đền bù bảo hiểm đến mức vừa phải cân bằng thanh toán với số tiền mà người có quyền đã nhận được. Hãng bảo hiểm cũng có quyền giảm mức đền bù bảo hiểm trong những vụ việc tiếp theo qui định của điều luật số 37/2004 bộ luật về hợp đồng bảo hiểm với những sửa đổi mới nhất.

b) Nếu như Hãng bảo hiểm đã thanh toán đền bù bảo hiểm ở mức không giảm và sau đó họ lại có quyền giảm đền bù bảo hiểm, thì sau đó Hãng bảo hiểm có quyền được giảm đền bù bảo hiểm theo mức có lợi cho họ.

10. Hãng bảo hiểm có quyền từ chối việc thanh toán bảo hiểm trong những trường hợp có ghi trong điều luật số 37/ 2004 của Bộ luật về hợp đồng bảo hiểm, với những sửa đổi mới nhất của luật.

11. Đền bù bảo hiểm có giá trị thanh toán trong vòng 15 ngày, từ sau khi hoàn thành việc điều tra sự vụ đã được thông báo, mà nó liên quan đến việc thanh toán đền bù bảo hiểm. Khi việc điều tra đã kết thúc, khi có thông báo về kết quả của Hãng bảo hiểm cho cá nhân có thẩm quyền biết.

Chương 5

Việc loại trừ bảo hiểm.

1. Nếu như hai bên tham gia ký kết hợp đồng bảo hiểm không có thỏa thuận đặc biệt nào khác bằng văn bản, thì Hãng bảo hiểm không thanh toán tiền đền bù bảo hiểm:

a) chi phí trong các trường hợp:

- chăm sóc y tế trong các cuộc thi đấu,
- chăm sóc sức khỏe trong các viện điều dưỡng chuyên nghiệp,
- chăm sóc tắm nước khoáng, vật lý trị liệu và châm cứu,
- thay các bộ phận của cơ thể,
- cai chữa nghiện, kể cả việc phức tạp và những chuẩn đoán bệnh liên quan,
- khám và chữa bệnh AIDS, bệnh truyền nhiễm qua đường sinh dục dựa vào kết quả chuẩn đoán bệnh,

- chữa truyền insulin đối với người bị bệnh đái đường đặc biệt đối với bệnh xảy ra do quá trình thai nghén (đái đường do thai nghén),
 - chữa bệnh thận mất khả năng lọc máu,
 - chữa bệnh phát triển do hóc môn,
 - chữa bệnh bạch cầu cấp và khả năng đông máu,
 - khám và chữa bệnh bẩm sinh và những biến cố phức tạp của bệnh dẫn đến sau khi xác định bệnh,
 - chữa nói ngọng, điếc, kính đeo và kính áp tròng,
 - xe lăn điện và các bộ phận giả thay thế,
 - tiền đóng góp chênh lệch và tiền thanh toán thêm,
- b) trong trường hợp khám chữa bệnh và những dịch vụ y tế khác trong phạm vi mong muốn của cá nhân người có bảo hiểm, nó không là phần điều trị tiếp theo, kể cả việc xét nghiệm (ví dụ như những việc thẩm mỹ, nạo thai, khám và điều trị việc vô sinh, khám bệnh liên quan đến việc dùng thuốc tránh thai, chứng nhận của bác sĩ theo yêu cầu riêng của bệnh nhân, phụ phí cho việc lấy thuốc cấp cứu ở hiệu thuốc),
- c) trả tiền thuốc và dụng cụ y tế không do bác sĩ kê đơn, đó là những thứ bán tự do không cần có giấy bác sĩ. .
2. Nếu như xảy ra sự vụ thiệt hại không phải trong thời gian có tác dụng của bảo hiểm dạng „**Thể thao chuyên nghiệp**“, Hãng bảo hiểm không đền bù thanh toán bảo hiểm cho sự vụ thiệt hại và cả việc chuẩn bị nó. Loại bảo hiểm đó có ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
3. Nếu như xảy ra sự vụ thiệt hại không phải trong thời gian có tác dụng của bảo hiểm dạng „**Trẻ sơ sinh**“, Hãng bảo hiểm không đền bù thanh toán bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh của người mẹ có bảo hiểm. Loại bảo hiểm đó có ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
4. Hãng bảo hiểm sẽ không thanh toán đền bù bảo hiểm với việc khám chữa răng không phải là cấp thiết. Đặc biệt chỉ với trường hợp cấp cứu do tai nạn, việc chăm sóc đó có ghi trong việc thanh toán của Hãng bảo hiểm „Danh mục những công việc khám chữa răng“.
5. Hãng bảo hiểm không thanh toán đền bù bảo hiểm:
- a) với sự vụ, mà người có bảo hiểm cố tình tự gây ra hay người có thẩm quyền cố tình tác động,
 - b) với sự vụ, mà người thứ ba cố tình gây ra đối với người có bảo hiểm theo ý muốn của người có bảo hiểm hay người có quyền hạn.
 - c) với sự vụ, mà tác dụng xảy ra của nó hay dấu hiệu sự cố xảy ra ngoài thời gia có tồn tại bảo hiểm,
 - d) nếu như người có bảo hiểm không chấp nhận việc chuyển chuyên, khám bệnh hoặc những việc làm cần thiết khác của bác sĩ khám, do Hãng bảo hiểm hay dịch vụ trợ giúp chỉ định,
 - e) với sự vụ xảy ra không rõ địa điểm xác định nó,
 - f) nếu thiệt hại xảy ra do tác hại liên quan đến:
 - tác dụng của năng lượng hạt nhân, hoá chất hay vũ khí sinh học,
 - sự vụ chiến tranh và nội chiến,
 - những manh động (kể cả hỗn loạn dân hay việc khủng bố), mà người có bảo hiểm có tham gia,
 - vận chuyển xe dịch vũ khí hay chất nổ do người có bảo hiểm,
 - g) nếu việc thiệt hại xảy ra có liên quan với hậu quả của:
 - việc manh động gây rối loạn hay tội trạng hình sự, do người có bảo hiểm gây ra hay tác động đến nó,
 - do người có bảo hiểm sử dụng hoặc liên quan đến việc sử dụng rượu, thuốc men, ma túy hay những chất kích thích thần kinh khác.

Chương 6

Ký kết hợp đồng và thời gian có giá trị của hợp đồng bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký kết sau khi có đề nghị của người làm bảo hiểm với thoả thuận của cả hai bên.
2. Hợp đồng bảo hiểm ký kết với thời gian giá trị của hợp đồng nhất định ngày bắt đầu có giá trị hợp đồng và ngày kết thúc hợp đồng bảo hiểm.
3. Nếu như đối tượng làm hợp đồng bảo hiểm sức khoẻ cho nhiều người, thì kèm theo hợp đồng phải có danh sách phân biệt rõ những người có bảo hiểm, mức độ bảo hiểm và thời gian bảo hiểm.
4. Kèm theo hợp đồng bảo hiểm phải có điều kiện bảo hiểm và mọi thoả thuận, phụ lục tiếp theo cần có cả văn bản về mọi điều kiện hạn chế, điều kiện có bảo hiểm, thời gian có bảo hiểm và phí tác dụng của bảo hiểm (ví dụ như đơn đề nghị, mẫu điền, biên bản, kiểm tra của bác sĩ, đề nghị hủy hợp đồng).

Chương 7

Xuất hiện và quá trình bảo hiểm. Thời gian có bảo hiểm.

1. Việc bảo hiểm thoả thuận với thời gian cụ thể kèm theo ngày đầu tiên và ngày cuối cùng có bảo hiểm. Thời gian bảo hiểm có ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
2. Việc bảo hiểm bắt đầu có giá trị từ 0 giờ 00 ngày làm hợp đồng bảo hiểm coi đó là thời gian bắt đầu có bảo hiểm, có thể có loại bảo hiểm dạng „N“ khác nhau.
3. Việc bảo hiểm có giá trị từ bắt đầu có bảo hiểm đến hết thời gian thực tế có giá trị của bảo hiểm.
4. Việc bảo hiểm theo ý nghĩa pháp lý không gián đoạn.

Chương 8

Nghĩa vụ của Hãng bảo hiểm

1. Hãng bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán đền bù bảo hiểm theo như ràng buộc của hợp đồng bảo hiểm đối với sự vụ có bảo hiểm xảy ra và những phần liên quan đến nó, đi đến việc thanh toán đền bù bảo hiểm, đương nhiên là việc thanh toán đền bù bảo hiểm.
2. cung cấp dịch vụ trợ giúp, đó là việc tìm kiếm các cơ sở y tế, thăm tra giá trị của hợp đồng bảo hiểm, tác dụng của việc bảo hiểm và cung cấp những thông tin cần thiết liên quan đến việc làm hợp đồng bảo hiểm.
3. Sau khi ký kết hợp đồng bảo hiểm và trả tiền bảo hiểm Hãng bảo hiểm cấp thẻ bảo hiểm cho người có bảo hiểm.
4. Nếu như xảy ra việc mất, hỏng nát thẻ bảo hiểm, thì Hãng bảo hiểm cấp lại cho người có bảo hiểm thẻ mới. Tương tự như vậy Hãng bảo hiểm có thể tái cấp hợp đồng bảo hiểm hoặc thẻ bảo hiểm.
5. Trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm Hãng bảo hiểm thông qua những người môi giới chính thức cho người muốn có bảo hiểm biết về những thông tin cần thiết về Hãng bảo hiểm và những ràng buộc hai bên.
6. Trong quá trình có bảo hiểm, người có bảo hiểm báo cho Hãng bảo hiểm biết nếu địa chỉ nơi ở và địa chỉ nhận thư từ khác với địa chỉ nơi ở hay địa danh công ty, đánh dấu là địa chỉ nhận thư. Địa chỉ đó có thể là địa chỉ điện tử

Chương 9

Nghĩa vụ của người làm bảo hiểm

1. Người làm bảo hiểm có trách nhiệm:
 - a) thanh toán cho Hãng bảo hiểm tiền đóng bảo hiểm,
 - b) kịp thời thông báo cho những người có bảo hiểm nếu họ không phải là người làm bảo hiểm biết về nội dung hợp đồng bảo hiểm kể cả những phụ lục của nó, mà đã nhận được từ hãng bảo hiểm,

c) nếu biết được có việc làm bảo hiểm nhiều lần, phải thông báo ngay cho Hãng bảo hiểm biết, nêu rõ những Hãng bảo hiểm khác và mức đền bù bảo hiểm tối đa của họ trong các hợp đồng bảo hiểm khác.

2. Nếu xảy ra việc hết hạn hợp đồng bảo hiểm, người có bảo hiểm có nghĩa vụ phải trả lại thẻ bảo hiểm cho Hãng bảo hiểm, muộn nhất sau 5 ngày kể từ ngày hết bảo hiểm.

3. Nếu như người ký hợp đồng cũng là người được bảo hiểm, thì sẽ phải chấp hành những điều luật dành cho người có bảo hiểm.

Chương 10

Nghĩa vụ của người có bảo hiểm:

a) thực hiện mọi việc để tránh xảy ra trường hợp bảo hiểm hoặc làm giảm thấp nhất mức thiệt hại,

b) trong trường hợp xảy ra sự vụ bảo hiểm, chừng nào sức khỏe có thể cho phép không chậm trễ cần tìm đến ngay cơ quan hướng dẫn trợ lý của Hãng bảo hiểm, chú ý theo hướng dẫn của họ, nhanh chóng đi khám sức khỏe trong các cơ quan y tế của Hãng bảo hiểm hay theo hướng dẫn của cơ quan trợ giúp,

c) trong trường hợp cần thiết phải đi khám Bác sĩ và những người giúp đỡ y tế, cần phải xuất trình thẻ bảo hiểm của người có bảo hiểm.

d) theo yêu cầu bằng văn bản của Hãng bảo hiểm y tế, về việc bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe, cho phép Hãng bảo hiểm lấy thông tin về tình trạng sức khỏe bằng văn bản. Vì đó là nghĩa vụ im lặng của các nhân viên tại các cơ sở y tế, nếu việc đó cần thiết để cơ quan Bảo hiểm y tế xét mức đền bù bảo hiểm,

e) phải đi khám tại những nơi mà Hãng bảo hiểm hoặc những dịch vụ trợ giúp của Hãng chỉ định,

f) nếu như tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép mà thời gian bảo hiểm đã quá hạn, người được bảo hiểm sẽ phải chấp hành những hướng dẫn của Hãng bảo hiểm hoặc dịch vụ trợ giúp Hãng bảo hiểm lo việc hồi hương.

2. Nếu như những cơ sở y tế yêu cầu người có bảo hiểm thanh toán trực tiếp ngay, người đó sẽ phải:

a) lấy toàn bộ chứng từ gốc, đã nêu trong chương 11 điểm 10 và giữ gìn cẩn thận để đưa lại cho Hãng bảo hiểm, với trách nhiệm này người có bảo hiểm có thể thanh toán thẳng như trong những trường hợp khác.

b) thanh toán cho người có quyền trực tiếp với hoá đơn chứng từ chứng minh bằng tiền mặt,

c) không chậm trễ chuyển lại các giấy tờ cần thiết nêu trong chương 11 đi em 10), cho Hãng bảo hiểm; nghĩa vụ này người bảo hiểm có trách nhiệm thực hiện với mọi trường hợp thanh toán trực tiếp thiệt hại bằng tiền mặt.

Chương 11

Những quyền lợi và nghĩa vụ tiếp theo của những người tham gia bảo hiểm

1. Hãng bảo hiểm y tế không có trách nhiệm nghiên cứu việc làm bảo hiểm y tế thừa phí với những chi phí khác, ví dụ như việc đóng bảo hiểm y tế để có được cư trú lâu dài trên Cộng hòa Séc. Sự thật đó không phải lý do kết thúc bảo hiểm và kể cả việc trả lại tiền đóng bảo hiểm hay một phần của nó.

2. Hãng bảo hiểm có quyền kiểm tra những giấy tờ văn bản đưa ra, yêu cầu cán bộ chuyên môn nhận xét đối với những vấn đề sự vụ phức tạp cùng các cán bộ y tế hay những cơ quan khác, kể cả ở nước ngoài.

3. Người có bảo hiểm và người làm bảo hiểm có nghĩa vụ:

a) trả lời đầy đủ và trung thực tất cả các câu hỏi của Hãng bảo hiểm về việc thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm., kể cả trong trường hợp thay đổi bảo hiểm hoặc giải quyết hậu quả do sự

vụ bảo hiểm xảy ra, Hãng bảo hiểm cũng có nghĩa vụ đó đối với người làm bảo hiểm và người được bảo hiểm.

b) trong thời gian có giá trị hợp đồng bảo hiểm phải gửi văn bản thông báo về việc thay đổi dữ kiện trong hợp đồng bảo hiểm đã nêu.

c) tạo điều kiện cho Hãng bảo hiểm nghiên cứu về nguyên nhân gây ra thiệt hại của sự vụ có bảo hiểm và mức độ ảnh hưởng tiếp theo của nó, đồng thời tạo điều kiện giúp đỡ cho Hãng bảo hiểm hoàn thành công việc của mình,

d) Thông báo cho Hãng bảo hiểm biết về giá trị của toàn bộ các hợp đồng bảo hiểm và đối tượng có bảo hiểm trong thời gian xảy ra thiệt hại.

4. Cá nhân có quyền hạn cần phải làm việc, tránh sự che dấu im lặng hay không nói về sự việc có quyền lợi được đền bù bảo hiểm, nếu không theo pháp luật Hãng bảo hiểm sẽ được hưởng.

5. Cá nhân có quyền hạn không được ký kết hợp đồng với phía thứ 3, về việc khước từ quyền lợi đền bù từ người thứ ba mà cái đó phải chuyển qua cho Hãng bảo hiểm.

6. Người có thẩm quyền khi chuyển quyền lợi cho Hãng bảo hiểm theo yêu cầu của họ, thì phải có văn bản chính thức công nhận.

7. Trong trường hợp người có bảo hiểm chết, thì mọi quyền lợi và nghĩa vụ chuyển đưa sang cho người có thẩm quyền.

8. Đối với người chưa có quyền hạn về pháp lý, thì phải có người thay mặt hợp pháp làm việc.

9. Người có bảo hiểm không chậm trễ, phải thông báo ngay lập tức sự vụ bằng văn bản cho Hãng bảo hiểm nói về sự vụ được đền bù bảo hiểm. Việc thông báo được coi như đã nhận sau khi:

a) Người có bảo hiểm thông báo bằng văn bản đã điền đầy đủ cho Hãng bảo hiểm, rằng đã xảy ra sự vụ thiệt hại, và đưa ra lời giải thích đúng đắn về sự việc và mức độ thiệt hại xảy ra của sự vụ đó,

b) Người có bảo hiểm đưa lại cho Hãng bảo hiểm toàn bộ văn bản gốc.

Nếu như trường hợp người làm bảo hiểm chính là người được bảo hiểm, thì đây là việc của người khác và cá nhân khác đó có thể là (ví dụ như cơ sở y tế).

10. Những giấy tờ văn bản cần thiết là:

A) Những văn bản gốc cần chứng minh:

a) Nguyên nhân, thời gian, địa điểm và hoàn cảnh xảy ra sự vụ có bảo hiểm, mức độ và mọi liên quan trực tiếp đến sự vụ có bảo hiểm và cá nhân có bảo hiểm, ít nhất nêu họ tên, ngày tháng năm sinh của người có bảo hiểm,

b) kê khai kỹ và tỷ mỉ vấn đề cần thanh toán (ví dụ như bệnh án của Bác sĩ có kèm theo chữ ký, kod mã số và ngày thực hiện, số căn bệnh và số lượng thuốc),

c) Giấy chứng nhận thanh toán tiền (giấy hóa đơn thanh toán do Bác sĩ viết hay giấy thanh toán của cửa hàng thuốc trên cơ sở kê đơn của bác sĩ điều trị) kèm theo lý do thanh toán như đã nêu trên.

B) Với trường hợp thanh toán bảo hiểm do Bác sĩ phòng khám kê đơn thuốc và các dụng cụ kỹ thuật y tế cũng cần có bản chụp hay bản sao đơn thuốc mang tên người có bảo hiểm, ngày lập đơn thuốc kèm theo số lượng và chữ ký cần kê rõ loại thuốc cùng các dụng cụ kỹ thuật y tế kèm theo chữ ký và dấu của người viết,

C) Với những sự vụ có điều tra sử lý của Công an, thì cần có biên bản của Công an hay chứng nhận của Công an về tai nạn.

D) Nếu người bảo hiểm chết, phải có giấy báo tử và nhận xét của Bác sĩ về nguyên nhân cái chết cái đó.

Mọi giấy tờ văn bản cần có tên người có bảo hiểm và cần có ghi ngày lập văn bản kèm theo chữ ký và dấu của người lập văn bản.

Chương 12

Tiền đóng bảo hiểm

1. Tiền đóng bảo hiểm là tiền chi trả cho việc lo bảo vệ. Mức đóng tiền bảo hiểm do Hãng bảo hiểm qui định.
2. Việc thay đổi sự nguy hiểm trong thời gian có bảo hiểm được biểu hiện rõ
3. Việc bảo hiểm được ký kết và thanh toán một lần. Nếu không có thỏa thuận khác, thì số tiền đó được thanh toán một lần ngay sau khi ký kết hợp đồng bảo hiểm bằng tiền Korun Séc.
4. Hãng bảo hiểm được toàn quyền sử dụng tiền đóng bảo hiểm trong suốt quá trình có bảo hiểm, kể cả trường hợp bảo hiểm bị hủy trước thời hạn. Quyền hạn này Hãng bảo hiểm có ngay lập tức trong ngày làm hợp đồng bảo hiểm.
5. Nếu hợp đồng bảo hiểm **kết thúc do thỏa thuận** trước ngày bảo hiểm có giá trị, thì Hãng bảo hiểm sẽ hoàn trả lại toàn bộ số tiền đóng bảo hiểm trừ chi phí liên quan đến việc lập và giải quyết bảo hiểm.
6. Khi kết thúc bảo hiểm **do Hãng bảo hiểm** thông báo, nếu cả người làm bảo hiểm, người được bảo hiểm và mọi người tham gia bảo hiểm tư nhân đều không vi phạm qui định bảo hiểm thỏa thuận thì Hãng bảo hiểm sẽ trả lại tiền bảo hiểm cho người có bảo hiểm, sau khi đã nhận lại toàn bộ giấy tờ và đã kiểm tra lại toàn bộ mọi chi phí bảo hiểm hay chi phí liên quan đến việc bảo hiểm.

Chương 13

Thay đổi hợp đồng bảo hiểm. Hủy bảo hiểm. Kết thúc hợp đồng bảo hiểm.

1. Mọi việc thay đổi hợp đồng bảo hiểm đều phải biểu hiện bằng văn bản sau khi các bên tham gia hợp đồng đã trao đổi thảo luận.
2. Hợp đồng bảo hiểm kết thúc qua hết thời gian bảo hiểm là 24.00 giờ ngày kết thúc bảo hiểm.
3. Bảo hiểm sẽ hết giá trị vào ngày chết của người có bảo hiểm.
4. Hãng bảo hiểm và người có bảo hiểm kể cả người làm bảo hiểm đều có thể đề nghị hủy bỏ bảo hiểm theo pháp luật bằng văn bản chính thức.
5. Việc bảo hiểm sẽ hết giá trị ngày nhận được thư bảo đảm của Hãng bảo hiểm từ chối việc đền bù bảo hiểm.
6. Người có bảo hiểm và Hãng bảo hiểm có quyền từ bỏ hợp đồng bảo hiểm hợp pháp.
7. Hủy bỏ bảo hiểm có nghĩa là hợp đồng bảo hiểm cũng kết thúc.
8. Việc bảo hiểm đặc biệt sẽ có thể hết giá trị, do thỏa thuận bằng văn bản giữa hai bên tham gia hợp đồng.
9. Nếu hợp đồng bảo hiểm kết thúc từ phía người làm bảo hiểm, phải có giấy tờ văn bản cam đoan của công an ngoại kiều về việc cá nhân người bảo hiểm, không phải tuân thủ nghĩa vụ của người ngoại quốc khi vào đất nước Cộng hòa Séc hay cư trú tại đây, đó là những văn bản đưa ra về việc lo thanh toán trả tiền về việc lo cho sức khỏe hay đã ký kết hợp đồng bảo hiểm du lịch, chiếu theo nội dung điều luật 326/1999 của bộ luật về việc cư trú của người nước ngoài trên cộng hòa Séc và những thay đổi kèm theo.

Chương 14

Việc chuyển nhượng quyền lợi sang Hãng bảo hiểm

1. Nếu người có quyền hạn thanh toán bảo hiểm do sự vụ có bảo hiểm, mà Hãng bảo hiểm có quyền được thanh toán thiệt hại bảo hiểm từ cá nhân thứ 3, khi quyền hạn đó đã chuyển sang cho Hãng bảo hiểm, với mức Hãng bảo hiểm đã chi trả.
2. Nếu người làm bảo hiểm trong sự liên quan với việc có quyền nhận đền bù bảo hiểm mà lỗi gây ra do người có trách nhiệm làm tăng thêm chi phí, thì Hãng bảo hiểm có quyền đòi hỏi từ người có trách nhiệm.

Chương 15

Việc nhận thư từ bảo đảm

1. Những thư từ do Hãng bảo hiểm gửi cho các bên liên quan với việc bảo hiểm (tiếp theo gọi là „người nhận“) được tiến hành thông qua dịch vụ bưu điện (tiếp theo chỉ là „bưu điện“), có thể gửi bằng thư thường hay thư đảm bảo, trên địa chỉ thư từ ghi địa chỉ nêu trong hợp đồng bảo hiểm, trong phụ lục của nó hay trên giấy tờ văn bản khác của Hãng bảo hiểm. Nếu không có địa chỉ nhận thư từ khác, thì Hãng bảo hiểm sẽ liên hệ bằng địa chỉ nơi làm việc hoặc cư trú của người nhận. Thư từ cũng có thể được gửi do nhân viên của Hãng bảo hiểm hoặc người được Hãng bảo hiểm ủy quyền. Trong trường hợp đó coi như người có bảo hiểm đã nhận được văn bản vào ngày ký nhận.
2. Thư từ bảo đảm được coi là đã đến tay người nhận sau khi gửi bảo đảm vào ngày thứ 10 kể từ khi gửi. Thư bảo đảm nhận do Hãng bảo hiểm gửi có kèm theo giấy xác nhận chuyển thư được coi là đến tận tay người nhận theo ngày được ghi trên giấy xác nhận. Nếu địa chỉ của người nhận khác với địa chỉ của đảm bảo mà bưu điện gửi tới thì việc nhân thế đảm bảo sẽ theo qui định của dịch vụ bưu chính.
3. Người nhận thư, từ chối không chịu nhận thư, thì ngày nhận thư được coi là ngày người đó từ chối việc nhận thư.
4. Nếu người nhận thư từ vắng mặt, thì bưu điện sẽ lưu lại thư bảo đảm kèm theo giấy xác nhận một thời gian (thời gian lưu chiếu theo luật bưu chính). Nếu thư từ không được người nhận, thì được coi như đã nhận vào ngày cuối cùng của thời hạn lưu thư, kể cả khi người nhận không biết về nó hay không cư trú tại địa chỉ đó nữa.
5. Nếu thư từ bị trả lại vì những lý do khác. Không phải với những lý do đã nêu ở phần trên, thì thư từ được coi là đã nhận được vào ngày trả lại cho Hãng bảo hiểm.
6. Nếu như trong những trường hợp khác tất cả những khúc mắc nảy sinh do việc bảo hiểm cũng những vấn đề liên quan. Giải quyết bằng thoả thuận, nếu không được thì giải quyết bằng thông qua quyết định của Tòa.

Chương 16

Dịch vụ trợ giúp.

Cơ quan dịch vụ trợ giúp (asistenční služba) là dịch vụ dành cho người có bảo hiểm theo hợp đồng và được điều hành bởi công ty có ký kết hợp đồng với Hãng bảo hiểm. Dịch vụ trợ giúp hoạt động suốt 24 giờ trên 24 giờ và tất cả các ngày trong năm. Địa chỉ của đội ngũ này có ghi trên thẻ bảo hiểm.

Chương 17

Chi phí trong trường hợp cấp cứu.

Với chi phí đặc biệt dùng vào việc cấp cứu bảo vệ sức khoẻ và cuộc sống cho mọi người, mức độ chi phí đó tối đa trong thời gian có giá trị hợp đồng bảo hiểm là 100 000,- Kč.

Chương 18

Qui định chung.

1. Những điều kiện bảo hiểm không thể tách rời được hợp đồng bảo hiểm.
2. Mọi thông báo cho Hãng bảo hiểm được coi là hợp lệ nếu đã thể hiện bằng văn bản.
3. Ngôn ngữ dùng để giao tiếp là tiếng Séc.
4. Nếu thanh toán bằng tiền mặt, thì ngày nộp tiền là ngày hoàn thành việc thanh toán. Nếu không trả bằng tiền mặt, thì ngày hoàn thành thanh toán sẽ là ngày tiền chuyển về tới tài khoản của người nhận.
5. Chi phí cho việc tạo ra bảo hiểm và quyền lợi, Hãng bảo hiểm tính là 20 % số tiền của mức bảo hiểm qui định.

6. Tất cả mọi khúc mắc nảy sinh do việc bảo hiểm cùng những vấn đề liên quan đến nó đều được giải quyết bằng thỏa thuận, nếu không được sẽ phải giải quyết bằng đường thông qua Tòa, tại Tòa án CHSéc và theo pháp luật Séc.