

Bảo hiểm y tế toàn diện cho người nước ngoài



Tài liệu thông tin về sản phẩm bảo hiểm

Công ty: MAXIMA bảo hiểm, a. s.
Mã số: 61328464, Cộng hòa Séc

Sản phẩm: Bảo hiểm y tế toàn diện cho người nước ngoài

Thông tin trong tài liệu này nhằm giúp bạn hiểu các tính năng và điều kiện cơ bản của bảo hiểm. **Bạn có thể tìm thấy Thông tin đầy đủ về sản phẩm trong Điều kiện Bảo hiểm, Thông tin Bảo hiểm (nghĩa vụ của công ty bảo hiểm là cung cấp thông tin theo điều luật số 170/2018 Sb., về phân phối bảo hiểm và đảm bảo) và Hợp đồng bảo hiểm.**

Đây là loại bảo hiểm gì?

Đây là bảo hiểm cho các chi phí hợp lý và cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe toàn diện mà người được bảo hiểm phải trải qua tại cơ sở y tế hoặc phát sinh liên quan đến việc mang thai và sinh con của người được bảo hiểm. Nếu thời hạn bảo hiểm từ 12 tháng trở lên, bảo hiểm còn bao gồm bảo hiểm bổ sung trách nhiệm bồi thường thiệt hại của công dân. Hơn nữa, nếu được thỏa thuận trong hợp đồng, bảo hiểm sẽ bao gồm các dịch vụ của các chương trình hỗ trợ và sức khỏe MaxCare trên tiêu chuẩn và Gói Mang thai và dịch vụ TeleMedic (tư vấn sức khỏe qua điện thoại).



Đối tượng của bảo hiểm gồm những gì?

- ✓ Chi phí hợp lý và cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe toàn diện mà người được bảo hiểm phải trải qua tại cơ sở y tế do tình trạng sức khỏe xấu đi xảy ra trên lãnh thổ được bảo hiểm hoặc liên quan đến việc mang thai và sinh con của người được bảo hiểm, phát sinh trong thời hạn bảo hiểm, không kể các trường hợp loại trừ đã thỏa thuận. Đối tượng của bảo hiểm chỉ là chi phí chăm sóc sức khỏe, giúp duy trì tình trạng sức khỏe của bệnh nhân từ thời điểm trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm theo bộ luật cư trú của người nước ngoài tại Cộng hòa Séc.
- ✓ Đối tượng bảo hiểm, nếu được thỏa thuận trong hợp đồng, cũng là các chi phí chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp mà người được bảo hiểm phải chịu do tình trạng sức khỏe suy giảm trong thời gian lưu trú trên lãnh thổ khu vực Schengen các nước ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc. Bảo hiểm chỉ áp dụng cho thời gian lưu trú du lịch của người được bảo hiểm (không thực hiện bất kỳ hoạt động sinh lợi ngắn hạn nào), trong khi thời gian lưu trú của mỗi cá nhân không được vượt quá 30 ngày.
- ✓ Chi phí hồi hương. Trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm tại quốc gia quá cảnh, chỉ những chi phí chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp mới được bảo hiểm.
- ✓ Chi phí của người được bảo hiểm đối với các chương trình hỗ trợ và sức khỏe MaxCare trên tiêu chuẩn và Gói Mang thai, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- ✓ Đây cũng là đối tượng của bảo hiểm, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, dịch vụ TeleMedic bao gồm tùy chọn điện thoại liên tục tư vấn với bác sĩ.

Lưu ý: phạm vi chính xác của bảo hiểm bạn đã mua được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm và điều kiện bảo hiểm.



Những gì không được bảo hiểm thanh toán?

Bảo hiểm không bồi thường thiệt hại do:

- ✗ cố ý đến Cộng hòa Séc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả quá cảnh (còn gọi là du lịch y tế);
- ✗ trong thời gian người đó được bảo hiểm với tư cách là người tham gia bảo hiểm y tế công cộng của Cộng hòa Séc; Ngoài ra, công ty bảo hiểm không bồi thường thiệt hại trong các trường hợp:
- ✗ ốm đau hoặc thương tích, nguyên nhân hoặc triệu chứng xảy ra trước khi ký kết bảo hiểm, ngay cả khi chúng biểu hiện trong thời gian bảo hiểm;
- ✗ các thủ tục không được cung cấp bởi cơ sở y tế hoặc nhân viên y tế dựa trên hoạt động y tế được luật pháp Cộng hòa Séc thừa nhận, ngay cả trong trường hợp các thủ tục không được khoa học y tế thừa nhận;
- ✗ khi thiệt hại được chứng minh rõ ràng và hoàn toàn do vi phạm quy trình điều trị hoặc phác đồ điều trị do bác sĩ chỉ định;
- ✗ khi thiệt hại do người được bảo hiểm cố ý gây ra, ngoại trừ tai nạn;
- ✗ khi thiệt hại xảy ra do lỗi hoặc đồng lỗi của người được bảo hiểm, ngoại trừ tai nạn;
- ✗ khi thiệt hại do người được bảo hiểm gây ra vì uống rượu hoặc ma túy hoặc dưới ảnh hưởng của chất gây nghiện hoặc thuốc hướng thần, ngoại trừ tai nạn;
- ✗ được chăm sóc vật lý trị liệu dài hạn, nếu không cần thiết phải loại bỏ ngay lập tức các biến chứng về sức khỏe;
- ✗ các công việc thẩm mỹ hoặc thẩm mỹ không tuân theo mục đích y tế.



Có tồn tại hạn chế nào trong phạm vi bảo hiểm không?

- ! Giới hạn trên cho quyền lợi bảo hiểm đối với một sự kiện bảo hiểm là giới hạn tương ứng của quyền lợi bảo hiểm ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
- ! Bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ Cộng hòa Séc được cung cấp trong phạm vi và số tiền tương ứng với chi phí bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc, trừ khi có thỏa thuận khác với cơ sở y tế.
- ! Hợp đồng bảo hiểm cũng có thể quy định tổng giới hạn bảo hiểm cho tất cả các sự kiện được bảo hiểm trong thời gian bảo hiểm đối với các loại điều trị từng phần hoặc các biến thể bảo hiểm, ví dụ như điều trị cấp tính bởi nha sĩ, đối với các sự kiện được bảo hiểm phát sinh từ các dịch vụ đạt tiêu chuẩn trên. Các chương trình hỗ trợ và sức khỏe MaxCare cũng như Gói Mang thai.

Lưu ý: Bạn có thể tìm thấy toàn bộ từ ngữ và danh sách các giới hạn cũng như loại trừ phạm vi bảo hiểm trong điều kiện bảo hiểm



Bảo hiểm được áp dụng cho tôi ở đâu?

- ✓ Bảo hiểm được đàm phán cho các sự kiện được bảo hiểm xảy ra **trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và tại các nước quá cảnh.**
- ✓ Nếu có thỏa thuận trong hợp đồng thì bảo hiểm cũng được áp dụng cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh trên lãnh thổ **các nước thuộc khu vực Schengen** ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc.



Tôi có nghĩa vụ gì?

Ngoài các nghĩa vụ chung được thiết lập bởi các quy định ràng buộc, người được bảo hiểm và bên mua bảo hiểm còn có nghĩa vụ tuân thủ các nghĩa vụ được quy định trong điều kiện bảo hiểm, quy định nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm.

Đặc biệt là nghĩa vụ trong thời gian bảo hiểm:

- ✓ bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ ngay lập tức thông báo cho người được bảo hiểm về nội dung của hợp đồng bảo hiểm, bao gồm tất cả các phụ lục;
- ✓ đóng phí bảo hiểm đúng hạn và đúng mức tiền qui định;
- ✓ trả lời chính xác và đầy đủ các câu hỏi theo văn bản của công ty bảo hiểm có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm;
- ✓ thông báo ngay cho công ty bảo hiểm bằng văn bản về tất cả những thay đổi đến các sự kiện nêu trong hợp đồng bảo hiểm hoặc về những thay đổi đã được yêu cầu bằng văn bản có ảnh hưởng trực tiếp đến hợp đồng bảo hiểm;
- ✓ khám sức khỏe theo yêu cầu của công ty bảo hiểm nơi bác sĩ do công ty bảo hiểm chỉ định;
- ✓ thực hiện mọi biện pháp để ngăn chặn sự kiện được bảo hiểm xảy ra và giảm thiểu mức độ thiệt hại gây ra.

Nghĩa vụ khi yêu cầu bồi thường quyền lợi bảo hiểm:

- ✓ thông báo cho dịch vụ hỗ trợ về tất cả các thông tin quan trọng khi yêu cầu bồi thường từ bảo hiểm này và làm theo hướng dẫn của họ;
- ✓ trình bày trung thực về nguồn gốc, phạm vi hậu quả của sự kiện này và trao các tài liệu cần thiết mà công ty bảo hiểm yêu cầu.



Khi nào và làm thế nào để thực hiện thanh toán?

Phí bảo hiểm một lần được thanh toán vào ngày bảo hiểm bắt đầu, chậm nhất là vào ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm đầu tiên được ghi trong hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm được coi là đã được thanh toán vào ngày nó được chuyển vào tài khoản của bên bảo hiểm.

Phí bảo hiểm có thể được thanh toán bằng chuyển khoản ngân hàng (lệnh thanh toán hoặc lệnh thanh toán dài hạn), thẻ thanh toán hoặc tiền mặt (tại công ty bảo hiểm hoặc đại diện được ủy quyền của công ty bảo hiểm).

Lưu ý: Phí bảo hiểm thuộc về công ty bảo hiểm trong suốt thời gian bảo hiểm. Trong trường hợp chấm dứt hợp đồng do một sự kiện bảo hiểm, công ty bảo hiểm có quyền nhận toàn bộ phí bảo hiểm một lần.



Khi nào bảo hiểm bắt đầu và kết thúc?

Bảo hiểm được thỏa thuận trong một thời gian cố định. Bảo hiểm có hiệu lực kể từ ngày ghi trong hợp đồng bảo hiểm là ngày bắt đầu bảo hiểm. Bảo hiểm kết thúc vào ngày được quy định trong hợp đồng bảo hiểm là ngày kết thúc bảo hiểm.

Bảo hiểm cũng hết hạn sau khi người được bảo hiểm tử vong, chấm dứt thời gian cư trú của người được bảo hiểm tại Cộng hòa Séc hoặc ngày quyết định trục xuất hoặc trục xuất theo pháp lý. Bảo hiểm cũng hết hạn vào ngày người được bảo hiểm trở thành người tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo điều luật số 48/1997 Sb. bảo hiểm y tế công cộng (trên cơ sở mối quan hệ lao động trên lãnh thổ Cộng hòa Séc hoặc được phép thường trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc), nhưng không phải trước khi công ty bảo hiểm được thông báo. Bảo hiểm cũng hết hạn bằng cách rút khỏi hợp đồng bảo hiểm, theo thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và công ty bảo hiểm và không thanh toán phí bảo hiểm sau khi đáp ứng các điều kiện pháp lý.



Tôi có thể hủy hợp đồng bằng cách nào?

- ✓ Trong vòng hai tháng kể từ ngày ký hợp đồng. Bảo hiểm sẽ hết giá trị sau thời hạn thông báo tám ngày.
- ✓ Trong vòng ba tháng kể từ ngày thông báo sự kiện bảo hiểm cho công ty bảo hiểm. Bảo hiểm sẽ hết giá trị vào cuối thời hạn báo trước một tháng.